

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLI - n. 4 - 2000

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLI - n. 4 - 2000

sommario

	pagina
Ai lettori	1
Il nuovo codice di deontologia medica tra Costituzione ed etica <i>Giancarlo Dal Sasso</i>	2
Asterisco	9
Attività fisica: mezzo a portata di tutti per prevenire le malattie di cuore <i>Carlo Belli</i>	11
Asterisco	13
Il volontariato <i>Alberto Maria Comazzi, Fabrizio Gori</i>	14
Progetto "Sordità in Ladakh" <i>Umberto Ambrosetti, Luca Del Bo, Gioia Piatti, Alberto Scotti</i>	18
La sindrome delle apnee durante il sonno: una malattia sociale <i>Luigi Marazzini, Berardino Mastropasqua</i>	23
Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso l'organizzazione <i>Marisa Cantarelli</i>	25
Giovanni Battista Monteggia, Carlo Porta. Un chirurgo, un poeta <i>Francesco Fiorista</i>	29
Giotto e il suo tempo tra Milano e Padova <i>Giacomo de Antonellis</i>	32
Franco Foscati, uno scienziato, un primario, un uomo <i>Giorgio Cosmacini</i>	36
Milano a sorpresa - V <i>Vincenzo Bevacqua</i>	38
Notizie - Recensioni	45
Cronache amministrative	48
Indice generale dell'annata	50

La copertina

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

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

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

ai lettori

Alcuni lettori ci chiedono informazioni e delucidazioni sul “nuovo codice di deontologia medica tra costituzione ed etica”: vi provvede con l’attenzione e la documentata ricerca che gli conosciamo, Giancarlo Dal Sasso.

Altra risposta a lettori interessati, in questo caso, a “problemi di cuore”, è nelle essenziali circostanziate indicazioni del prof. Carlo Belli sull’importanza, oggi, della prevenzione in campo cardiologico, dopo gli enormi progressi ottenuti nelle cure.

Il volontariato: un argomento più che mai attuale, spesso richiamato anche dai mezzi d’informazione, caro all’opinione pubblica che ne avverte il valore nella attenzione, nella partecipazione umana alla vita dell’Altro. Qui per noi opinioni e considerazioni del prof. Alberto Maria Comazzi e del dott. Fabrizio Gori.

L’esperienza positiva di un gruppo di medici del nostro Policlinico, promossa e patrocinata dall’Associazione “Ascolta e Vivi”, ha consentito l’avvio e l’attuazione di un programma di prevenzione e terapia della sordità alla popolazione di una regione poverissima dell’India. Ne scrivono il dott. Umberto Ambrosetti e i colleghi che vi partecipano.

Una sindrome complessa quella delle “apnee durante il sonno”; in crescente aumento le conoscenze della stessa, sempre più estese le richieste di visite e delle terapie relative. Informazioni, aggiornamenti essenziali sull’argomento dal prof. Luigi Marazzini e dal dott. Berardino Mastropasqua.

Ancora un capitolo sul cambiamento dell’assistenza infermieristica oggi: dopo il nuovo codice deontologico, dopo il management e la formazione, ci fermiamo con Marisa Cantarelli sull’importanza dell’organizzazione.

Giovanni Battista Monteggia e Carlo Porta, vale a dire medicina e letteratura insieme, in una colta riflessione del dott. Francesco Fiorista, che ama addentrarsi in questi passaggi “ricercati”, come già visto e apprezzato sulla nostra rivista per altre argomentazioni.

Una bella pagina di Giacomo de Antonellis: un’occasione felice per ricordare la presenza di Giotto e della sua scuola nel milanese, richiamando la grande mostra che la città di Padova ha dedicato al maestro di Bondone.

Giorgio Cosmacini ricorda per noi l’alta figura di scienziato e di uomo del prof. Franco Fossati, recentemente scomparso.

E torniamo a camminare nella nostra Città, guidati dall’inesauribile prof. Bevacqua. Ci fermiamo accanto al Duomo, alla sua parete postabsidale che fra altro protegge un bellissimo sorprendente alberello fiorito. Ci fermiamo in via Camposanto e ascoltiamo la movimentata suggestiva storia della costruzione della nostra cattedrale dal secolo quattordicesimo.

Notizie, recensioni librerie, le cronache amministrative e l’indice generale per autore e argomento chiudono il fascicolo.

Il nuovo codice di deontologia medica tra Costituzione ed etica

GIANCARLO DAL SASSO

“L’etica ha raccolto il nome più espressivo di deontologia” (J. Bentham)

Premessa

Il 3 ottobre del 1998 è stato approvato dal Consiglio Nazionale della Federazione italiana degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri il nuovo codice italiano di deontologia medica, in sostituzione di quello del 1995. Il codice, composto di 79 articoli, che si apre con il giuramento professionale, si articola in sei titoli, riguardanti rispettivamente l’oggetto e il campo di applicazione; i doveri generali del medico; i rapporti con il cittadino; i rapporti con i colleghi; i rapporti con i terzi; i rapporti con il servizio sanitario nazionale e con enti pubblici e privati, e si chiude con una disposizione finale.

Come spesso succede per i documenti importanti, anche questo è passato quasi inosservato tra l’indifferenza dell’opinione pubblica e forse di una parte degli stessi medici.

La rapida evoluzione del costume e delle conoscenze scientifiche avrebbe potuto suggerire alla Federazione uno sbrigativo richiamo ai principi deontologici fondati sul binomio “scienza e coscienza” o l’opportunistica elaborazione di un codice deontologico (dei doveri), che di seguito chiameremo semplicemente “codice”, ancorato ad un relativismo etico e quindi silente sulle novità emergenti in campo medico.

Il codice offre, invece, innovative risposte deontologiche a temi di grande attualità e di forte impatto sociale, tra i quali, in particolare, quelli dell’emergenza dei diritti dei malati, del quadro universalistico dell’assistenza, degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti terapeutici, degli orientamenti della bioetica.

Il nuovo codice non fa riferimento né alla bioetica religiosa, né alla bioetica laica, ma affronta le nuove tematiche mediche e biomediche con un

esplicito riferimento ai principi fondamentali della Costituzione italiana e ai diritti e doveri costituzionali dei cittadini, il cui espresso richiamo conferisce al codice di deontologia medica un alto profilo normativo e una significativa scelta culturale autonoma, ma non neutrale.

Lo illustriamo dunque su questa rivista sia per i medici che per i lettori non medici, con la convinzione che il codice sia una preziosa occasione di riflessione personale e di crescita culturale per tutti, tenendo anche conto dell’autorevole commentario al nuovo codice deontologico pubblicato in un inserto redazionale de “La Professione” n. 2 dicembre 1999 (mensile della Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri).

Per ragioni di spazio e di scorrevolezza abbiamo operato una inevitabile scelta degli articoli che abbiamo ritenuto essenziali, privilegiando quelli più rilevanti per l’esercizio della professione medica e quindi, in un certo senso, anche più utili per i cittadini-pazienti.

Giuramento professionale

Il giuramento professionale, che riprende, aggiornandolo, il famoso giuramento di Ippocrate (V secolo a.C.), che la scuola di Cos richiedeva ai suoi iniziati, reso obbligatorio per tutti gli iscritti all’ordine professionale, evidenzia alcuni principi etici e regole deontologiche, fondamentali e vincolanti, che concernono l’impegno, sotto giuramento, del medico:

a - di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento;

b - di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell’uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;

c - di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente;

d - di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà, contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze;
e - di prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza secondo scienza e coscienza e osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione;
f - di curare tutti i miei pazienti con eguale scrupolo e impegno indipendentemente dai sentimenti che essi mi ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica;
g - di astenermi dall'“accanimento” diagnostico e terapeutico;
h - di osservare il segreto su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato.

Titolo I - Oggetto e campo di applicazione

Art. 1 – Definizione di codice di deontologia medica
Il codice di deontologia (parola che deriva dai termini greci “to deon”: “ciò che deve essere e che si deve fare” e “logos”: “discorso, parola, scienza”) medica contiene principi e regole che il medico-chirurgo e l'odontoiatra, iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, di seguito indicati con il termine medico, devono osservare nell'esercizio della professione.
Il comportamento del medico, anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa. Il medico è tenuto alla conoscenza delle norme del presente codice, la cui ignoranza non lo esime dalla responsabilità disciplinare.

Art. 2 – Potestà disciplinare e sanzioni disciplinari
L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente codice di deontologia medica e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili con le sanzioni disciplinari previste dalla legge (che, previa contestazione dettagliata dell'addebito o degli addebiti, consistono: nell'avvertimento o diffida; nella censura o dichiarazione di biasimo; nella sospensione dall'esercizio della professione da uno a sei mesi; nella radiazione), che devono essere adeguate alla gravità degli atti.

Titolo II - Doveri generali del medico

Art. 3 – Doveri del medico

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

Commento. Questo articolo è una puntuale applicazione alla professione medica degli articoli 3 (c.d. principio di uguaglianza) e 32 (diritto alla tutela della salute) della Costituzione.

Art. 4 – Libertà e indipendenza della professione

L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione.

Art. 5 – Esercizio dell'attività professionale

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura. Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga.

Art. 7 – Obbligo d'intervento d'urgenza

Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare ogni specifica adeguata assistenza.

Art. 9 – Segreto professionale

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che è confidato e che può conoscere in ragione della sua professione; deve, altresì, conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate, nel rispetto dei principi che garantiscano la tutela della riservatezza. La rivelazione assume particolare gravità quando ne derivi profitto, proprio o altrui, o nocumento (danno) della persona o di altri.

Costituiscono giusta causa di rivelazione, oltre alle inderogabili ottemperanze a specifiche norme legislative (referti, denunce, notifiche o certificazioni obbligatorie):

a -la richiesta o l'autorizzazione da parte della persona assistita o del suo legale rappresentante, previa specifica informazione sulle conseguenze o sull'opportunità o meno della rivelazione stessa;

b - l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato o di terzi, nel caso in cui l'interessato stesso non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere;

c - l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato, ma previa autorizzazione del garante per la protezione dei dati personali. La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto. Il medico non deve rendere al giudice testimonianza su ciò che gli è stato confidato o è pervenuto a sua conoscenza nell'esercizio della professione. La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.

Art. 10 – Documentazione e tutela dei dati

Il medico deve tutelare la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso riguardante le persone, anche se affidata a codici o sistemi informatici.

Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale e deve vigilare affinché essi vi si conformino.

Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse. Analogamente il medico non deve diffondere, attraverso stampa o altri mezzi di informazione, notizie che possano consentire la identificazione del soggetto cui si riferiscono.

Art. 11 – Comunicazione e diffusione di dati

Nella comunicazione di atti o di documenti relativi a singole persone, anche se destinati a enti o autorità che svolgono attività sanitaria, il medico deve porre in essere ogni precauzione atta a garantire la tutela del segreto professionale. Il medico nella diffusione di bollettini medici, deve preventivamente acquisire il consenso dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti. Il medico non può collaborare

alla costituzione di banche di dati sanitari, ove non esistano garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata della persona.

Commento. Ci sembra doveroso sottolineare una rilevante modifica semantica, adottata dal codice. Infatti, viene operata la sostituzione del termine "paziente", inteso spesso come colui che si trova in una posizione passiva, anche se il suo significato letterale deriva dal latino "patior", cioè colui che soffre, con quello qualificante di "persona", che diventa l'interlocutore privilegiato della professione medica, nonché con quello di "cittadino", cioè colui che è titolare di diritti costituzionali fondamentali.

Art. 12 – Prescrizione di accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici

La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico. Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nell'applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente.

Il medico è tenuto ad una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate.

Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica, nonché di terapie segrete.

In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili.

La prescrizione di farmaci, per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzate

al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata. In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti. È obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico.

Commento. Questo articolo è fondamentale all'interno del codice. I passaggi più significativi sono sostanzialmente due: 1 - la necessità di un equo utilizzo delle risorse economiche (sempre limitate) a disposizione della tutela della salute, anche attraverso la responsabilizzazione del medico, nell'interesse dell'intera collettività; 2 - la "libertà di scelta terapeutica", riconosciuta al medico, deve essere ispirata al principio del c.d. "rischio-beneficio", cioè i pericoli e le controindicazioni della cura devono essere bilanciati dalla possibilità di successo o, comunque, di buon risultato della cura stessa, evitando però la c.d. "temerarietà professionale", cioè una condotta che non tenga conto di possibili complicanze e di eventuali conseguenze dannose, ispirata a una ottimismo, ma non completamente fondata, fiducia sulle potenzialità positive della cura e dell'intervento prescelto.

Art. 14 – Accanimento diagnostico – terapeutico

Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita.

Art. 15 – Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica

I trattamenti che comportino una diminuzione della integrità e della resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.

Commento. L'articolo vuol chiarire che il medico nel suo incontro con la malattia inguaribile non deve mai perdere di vista la dignità della persona umana. Il paziente non deve mai divenire "un campo di battaglia" di una contesa fra il medico e la morte: in questo modo la medicina rischia di diventare pratica freddamente tecnologica e parossisticamente competitiva.

Art. 16 – Aggiornamento e formazione professionale permanente

Il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico.

Titolo III - Rapporti con il cittadino

Art. 17 – Rispetto dei diritti del cittadino

Il medico nel rapporto con il cittadino deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali.

Commento. Si è operato nel nuovo codice un importante recepimento di principi fondamentali della Costituzione italiana (articoli 2 e 3), con una trasformazione di tali principi da norma giuridica a norma deontologica.

Art. 18 – Competenza professionale

Il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare. Egli deve affrontare i problemi diagnostici con il massimo scrupolo, dedicandovi il tempo necessario per un approfondito colloquio e per un adeguato esame obiettivo, avvalendosi delle indagini ritenute necessarie.

Nel rilasciare le prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative deve fornire, in termini comprensibili e documentati, tutte le idonee informazioni e verificarne, per quanto possibile, la corretta esecuzione.

Il medico che si trovi di fronte a situazioni cliniche, alle quali non sia in grado di provvedere efficacemente, deve indicare al paziente le specifiche competenze necessarie al caso in esame.

Art. 19 – Rifiuto d'opera professionale

Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento (danno) per la salute della persona assistita.

Art. 24 – Libera scelta del medico e del luogo di cura

La libera scelta del medico e del luogo di cura costituisce principio fondamentale del rapporto medico-paziente.

Nell'esercizio dell'attività libero-professionale

svolta presso le strutture pubbliche e private, la scelta del medico costituisce diritto fondamentale del cittadino.

È, pertanto, vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influire sul diritto del cittadino alla libera scelta.

Il medico può consigliare, ma non pretendere, che il cittadino si rivolga a determinati presidi, istituti o luoghi di cura.

Art. 28 – Comparaggio

Ogni forma di comparaggio è vietata.

Commento. Ha altresì rilevanza penale il c.d. “comparaggio”, cioè il ricevere per sé o per altri denaro o altra utilità o accettarne la promessa allo scopo di agevolare prescrizioni mediche o in altro modo la diffusione di specialità medicinali o di prodotti ad uso terapeutico.

Art. 32 – Acquisizione del consenso

Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l’acquisizione del consenso informato del paziente.

Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prescrizioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all’art. 30 (il quale, in merito all’informazione al cittadino, stabilisce che il medico “deve fornire al cittadino la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate, pur tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche”).

Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l’incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento

medico contro la volontà della persona, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo articolo 78.

Commento. Il consenso, informato e documentato, è il fondamento di legittimazione di ogni atto medico. Dal disposto degli articoli 13 (“la libertà personale è inviolabile”) e 32 (“Diritto alla tutela della salute nel rispetto della persona umana”) della Costituzione discende che al centro dell’attività medico-chirurgica si colloca il principio del consenso, il quale esprime una scelta di valore nel modo di concepire il rapporto tra medico e paziente, nel senso che detto rapporto appare fondato prima sui diritti del paziente che sui doveri del medico. Ne consegue, quindi, che sono da ritenere illegittimi i trattamenti sanitari “extra-consensuali”, non sussistendo un “dovere di curarsi” se non nei definiti limiti di cui al secondo comma dell’art. 32 della Costituzione, cioè per gli accertamenti e i trattamenti sanitari, resi obbligatori per legge.

Art. 34 – Autonomia del cittadino

Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell’indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso.

Art. 35 – Assistenza d’urgenza

Allorché sussistano condizioni di urgenza e in caso di pericolo per la vita di una persona, che non possa esprimere, al momento, volontà contraria, il medico deve prestare l’assistenza e la cura indispensabili.

Commento. Nel caso di specie, il medico ha un vero obbligo giuridico di effettuare i necessari trattamenti: l’omissione sarebbe fonte di gravi responsabilità civili e penali. Per la legittimità dell’intervento medico senza il necessario consenso devono ricorrere entrambe le condizioni su indicate, cioè sia la necessità e l’urgenza implicanti gravi rischi per la salute o la vita, sia l’incapacità del paziente ad esprimere consenso.

Art. 36 – Eutanasia

Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocarne la morte.

Art. 37 – Assistenza al malato inguaribile

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute in fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiarne inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile.

Art. 41 – Interruzione volontaria di gravidanza

L'interruzione della gravidanza, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituisce grave infrazione deontologica tanto più se compiuta a scopo di lucro.

Il medico obiettore di coscienza, ove non sussista imminente pericolo per la vita della donna o, in caso di tale pericolo, ove possa essere sostituito da altro collega altrettanto efficacemente, può rifiutarsi d'intervenire nell'interruzione volontaria della gravidanza.

Art. 42 – Fecondazione assistita

Le tecniche di procreazione umana medicalmente assistita hanno lo scopo di ovviare alla sterilità.

È fatto divieto al medico, anche nell'interesse del bene del nascituro, di attuare:

- a - forme di maternità surrogata
- b - forme di fecondazione assistita al di fuori di coppie eterosessuali stabili;
- c - pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce;
- d - forme di fecondazione assistita dopo la morte del partner.

È proscritta ogni pratica di fecondazione assistita ispirata a pregiudizi razziali; non è consentita alcuna selezione dei gameti ed è bandito ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali, nonché la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca. Sono vietate pratiche di fecondazione assistita in studi, ambulatori o strutture sanitarie privi di idonei requisiti.

Commento. La necessità di una regolamentazione legislativa in materia, allo stato ancora mancante, determina, da una parte, che l'Italia rimanga l'unico Paese europeo privo di una normativa sulla fecondazione assistita e dall'altra, rende, purtroppo, legittimo qualsiasi tipo d'intervento senza alcuna garan-

zia del possesso dei requisiti idonei tali da far mancare ogni tutela alla corretta gestione socio-sanitaria del procedimento. Attualmente, il testo unificato sulla "Disciplina della procreazione medicalmente assistita", approvato dalla Camera il 26 maggio 1999, è ancora in discussione al Senato. Ci sembra, comunque, che l'art. 42, citato, del c.d. potrebbe rappresentare un'ottima base per un'equilibrata disciplina della delicata materia, soprattutto se si terrà conto dell'interesse e del bene del nascituro.

Art. 43 – Interventi sul genoma e sull'embrione umano

Ogni intervento sul genoma (corredo cromosomico base di un individuo) umano non può che tendere alla prevenzione e alla correzione di condizioni patologiche.

Sono vietate manipolazioni genetiche sull'embrione che non hanno finalità di prevenzione e correzione di condizioni patologiche.

Art. 57 – Rispetto reciproco

Il rapporto tra medici deve ispirarsi ai principi del reciproco rispetto e della considerazione della rispettiva attività professionale.

Il contrasto di opinioni non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito.

Art. 62 – Medico curante e ospedaliero

Tra medico curante e medici operanti nelle strutture pubbliche e private, anche per assicurare la corretta informazione all'ammalato, deve sussistere, nel rispetto dell'autonomia e del diritto alla riservatezza, un rapporto di consultazione, di collaborazione e di informazione reciproca al fine di garantire coerenza e continuità diagnostico-terapeutica.

Commento. L'articolo si richiama ai principi generali di rispetto reciproco e, soprattutto, di pari considerazione della rispettiva attività professionale, al di fuori di qualunque diversa valutazione derivante dal possesso di titoli accademici o di specializzazione. È un forte richiamo, nell'interesse del malato, a un impegno comune.

Titolo IV - Rapporti con l'Ordine professionale

Art. 66 – Doveri di collaborazione

Il medico è obbligato a prestare la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con il proprio Ordine professionale.

Titolo V - Rapporti con i terzi

Art. 68 – Rapporto con altre professioni sanitarie

Nell'interesse del cittadino il medico deve intrattenere buoni rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie rispettandone le competenze professionali.

Titolo VI - Rapporti con il Servizio sanitario nazionale e con enti pubblici e privati

Art. 69 – Medico dipendente o convenzionato

Il medico che presta la propria opera a rapporto d'impiego o di convenzione, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine anche in adempimento degli obblighi connessi al rapporto d'impiego o convenzionale.

Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini.

In attesa della composizione della vertenza il medico deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale.

Art. 72 – Eccesso di prestazioni

Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni, nonché sul rispetto delle norme deontologiche.

Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato.

Commento. Non può sfuggire ad alcuno la valenza pratica di questo articolo nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria. La finalità al profitto cui tendono legittimamente le aziende sanitarie private e l'efficienza di quelle pubbliche, con l'efficace utilizzo delle risorse, umane ed economiche, non devono mai incidere negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni, offerte da un medico che non può diventare un "ingranaggio" della catena

di montaggio sanitario, ma deve poter garantire sempre la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato.

Art. 78 – Trattamento sanitario obbligatorio e denunce obbligatorie

Il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività la informativa alle autorità sanitarie e ad altre autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dalla legge, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato.

Disposizione finale

Gli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri sono tenuti ad inviare ai singoli iscritti all'albo il codice di deontologia medica e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento.

Il medico e l'odontoiatra neo-iscritti devono prestare il giuramento professionale.

Conclusioni

Da quanto sopra ampiamente esposto, ci sembra di poter dedurre che il nuovo codice deontologico dei medici nella sua impostazione di fondo, ancorata ai principi fondamentali della Costituzione, nella sua organicità e nella sua attualità, rappresenta un prezioso strumento anche per la promozione della salute individuale e collettiva.

Ferme restando la libertà, la dignità e l'indipendenza della professione medica, il codice ha l'indubbio merito di porre al centro della deontologia professionale e dell'etica medica la persona umana con i suoi valori, il cittadino con i suoi diritti fondamentali alla vita, alla salute fisica e psichica, alla libertà, alla dignità.

Il rispetto di tale normativa, nella pur difficile prassi quotidiana, dovrebbe contribuire ad eliminare il disagio dei malati verso la medicina convenzionale per "la frequente disumanità delle pratiche mediche correnti e per l'assenza spesso di una vera e profonda comunicazione che sembra esistere, (e a volte esiste) nelle pratiche diverse" (Giovanni Berlinguer, Presidente del Comitato nazionale di bioetica, *Il Sole 24 Ore Medicinæ*, n.1 ottobre 1998, pag.2).

La coraggiosa e illuminata scelta operata con il nuovo codice è stata quella di definire una “autonomia deontologica” della professione del medico, entro la cornice delle leggi, specie della Costituzione, che è la legge fondamentale, ma nel rispetto della coscienza e dell’etica delle persone.

Ora “dovrà migliorare la cultura deontologica di tutti i medici, affinché il codice diventi consapevolezza interiore di tutti e non solo un insieme di formule da sopportare con paziente rassegnazione o dichiarata insofferenza.

Solo il riconoscersi nel codice deontologico come sistema di norme di riferimento essenziali per la professione, consentirà di mantenere comportamenti professionali meritevoli di stima e di rispetto nella società attuale” (Aldo Pagni, Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, *Il Sole 24 Ore*, pag. 2, citato).

Asterisco

L’uomo è la scrittura

Scrivere nei giornali equivale troppo spesso a leggere con occhiali che non sono i nostri.

Dell’Apologia di Socrate trentacinque righe e mezzo bastano alla più nutrita lettura; del Corano, duecentotrantadue versetti, di Pinocchio un capitolo. Finito di leggere il libro, si ricomincia. Un libro non è degno di essere letto se non sostiene tre letture consecutive, non solo, ma cicliche; cioè ripetibili dopo un anno o due. Simili libri sono pochissimi e si trovano sulle bancarelle per qualche lira. Nessuno può scusarsi di non possedere una formidabile smilza biblioteca. Mi dimenticavo di dire che del Vangelo basta un versetto.

In ogni lavoro, saper distinguere la parte peggiore, e renderla la parte migliore. Credo che questo possa essere un programma: veder poco; notar subito. L’arte del recensionista è quella di far passare per suoi i pensieri degli altri. Il lettore non avverte quasi mai la frode; ammira il bel mosaico e la bella copia.

Passati i cinquanta, rifugiati nei capolavori. Non hai più tempo da perdere. Studia quello che, da ragazzo, hai finto di studiare. *Ruit hora.*

Lettere scritte a macchina, quale orrore! Io non le leggo mai. In una lettera valgono la firma, la data, il luogo e, sopra ogni altra cosa, i caratteri. L’uomo è la scrittura.

Quello che dice, cioè quello che vuol darvi ad intendere, è quasi del tutto, quasi sempre, superfluo.

ANSELMO BUCCI
(da *Carte* - aprile 1954)



"Visitare gli infermi". Particolare di un grande pannello di Giovanni Della Robbia.

Attività fisica: mezzo a portata di tutti per prevenire le malattie di cuore

CARLO BELLI

Tutti riconoscono oggi gli enormi progressi ottenuti dalla medicina e dalla chirurgia nella cura delle malattie di cuore.

Il cardiopatico ha così acquistato, rispetto a qualche decennio fa, anni di esistenza e, quasi sempre, una buona qualità di vita, presupposto essenziale che giustifica il notevole dispendio di mezzi e di assistenza per conseguire questi risultati. Ma attualmente l'obiettivo della Medicina, come avviene in altri campi della patologia, è orientato soprattutto verso la "prevenzione"; settore dove si è fatto molto, che tuttavia esige ulteriore attenzione e impiego di investimenti. Misure preventive sono rivolte principalmente verso la coronaropatia, vale a dire la malattia delle arterie coronarie che nutrono il muscolo cardiaco e sono frequentemente compromesse da placche di arteriosclerosi determinanti l'angina pectoris, l'infarto cardiaco o lo scompenso di cuore. Com'è noto, si distingue una prevenzione "primaria" da una cosiddetta "secondaria". La prima riguarda soggetti apparentemente sani che ancora non hanno manifestazioni cliniche della malattia e si basa da tempo sulla riduzione o eliminazione di fattori di rischio quali: fumo, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete. Questi sono i fattori di rischio maggiori e più noti. Recentemente un gruppo di esperti americani ha richiamato l'attenzione anche sui fattori di rischio "predisponenti" (Prevention conference, pubblicata sulla rivista "Circulation" molto conosciuta ai cardiologi), meno noti, ma che pare rivestano anch'essi importanza per la prevenzione primaria dei quali i medici ed i soggetti sani devono tenere conto. Fra questi vi sono: la familiarità per malattia coronarica, l'obesità, fattori psico-sociali, l'inattività fisica. Questi fattori predisponenti possono aggravare gli indici di rischio maggiori. La prevenzione secondaria è quella che si fa in persone che hanno già avuto manifestazioni cliniche della malattia coronarica

(pazienti anginosi o con esiti o postumi d'infarto cardiaco, o recidive o complicanze di questa malattia) e tiene conto soprattutto della terapia farmacologica oltre che delle misure di prevenzione già indicate per la prevenzione primaria (abolizione del fumo, abbassamento del colesterolo, normalizzazione della pressione arteriosa negli ipertesi, ecc...). Viene ribadita quindi fra i fattori predisponenti l'importanza dell'attività fisica, conoscenza già nota in alcune pubblicazioni medico-scientifiche della fine dell'800 e altre, più recenti, fra 1930 e 1960, ma che trova costantemente riscontro in più attuali studi di prevenzione primaria fra soggetti conducenti vita sedentaria ed altri dediti ad attività fisica o sportiva.

Attività fisica e riduzione del rischio cardiovascolare

Numerose indagini di massa hanno dimostrato negli ultimi decenni gli effetti benefici dell'esercizio fisico nell'ambito della prevenzione primaria. Ricordiamo uno studio su 17000 studenti di Harvard, un altro su 13000 persone seguite per otto anni. Recentissimi sono i risultati di uno studio osservazionale condotto negli Stati Uniti su 84129 infermiere in età fra 30 e 55 anni, seguite per un periodo di 14 anni. Si è visto, come pubblicato dalla prestigiosa rivista medico-scientifica "New England Journal of Medicine", che la riduzione significativa del rischio di malattia coronarica si trovava in quelle che, oltre al loro lavoro, dedicavano almeno mezz'ora al giorno ad attività fisica motoria (si precisava anche cammino a passo svelto). Questo fattore, unito ad una dieta appropriata (povera di grassi animali) e all'astensione dal fumo, caratterizzavano il gruppo di persone a rischio più basso. Secondo altri studiosi la riduzione d'incidenza e di mortalità per la malattia coronarica negli ultimi cinque anni riconosce come fattore importante una più diffusa e continuativa attività fisica, specie nei giovani e nelle persone di media età. Da tempo una

spiegazione di un effetto favorevole sul cuore dell'attività fisica si attribuiva ad un conseguente miglioramento dell'irrorazione del muscolo cardiaco, oltre che ad un abbassamento di colesterolo nel sangue; ora si aggiunge un'altra teoria che sembra plausibile in base alle ultime conoscenze sulla fisiologia del cuore: l'attività fisica contribuirebbe a migliorare il tono dei vasi coronarici, che nutrono il cuore, mediante la formazione di ossido nitrico; attraverso complessi meccanismi s'incrementerebbe tutta la circolazione del muscolo cardiaco e, in definitiva, la capacità e la resistenza di quest'ultimo. Ciò vale specialmente per i soggetti oltre i 40 anni di età in cui, specie nel sesso maschile, si formano nel contesto delle pareti delle arterie coronarie placche di grasso (favorite in genere dal fumo, dall'ipercolesterolemia e dall'ipertensione) che compromettono il circolo coronarico e di conseguenza la nutrizione del muscolo cardiaco, menomando la prestazione di un organo così importante. L'attività fisica al contrario gioca un ruolo essenziale per opporsi a questi meccanismi nocivi aumentando il flusso nelle arterie coronarie e migliorando in tal modo la nutrizione del cuore. Con l'esercizio e l'allenamento la frequenza del battito cardiaco diminuisce con risparmio di ossigeno e di altre preziose energie biochimiche dell'organo; da non dimenticare gli effetti favorevoli sul sistema nervoso quali la riduzione dello stress e delle reazioni emotive, e, a distanza, sulla diminuzione del peso corporeo, dei lipidi del sangue (colesterolo e trigliceridi) e della pressione arteriosa (negli ipertesi).

Come e quando fare attività fisica

Tutti possono fare attività fisica, in qualunque luogo e a qualunque età. Vi sono sedi e modalità molto semplici e alla portata della maggior parte delle persone: lavori domestici, cammino a piedi, salire o scendere le scale (salire pochi gradini o scendere dovrebbe essere un'abitudine collaudata e automatizzata per chi non ha motivi o gravi impedimenti), spostamenti con i mezzi pubblici, uso della bicicletta nei piccoli centri urbani.

Questo comportamento non deve essere un optional ma uno stile di vita da perseguire ogni giorno con una convinzione razionale e volitiva, abituandocisi fin da ragazzi e continuando così fino a che le forze del nostro organismo ce lo consentiranno; crearsi la

mentalità che è necessario trovare quotidianamente il tempo per fare 30-40 minuti di cammino, piuttosto veloce, per chi ne ha la possibilità. Ciò può costare a molti un po' di sacrificio dovendo sottrarre tempo ad altre attività, magari più appetibili o più attraenti talvolta, ma sedentarie. L'attività fisica è indispensabile ai soggetti in sovrappeso, agli obesi (nei quali in genere si crea un circolo vizioso per cui l'aumento di peso riduce l'attività fisica e conseguentemente diminuisce il dispendio di calorie). Da tenere presente che l'utilizzazione dei grassi s'incrementa significativamente dopo 20 minuti almeno di esercizio fisico moderato, favorendo una loro diminuzione ed un controllo del peso. Nelle persone di media età l'aumento del peso corporeo si accompagna spesso ad aumento della pressione arteriosa; in questi casi la riduzione del peso con una normalizzazione dei dati pressori si ottiene non solo con la dieta ma anche con la contemporanea programmazione di un'attività fisica adeguata e costante. Pleonastico è il consiglio di fare sport per chi ne ha la possibilità per l'età e lo stato di salute fisica. Occorre scegliere quello verso cui ci si sente più portati e più facilmente praticabile tenendo presente che esso deve durare a lungo. È utile una visita medica a qualunque età. Dopo i 40 anni è consigliabile fare anche un elettrocardiogramma, sia a riposo che durante sforzo, specie per quei soggetti che si sottopongono a sport impegnativi sul piano fisico o hanno fattori di rischio per coronaropatia. Anche la persona anziana in buone condizioni di salute può dedicarsi a pratica sportiva; ma dopo i 70 anni occorre valutare bene la capacità fisica dell'individuo e correrarla con l'attività fisica che intende fare. Infatti in questa fase c'è molta variabilità di tolleranza a quest'ultima: persone che apparentemente in buone condizioni non tollerano il minimo sforzo fisico ed altre (chiamiamoli "giovani" vecchi) che possono perseguire attività fisiche abbastanza impegnative; in ogni modo è qui indispensabile consigliarsi col proprio medico curante e seguirne le indicazioni in proposito.

Attività fisica nei cardiopatici

Da parecchi anni i medici e i cardiologi conoscono l'enorme mole di studi e di esperienze che hanno dimostrato la validità di un certo grado di attività fisica nei cardiopatici. Per malati che hanno supe-

rato un infarto cardiaco, un'angioplastica o un'operazione di by-pass sono sorti molti centri di riabilitazione, dove il paziente, subito dopo la malattia, comincia una programmata attività fisica sotto osservazione clinica ed elettrocardiografica in modo da valutare il tipo, l'entità e la durata di uno sforzo fisico che dovrà ripetere nel tempo. Questa procedura ha lo scopo non solo di far riprendere al paziente le sue forze fisiche e migliorare il benessere della convalescenza, ma è dimostrato che aumenta le prestazioni del cuore e inculca psicologicamente l'utilità di continuare a distanza un certo programma d'attività fisica. Abbiamo dati per cui si ritiene che questa, perseguita nel tempo regolarmente e secondo le prescrizioni dei centri riabilitativi, comporta risultati utili ai fini della prevenzione secondaria.

In base a quanto suesposto siamo convinti che vi sia a tutt'oggi la necessità di un'educazione per tutti alla pratica di un'attività fisica; dovrebbe iniziare sin dall'infanzia ed essere considerata non solo un hobby, un passatempo, uno svago, bensì anche una pratica indispensabile al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute e di benessere, utile a prevenire alcune malattie cardiovascolari, attualmente incidenti nell'età media della vita, come la coronaropatia. Quest'ultimo punto della prevenzione primaria deve costituire un po' la molla che ci spinge a perseverare anche quando il passare degli anni, l'attività lavorativa, l'incremento progressivo del peso corporeo, le comodità ambientali, che ci circondano, c'inducono gradualmente ed inesorabilmente a diventare dei "sedentari".

Della pigrizia

Non solo quella che consiste nel non fare nulla, nel dormire troppo, nel non lavorare o nel lavorare male, ma anche quella che ci induce a dedicare tutto il tempo libero a cose inutili e stupide.

Chiacchierare a perdifiato, giocare alle carte, ballare, vagabondare in automobile lungo le strade maestre, abusare del cinematografo o della radio, vuol dire far retrocedere l'intelligenza. È pure pericoloso disperdersi su troppi soggetti e non approfondirne nessuno. Dobbiamo difenderci dalla tentazione che nasce dalla rapidità delle comunicazioni, dal numero dei giornali e delle riviste, dall'automobile, dall'aeroplano, dal telefono, i quali irritano e moltiplicano in modo eccessivo il numero delle idee, dei sentimenti, delle cose e delle persone che incontriamo ogni giorno. Ma anche la specializzazione spinta troppo in là costituisce un ostacolo allo sviluppo dello spirito non meno forte della dispersione. Per dire il vero, oggigiorno siamo tutti specialisti, ma nessuno ci obbliga a rinchiuderci nella nostra professione. Nulla ci vieta di dedicare il tempo libero all'educazione delle nostre attività intellettuali, morali, estetiche, religiose, che sono il substrato della personalità.

ALEXIS CARREL
(da *Riflessioni sulla condotta della vita*)

Il volontariato

ALBERTO MARIA COMAZZI, FABRIZIO GORI

La rivista, nella sua quarantennale attività, ha più volte trattato del volontariato e sottolineato il valore delle prestazioni volontaristiche in ogni campo. Per quanto ci riguarda si è scritto particolarmente del campo sanitario-ospedaliero e di quello altrettanto importante della cultura.

Da varie parti e dalle diverse organizzazioni che se ne occupano si lamenta oggi una rischiosa diminuzione d'interesse per l'azione volontaristica e quindi una progressiva diminuzione di persone disponibili a dedicare tempo libero all'Altro.

Alcuni lettori ci hanno esposto e sottolineato queste considerazioni, soprattutto per quanto riguarda il settore sanitario. Gli autori Comazzi e Gori, partendo da esperienze e conoscenze dirette nel "mondo" del volontariato ospedaliero, propongono qui le loro riflessioni e considerazioni.

Introduzione

Desideriamo focalizzare l'attenzione dei lettori sull'argomento del volontariato perché rappresenta una risorsa importantissima per molte istituzioni sanitarie, dando visibilità a tutti coloro che spesso offrono il proprio tempo e le proprie energie rimanendo anonimi.

L'attività di volontariato riguarda infatti moltissime persone che prestano la loro opera e il loro tempo a titolo gratuito per l'impiego presso diverse realtà assistenziali.

Possiamo infatti considerare il fatto che l'attività di volontariato si rivolge al settore sociale nella sua multiforme realtà, e che è un impegno sempre rivolto all'aiuto, al sostegno ed all'assistenza dei più deboli e bisognosi, quale che sia la loro estrazione sociale e la gravità della loro malattia. Vi sono alcuni fattori che consentono dedizione al volontariato, che elenchiamo qui brevemente:

- 1 - disponibilità di tempo
 - 2 - denaro
 - 3 - libertà
 - 4 - struttura favorevole del nucleo familiare
 - 5 - pensionamento
- Naturalmente questi fattori sono stati individuati

come condizioni necessarie ma non sufficienti a fare di una persona un volontario. Infatti la rispondenza a questi requisiti è indispensabile per svolgere una funzione così onerosa dal punto di vista emotivo. Crediamo di poter ravvisare nel problema del proprio coinvolgimento emotivo una delle cause che rendono difficile il reclutamento dei volontari, la formazione e la persistenza delle motivazioni che sorreggono questo impegno.

Anche se tradizionalmente tale opera veniva prestata da religiosi o comunque da persone affiliate in qualche modo ad istituzioni di matrice religiosa, attualmente pare che il volontario sia mosso più da un senso etico individuale legato alla qualità del suo gruppo sociale. Oggi non è più necessario riconoscersi come membro di un gruppo specifico per avvertire l'importanza della solidarietà tra i membri della stessa collettività.

Questo aspetto va particolarmente messo in evidenza perché rende la partecipazione volontaristica non più uno dei compiti a cui assolvere nel nome dell'Ideale di gruppo ma, svincolata da ruoli, gerarchie e appartenenze, questa partecipazione diviene un'opzione individuale, una scelta autonoma di esercizio del proprio spirito di solidarietà.

La crisi del volontariato

Il volontariato attraversa oggi una crisi profonda in Italia; tutte le principali organizzazioni di volontariato si trovano a dover fronteggiare le seguenti difficoltà:

a - l'arruolamento dei volontari

b - il rischio di *burn-out* del volontario.

L'arruolamento dei volontari attraversa effettivamente un periodo di "carestia", soprattutto provocata dalla scarsità degli incentivi (ricordiamo il preponderante materialismo - edonismo dell'attuale cultura europea) e dalle difficoltà di reperire le persone adatte a un compito così difficile.

Inoltre esistono difficoltà di filtrare, non solo le caratteristiche d'idoneità, ma anche gli ostacoli personali allo svolgimento di questo importante ruolo.

I volontari possono trovarsi a vivere un disagio psicologico nella loro attività quotidiana, perché si trovano a dover familiarizzare continuamente con i problemi e le angosce altrui.

Per ovviare in parte a questi problemi è importante promuovere un'adeguata formazione che non si basi solo su un approccio pedagogico, ma che faccia ricorso ad una solida formazione psicologica, come quella offerta da un Gruppo Balint (gruppo per definizione eterocentrato sul caso clinico di cui si parla e che pone un accento sulla risonanza emotiva dei partecipanti).

Fattori psicologici che favoriscono l'attività di volontariato

Anche dal punto di vista psicologico sono necessari alcuni fattori che riassumiamo brevemente così:

1 - **coraggio**, per affrontare la sofferenza. Coraggio significa capacità di stare di fronte alla sofferenza, accogliendo il sentimento di sgomento ed impotenza che questa suscita

2 - **umiltà**, per sapere che non si finisce mai d'imparare; occorre per rimanere nella posizione di ascolto interessato anche quando l'ansia cresce e non si riesce a pensare

3 - **costanza**, perché gli impegni vanno mantenuti in modo continuativo. Significa rimanere in contatto con gli aspetti dolorosi senza farsi travolgere e scappare via

4 - **pazienza**, per recare sollievo agli altri per molto tempo e con tolleranza. È una dote che richiede esercizio; non è facile riuscire a trovare lo spazio per essa quando l'angoscia sale d'intensità

5 - **fantasia**, per incrementare il piacere della novità e creatività. È indispensabile per creare un clima emotivo mobile e ottimistico

6 - **disponibilità** di molto tempo libero, da non confondere con l'altruismo. La disponibilità di tempo consente l'impiego sereno delle proprie energie, e permette di esserci senza compromessi. L'altruismo invece può diventare anche un motivo di ostacolo se non si accompagna alla capacità di tutelare anche i propri spazi

7 - **comprensione** per i problemi dell'altro senza scadere nel pietismo. È la capacità di entrare in sintonia con l'altro cercando un piano comune di intesa

8 - **ascolto**: è la qualità più delicata ed importante. Richiede concentrazione, attenzione e tranquillità. La disperazione di chi soffre mette a dura prova l'attenzione mentale di chi ascolta, l'angoscia va accolta ma senza farsene invadere. Ciò è possibile con un'adeguata preparazione, libertà di pensiero e assenza di situazioni personali troppo stressanti

9 - **identificazione**: non stare troppo vicini ma neppure troppo lontani. La giusta distanza è difficile da trovare: bisogna sperimentarla e farla propria. È importante continuare a mettere in discussione con se stessi gli atteggiamenti in cui si è sentita una "sfasatura", tenere la propria osservazione attiva

10 - **ottimismo**, che permette di non perdere la speranza. Bisogna saper ricorrere all'ironia recuperando nel contesto della sofferenza la dimensione ludica che riesce a rinnovare il transito della speranza.

L'attività di volontariato: spunti di riflessione per gli operatori

È utile distinguere due modi di presenza psicologica del volontario a favore del proprio assistito. Crediamo che sia importante individuare diverse modalità di espressione dell'attività di volontariato per poterne studiare le peculiarità e chiarire ciò che spesso nel passato è stato valutato confusamente come "funzione di assistenza". Proponiamo all'attenzione dei lettori due categorie che illustriamo qui di seguito:

Il volontario che trasmette consapevolezza

La “funzione di trasmissione di consapevolezza” riguarda il ruolo che il volontario ha quando egli stesso ha sperimentato direttamente lo stato di difficoltà e bisogno in cui si trova attualmente il suo assistito. In questo caso la funzione del volontario si esprime nello stare a fianco, durante la difficile esperienza di sofferenza dell’assistito, potendo contare sulla sensibilità e la comprensione che solo chi ha provato personalmente può avere. Sarà così in grado di guidare e contenere le ansie, le preoccupazioni, i timori comunicando la condivisione di quanto accade attraverso verbalizzazioni che offrono una comprensione sia intellettuale, sia emotiva dell’esperienza. Per l’assistito le informazioni, anche tecniche, che può ricevere sul tipo di malattia che lo affligge o sul dolore che prova, lo aiutano a non subire solo passivamente, ma a divenire interprete e attore della propria esperienza. Sappiamo quanto sia importante il sentimento di poter fare qualcosa per se stessi quando ci si trova in una condizione di vulnerabilità e dipendenza molto forti, come durante un ricovero ospedaliero. Tanto più se il tipo di malattia è grave sarà di gran sollievo per l’assistito avere delucidazioni sulle modalità di cura, sui tipi possibili di trattamento terapeutico e sulle evoluzioni che potranno avere luogo. Informazioni che richiedono tempo e dedizione, elementi che purtroppo i medici hanno difficoltà a trovare a causa dei serrati ritmi di lavoro, della turnazione o per difficoltà personali, che però offrono spazio a una relazione emotiva di sostegno e ascolto delle proprie ansie.

Il volontario assume una funzione che, oltre a integrare la scarsa circolazione di informazioni mediche, traducendole nel lessico comune, promuove nel malato la presa di coscienza dello stato di malattia, delle cure a cui è sottoposto, offrendo un orizzonte molto più rassicurante e realistico rispetto agli atteggiamenti di chi si trova ad essere solo nel fronteggiare queste difficoltà. Pensiamo ad esempio alla negazione insita nell’indifferenza alla gravità della propria malattia oppure, al contrario, al naufragio nei propri fantasmi angosciosi di gravità estrema o di morte imminente, proprie delle personalità ansiose ed ipocondriache.

Il paziente acquisisce consapevolezza e - continuando la metafora - riesce a navigare con la bussola che il volontario gli offre e gli insegna ad usare.

Il volontario che acquisisce consapevolezza

Il volontario si accosta a questo oneroso impegno con la volontà di apprendere, di maturare una sensibilità che sente di avere, ma che non ha ancora potuto mettere alla prova, e col desiderio di esercitare il proprio spirito di solidarietà verso la collettività. Come tipologia, forse un po’ stereotipata, pensiamo alla signora agiata di mezza età che impegna il suo ampio tempo libero in opere di bene. È solo un esempio, anche perché in realtà troviamo persone di ogni età, sesso e classe sociale in questa categoria di volontari.

C’è il bisogno di occuparsi della sofferenza come mezzo per conoscere delle realtà, che sono spesso lontane dalla propria quotidianità, e che altrimenti non sarebbero accessibili alla propria esperienza.

La condizione dell’esperienza di dolore, sofferenza o disagio può rappresentare così un’opportunità di arricchimento, posto che non sia una semplice curiosità da “turista” ciò che spinge ad avvicinarla. Deve esserci invece un profondo interesse, in cui si trova sì la curiosità, ma accanto al bisogno di approfondire la conoscenza di se stessi al di fuori della routine quotidiana.

Tale disposizione consente al volontario di mettersi in ascolto recettivo verso l’assistito, che diventa un valido interlocutore con cui confrontarsi. L’apprendimento del volontario è raggiungibile solo con la capacità di volgere lo sguardo sia fuori, sia dentro di sé, mantenendo un’oscillazione dialettica che valorizzi e dia sostanza alla realtà incontrata.

Naturalmente questa categoria di volontari richiede una preliminare formazione specifica e un’elaborazione; molti sono infatti gli ostacoli da superare.

Fattori psicologici di ostacolo all’attività di volontariato

Esistono anche fattori psicologici di ostacolo che elenchiamo:

1 - *slancio eccessivo*: è destinato a ridursi progressivamente. L’entusiasmo nasconde spesso delle fantasie destinate ad infrangersi presto, la delusione conseguente richiede un lavoro di elaborazione emotiva per evitare la demotivazione

2 - *impulsività*: impedisce di riflettere e comporta il rischio di sbagliare; non lascia pensare e conduce all’azione anche verbale; è necessario perciò saper

stare a contatto con le proprie emozioni e con la propria angoscia

3 - **motivazioni troppo forti**: è meglio attendere prima d'impegnarsi nel volontariato se si è reduci da esperienze traumatiche. Cercare riconoscimento nel volontariato è giusto, però è importante lasciare decantare le ideologie troppo forti per riconoscere i bisogni affettivi in gioco

4 - **curiosità**: è meglio rinunciare se alla base delle motivazioni c'è soprattutto la ricerca di novità. La curiosità del "turista" non è produttiva, lascia spesso il campo all'indifferenza o alla svalutazione

5 - **indiscrezione**: non si aiuta per vanto o per esibire dei casi personali ai propri assistiti. Siamo ancora sul fronte della giusta distanza: né invadere l'intimità, né essere distaccati, un giusto equilibrio aiuta a trovare le risorse adeguate

6 - **opportunismo**: non si fa volontariato in attesa di tempi migliori o di fare un'attività più interessante. Non è un passatempo, né un gioco, meglio quindi occuparsi d'altro

7 - **conformismo**: non si può aiutare perché è di moda. Tanto meno è il caso di occuparsi della sofferenza altrui per una sorta di ricerca di purificazione della coscienza o perché "si deve fare del bene". Il volontariato non deve essere un mezzo ma solo un fine.

8 - **esibizionismo**: non è utile e giusto essere volontari per farsi belli agli occhi degli altri. La gratificazione narcisistica può essere uno dei vettori ma non può divenire l'unico obiettivo che guida il volontario. Vantarsi della propria bontà d'animo svela la scarsa capacità di stare veramente con gli altri e con se stessi.

Conclusioni

Con l'esame di queste due tipologie non vogliamo semplificare troppo la realtà del volontariato. È indispensabile quindi ricordare che ogni volontario si può trovare ora nell'una, ora nell'altra di esse, o in entrambe in misura complementare.

L'affiliazione nel volontariato non è casuale, non può esserlo infatti perché la dimensione di sofferenza con cui decide di lavorare esprime già la peculiare attenzione e disponibilità che il volontario possiede in se stesso.

La peculiarità dell'assetto relazionale che si viene a creare nel volontariato indica che l'accesso alla conoscenza avviene attraverso un'elaborazione comune, stimolata dal volontario ancora inesperto che chiede di essere aiutato ad aiutare. In questo percorso, effettuato assieme all'assistito, il volontario si troverà a scoprire e conoscere aspetti di sé nuovi e non sempre piacevoli, sarà spinto ad integrarli nella propria personalità per continuare a stare accanto a chi soffre, altrimenti rischierà di rimanerne "bruciato" nella sindrome del "burn-out".

Progetto “Sordità in Ladakh”

UMBERTO AMBROSETTI, LUCA DEL BO, GIOIA PIATTI, ALBERTO SCOTTI

Il progetto “Sordità in Ladakh” ha lo scopo di portare un aiuto sanitario nell’ambito della prevenzione e terapia della sordità e delle patologie otologiche alla popolazione del Ladakh, lontana e poverissima regione dell’India.

La finalità dell’intervento assistenziale è anche quella di migliorare la preparazione audiologica e otologica del personale medico e sanitario operante presso il SNM Hospital di Leh, capitale della regione, ove è attivo un Servizio di Otorinolaringoiatria.

Questo scopo è stato e verrà nuovamente realizzato con interventi in loco da parte di sanitari dell’Ospedale Policlinico di Milano, mentre sono previsti soggiorni di aggiornamento e studio nella nostra città per il personale medico indiano.

Parallelamente agli interventi di carattere assistenziale, con la collaborazione del responsabile ORL dell’Ospedale di Leh, verranno sviluppati programmi di ricerca epidemiologica e clinica di grande interesse, date le particolari condizioni climatiche e geografiche del Ladakh.

I vari tipi di intervento sono stati programmati e finanziati dall’Associazione “Ascolta e Vivi” ONLUS. L’Associazione è stata fondata nel 1999, è apolitica e aconfessionale, non ha fini di lucro, persegue esclusivamente finalità sociale diretta a persone con problemi di udito in stato di bisogno o in situazione di svantaggio sociale.

In particolare l’Associazione ha lo scopo di combattere la sordità promuovendone la prevenzione, la diagnosi, la cura mediante apparecchi acustici, presidi ed ausili, di studiare l’inquinamento acustico e i metodi tecnici ed educativi per prevenirlo, di sensibilizzare l’opinione pubblica in merito alle problematiche connesse alla sordità.

L’Associazione vive con le quote e le donazioni dei soci e simpatizzanti, società, enti pubblici e privati (www.ascoltaevivionlus.org).



Ambito territoriale di inserimento del progetto

La regione del Ladakh, sita nel nord dell’India, ha una popolazione di 135.000 abitanti; aperta al turismo dal 1974, si sviluppa su di un territorio montuoso (altezza media superiore a 3500 metri), delimitato a sud dall’imponente catena dell’Himalaya e a nord dal gruppo montuoso dello Zaskar.

La capitale Leh (25.500 abitanti) è una cittadina con vocazione turistica essendo il punto di partenza soprattutto per appassionati di trekking e rafting.

Le scarse precipitazioni, l’asprezza del terreno e del clima, caratterizzato da temperature invernali rigidissime (anche -25°C) permettono uno scarso sfruttamento del territorio con modesta agricoltura e allevamento del bestiame.

Dal 1962 la guerra con la Cina per il possesso di territori contesi e i violenti scontri con il Pakistan per gli stessi motivi hanno depresso ulteriormente le possibilità di sviluppo della regione che assorbe ingentissimi quantitativi di denaro del governo centrale per finanziare l’esercito.

La popolazione costituita da indiani ed esuli del Tibet, si trova in una situazione di estrema povertà; le condizioni di salute sono precarie con prevalenza di patologie quali tubercolosi, epatite virale e lebbra. Le condizioni igieniche sono scarse anche per la difficoltosa distribuzione dell'acqua non sempre potabile.

La realtà audiologico-sanitaria del Ladakh

La situazione delle strutture dell'Ospedale di Leh non rispecchiano neppure i minimi standard occidentali: gli ambulatori e gli ambienti di accoglienza sono ridotti ai minimi termini, la struttura organizzativa sanitaria è lacunosa.

I reparti di degenza sono grandi cameroni, uno per la medicina e uno per la chirurgia, disadorni e sprovvisti di minimo comfort, con condizioni igieniche inaccettabili.

Le attrezzature tecnologiche sanitarie sono scarse e quelle in uso sono obsolete.

Il reparto operatorio è costituito da due sale e denota scarsa manutenzione e condizioni igieniche non idonee per effettuare una chirurgia sicura. Il concetto di materiale "*disposable*" non esiste: i guanti chirurgici e i tubi di aspirazione vengono riutilizzati innumerevoli volte e sono sostituiti solo per usura.

La biancheria di sala operatoria è scarsa e certo non in buone condizioni.

Le attrezzature di sterilizzazione, costituite da vecchie autoclavi, sono in disuso e i ferri vengono sterilizzati tramite bollitura in acqua.

Da quanto descritto si deduce che manca tutto ciò che è necessario per praticare una moderna chirurgia. Ovviamente, se il quadro generale della struttura ospedaliera non è dei migliori, anche l'organizzazione dell'audiologia clinica e chirurgica è assolutamente pionieristica, non disponendo di attrezzature tecniche adeguate.

Da quanto descritto emerge la necessità di un intervento, per quanto minimo, che possa migliorare gli standard dell'approccio terapeutico alla sordità e alle otopatie.

Per cercare di portare un aiuto concreto si è costituita una squadra di volontari provenienti dalla Scuola di Audiologia dell'Università degli Studi di Milano con sede in Ospedale Policlinico, creata dal prof. Massimo Del Bo.

Questa scuola, unica in Italia, affronta in modo completo e armonico tutte le branche della specialità audiologica: clinica, chirurgica e protesica. Lo spirito dell'"Audiologia Milanese" non è stato cancellato negli audiologi che ivi si sono formati, i quali vogliono farlo rivivere anche in forme di aiuto e cooperazione sanitaria internazionale.

Modalità di intervento

La prima fase del nostro progetto ha avuto inizio il 28 agosto 1999 quando l'ing. Luca Del Bo e il dr. Alberto Scotti sono andati per 10 giorni a Leh. L'ospedale SMN Hospital di Leh (il principale del Ladakh) ha messo a disposizione due locali, l'energia elettrica proveniente da una piccola centrale termoelettrica locale, il personale infermieristico e il medico specialista otorinolaringoiatra (l'unico presente nella regione del Ladakh).



Il Gruppo operativo con alcuni medici locali.

Gli unici strumenti a disposizione dello specialista sono: specchio a luce riflessa, otoscopio a pile e diapason!

Sono state eseguite le seguenti prestazioni:

- visita audiologica su 112 pazienti con esame audiometrico tonale;
- impostazione di terapia medica o chirurgica laddove proponibile e/o eseguibile;
- fornitura gratuita a 43 pazienti di un apparecchio acustico, previo addestramento al suo uso, unitamente ad una scorta di pile sufficienti per almeno 9 mesi.

L'attività diagnostico-clinica è stata effettuata sia presso l'SNM Hospital di Leh che presso località

remote di alta montagna raggiungibili solo con fuoristrada e lungo sentieri impervi.

Grazie ai fondi reperiti da donazioni, nel marzo 2000 è stato inviato un audiometro clinico all'SNM Hospital di Leh: questo strumento ha permesso una migliore qualità diagnostica consentendo anche la selezione dei casi clinici per la seconda fase.

La seconda fase si è sviluppata dal 7 al 21 luglio 2000.

In questo periodo presso l'Ospedale di Leh hanno operato tutti gli specialisti impegnati nel progetto Sordità che si sono formati alla Scuola dell'Ospedale Policlinico e che a tutt'oggi vi operano.

L'attività clinico-chirurgica si è articolata in:

- 95 visite a pazienti ipoacusici
- 50 esami audiometrici
- 14 interventi di microchirurgia dell'orecchio (13 timpanoplastiche ed 1 stapedectomia)
- 25 applicazioni protesiche a bambini e adulti
- verifica tecnica-funzionale delle applicazioni protesiche effettuate nel corso del primo intervento.

Collateralmente all'attività otologica, la dr.ssa Gioia Piatti, pneumologa, ha impostato uno studio sulla clearance mucociliare nella popolazione residente a 3500 metri di quota e su soggetti non residenti.

La clearance mucociliare è stata valutata in modo semplice e non invasivo con il test della saccarina che consiste nel porre mediante una micropinza una particella di saccarina del diametro di 1 mm nella cavità nasale sul turbinato inferiore; poiché la saccarina è una sostanza 600 volte più dolce dello zucchero, il tempo di trasporto dal turbinato al rinofaringe può essere facilmente misurato considerando l'intervallo di tempo entro il quale il soggetto avverte l'intenso sapore dolce (solitamente entro 30 minuti).

Inoltre a tutti i soggetti valutati per la clearance mucociliare sono stati effettuati anche degli strisci nasali, colorati in una fase successiva con il metodo di Diff-Quick, per poter correlare il dato funzionale a quello citologico.

Progetti futuri e possibilità di aiuto da parte delle strutture istituzionali

Il programma di collaborazione prevede, nell'immediato, la fornitura di apparecchiature tecnologiche per migliorare le possibilità diagnostiche.

Un impedenzometro è già stato donato all'Associazione e partirà per il Ladakh non appena sarà possibile trovare un sicuro sistema di spedizione. Un apparecchio telefax è pronto per essere inviato al fine di mantenere i contatti con l'Ospedale di Leh: purtroppo nel Ladakh l'uso del telefono non è sempre fruibile in quanto, specie durante la stagione turistica, le poche linee disponibili sono quasi sempre occupate.



Dall'alto:
Pazienti indiani in attesa della visita medica.

L'attività ambulatoriale svolta dal Gruppo operativo nell'Ospedale di Leh.



Un personal computer, per gestire e organizzare al meglio l'attività dell'ambulatorio e raccogliere i dati dei pazienti per studi epidemiologici verrà inviato successivamente; soprattutto il computer, dotato di un modem, consentirà il collegamento tramite posta elettronica con l'ospedale di Leh.

Argomento particolarmente delicato è quello della terapia della sordità con particolare riguardo a quella infantile: come è noto, nel caso di sordità infantile grave o profonda, oltre alla diagnosi precoce e all'applicazione dell'apparecchio acustico è indispensabile affiancare una riabilitazione intensiva e mirata.

Per questo motivo, mentre si può pensare di avviare nel medio periodo un servizio di diagnosi precoce infantile, nell'immediato è *indispensabile* avviare la formazione in India con stage in Italia di uno o due tecnici locali che siano in grado di:

- prestare almeno una elementare assistenza tecnica per la manutenzione delle protesi acustiche;
- fornire le basi di una terapia riabilitativa logopedica del linguaggio. Questo personale, poiché deve utilizzare un metodo prettamente oralistico acupedico, deve essere necessariamente di madre lingua.

Un altro studio che verrà effettuato e controllato nel suo sviluppo dall'Italia è quello epidemiologico retrospettivo sull'incidenza delle principali patologie audiologiche.

Sul medio-lungo periodo si prevede di formare personale per effettuare l'audiometria comportamentale infantile e i potenziali evocati uditivi mediante un sistema portatile e terapisti della riabilitazione, vale a dire logopedisti. Riteniamo molto utile dotare i nostri amici anche di una piccola ma completa stazione meteorologica in grado di registrare la temperatura, la pressione barometrica, l'umidità dell'aria, la direzione e velocità del vento, il quantitativo di pioggia caduta. Questi dati climatologici saranno molto importanti per le correlazioni possibili con le patologie otologiche e per quanto riguarda lo studio della motilità ciliare.

Infine, sarebbe auspicabile un coinvolgimento diretto dell'Amministrazione dell'Ospedale Policlinico per avviare un programma di aiuti consistenti, ad esempio, nell'invio di apparecchiature e attrezzature qui da noi considerate obsolete o in via di

dismissione che, al contrario, nel poverissimo Ladakh sarebbero considerate un prezioso dono della provvidenza.

Personale volontario impegnato:

- dott. Umberto Ambrosetti audiologo, Dipartimento Discipline Otorinolaringologiche, Università degli Studi di Milano, IRCCS Ospedale Policlinico,
- dott. Alberto Scotti, otorinolaringoiatra, Clinica ORL Università degli Studi di Milano, Ospedale S. Paolo, Milano,
- ing. Luca Del Bo, audioprotesista, Associazione Ascolta e Vivi ONLUS,
- dott.ssa Gioia Piatti, pneumologo, Istituto di Malattie dell'Apparato Respiratorio, Università degli Studi di Milano IRCCS Ospedale Policlinico.

Partners del progetto: Centro Mandala Milano, GN Danavox Italia, Oticon Italia, Phonak Italia, Starkey Italy, sig. Edoardo Vogli

La sindrome delle apnee durante il sonno: una malattia sociale

LUIGI MARAZZINI, BERARDINO MASTROPASQUA

Nel 1991 abbiamo pubblicato su questa Rivista due brevi pagine nelle quali si metteva in evidenza sia l'importanza di tale patologia, sia la nascita del nostro laboratorio di Polisonnografia cardio-respiratoria ("Un laboratorio per lo studio dei disturbi respiratori durante il sonno" n. 3-4, 1991). Da allora sono parallelamente cresciute le conoscenze di questa complessa sindrome e le richieste di visite ed esami polisunnografici. A distanza di circa dieci anni vogliamo fare il punto della situazione sia sulle novità secondarie alla ricerca medica, sia su quanto la nostra attività ha prodotto.

Abbiamo a disposizione ormai vari studi di epidemiologia clinica che hanno svelato la gran diffusione di soggetti russatori nei quali sono presenti alterazioni del respiro durante il sonno. Queste sono indicate col termine di apnea, se la respirazione si interrompe completamente per almeno dieci secondi, e con il termine ipopnea se solo parzialmente. Se si prendono in considerazione i soggetti russatori che lamentano una invalidante sonnolenza diurna, ritroviamo che il 2 per cento delle donne ed il 4 per cento degli uomini è affetto da tale patologia (dati di prevalenza molto simili ad altre malattie importanti quali il diabete mellito e l'asma bronchiale).

Tutto ciò è stato ampiamente sottolineato in una delle più importanti riviste di medicina: il New England Journal of Medicine dove si sottolineava la natura ormai "sociale" di tale patologia. Altrettanto certa è l'associazione tra ipertensione arteriosa (altra malattia sociale) ed alterazione del respiro durante il sonno: i soggetti nei quali si dimostra un numero di apnee/ipopnee anche relativamente lieve durante il sonno hanno un rischio aumentato del 97 per cento di sviluppare, nell'ar-

co di quattro anni, una ipertensione arteriosa. Se prendiamo in considerazione invece i pazienti con un numero di apnee/ipopnee elevato, riscontriamo che tale rischio è aumentato del 277 per cento sempre nell'intervallo di quattro anni di osservazione. Il meccanismo patogenetico responsabile dell'incremento dei valori pressori non è noto. Una delle ipotesi più plausibili mette in correlazione l'ipertono nervoso simpatico, secondario all'ipossiemia provocata dalle apnee, con lo sviluppo di ipertensione arteriosa sia sistemica che polmonare.

Il sintomo principale di tale patologia è rappresentato dalla sonnolenza diurna. Tale sonnolenza è spesso invalidante tanto che rappresenta un elevato fattore di rischio per incidenti sia automobilistici sia durante il lavoro. Negli USA è stato calcolato che circa il 38 per cento degli incidenti automobilistici dipende dalla sonnolenza persistente di questi pazienti.

Per quanto riguarda la patogenesi, l'ostruzione fino al completo collasso delle vie aeree superiori (orofaringe) rappresenta l'evento chiave. Sicuramente durante il sonno viene a ridursi l'iperattività nervosa che normalmente mantiene pervie le vie aeree superiori e che è fisiologicamente presente durante la veglia. Ciò porta ad una riduzione del lume con un aumento delle resistenze al flusso dell'aria, fino alla completa ostruzione.

Il trattamento di tale patologia è sempre più orientato verso l'utilizzo della ventilazione meccanica per via nasale con pressione positiva continua: la così detta CPAP nasale.

Con tale strumento si ottiene la scomparsa del russamento, la normalizzazione del quadro respiratorio, il ripristino della normale architettura del sonno (per cui in breve tempo si riduce notevol-

mente anche l'ipersonnia diurna). L'aumentato rischio di malattie cardio-vascolari secondario a questa patologia si riduce, diventando praticamente sovrapponibile alla popolazione generale già dopo brevi periodi di terapia. La stessa gravità dell'ipertensione arteriosa diminuisce e già dopo sette giorni di terapia si riduce il numero di farmaci da usare per il suo trattamento.

Negli ultimi anni sono comparsi vari tipi di ventilatori "automatici intelligenti" che offrono la possibilità di applicare la pressione positiva solo quando è necessaria e la riduce quando il paziente non presenta alterazioni respiratorie; tali apparecchiature sono per di più silenziose e di piccole dimensioni tali da stare comodamente sul comodino della notte. Notevoli passi in avanti sono stati fatti anche per quanto riguarda la mascherina di applicazione nasale che rappresenta talvolta il vero ostacolo all'accettazione di tale ausilio terapeutico da parte del paziente. Attualmente ne esistono di varie forme e dimensioni, con cuscinetti di silicone che riducono l'eventuale irritazione cutanea facciale pur mantenendo una perfetta tenuta.

Per tornare alla nostra attività, pur essendo progressivamente aumentata nel corso degli anni, non siamo riusciti a ridurre le liste di attesa a causa dell'elevato numero di richieste da parte di soggetti affetti da tale patologia e per la limitata disponibilità di laboratori di polisonnografia cardio-respiratoria nel nostro Paese. Per questo motivo la nostra Amministrazione ha deciso di raddoppiare la struttura a nostra disposizione permettendo così di aumentare notevolmente il numero di pazienti da esaminare. Sicuri che anche questo non basterà, stiamo pensando a come poter studiare e curare un numero sempre maggiore di pazienti. Questo diverrà possibile grazie ad apparecchiature domiciliari più o meno complesse, a personale medico e paramedico appositamente dedicato e ad un numero maggiore di posti letto.

Pochi sono i campi della medicina nei quali si possono vedere, in un tempo breve come otto ore, i cambiamenti indotti dalla terapia in pazienti cronici: questo è il caso dei soggetti affetti dalla sin-

drome delle apnee durante il sonno. Già dopo la prima notte di applicazione della CPAP nasale i pazienti avvertono infatti di non aver dormito così bene da moltissimi anni e spesso ci chiedono di lasciarli dormire in laboratorio ancora per qualche ora! E cosa dire dei o delle compagne di letto di questi pazienti? Con tale trattamento infatti scompare l'intenso rumore secondario al russamento (che a volte li costringe a dormire in letti separati) per cui si facilita anche l'armonia familiare e questo non è in verità l'ultimo dei vantaggi.

Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso l'organizzazione

MARISA CANTARELLI

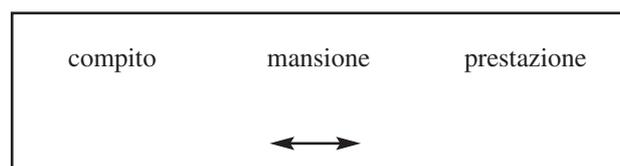
La legge 42/99 ha abolito il “mansionario” del 1974 e disposto che: “Il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai relativi profili professionali, dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché dai rispettivi codici deontologici”.

Nell'articolo sul cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso il management rilevavo, fra l'altro, che il profilo professionale dell'infermiere prevede un infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica e contemporaneamente affermavo che il management infermieristico deve essere fondato su una filosofia che rifletta la considerazione del valore della dignità di ogni singolo paziente. Ora cercherò di fondere queste due affermazioni traducendole nella prassi tramite una lettura organizzativa dell'attività infermieristica.

Da sempre l'attività infermieristica (e appunto fino al 1999), è stata disciplinata da un mansionario; ma che cosa è un mansionario? Il vocabolario della lingua italiana della Treccani dice: “..raccolta sistematica delle mansioni che, secondo il contratto di lavoro, sono affidate al dipendente...”; per l'infermiere era la legge che prevedeva un elenco di mansioni.

Dall'analisi dei contenuti dell'attività lavorativa dal punto di vista organizzativo, si rileva che la mansione è un insieme di compiti, il cui svolgimento è finalizzato al raggiungimento di un risultato e che il compito è la parte elementare in cui può essere suddivisa l'attività lavorativa. L'arricchimento della mansione porta alla prestazione.

Il percorso che dal compito porta alla prestazione può essere visualizzato nel modo seguente



Lo spostamento dall'uno all'altro tipo di contenuto dell'attività lavorativa può avvenire in entrambi i sensi e possiamo dire che da sinistra verso destra è un'evoluzione del processo.

Come possono cambiare, ai fini di una progettazione, le mansioni? Possono essere riconosciute tre modalità, diffusamente adottate:

1. Rotazione delle mansioni
2. Allargamento delle mansioni
3. Arricchimento delle mansioni - prestazioni

1 - Rotazione della mansione

La rotazione della mansione consiste nel far ruotare il lavoratore su alcune fasi del medesimo processo. Nell'ambito della mansione assegnata all'individuo, i compiti via via svolti mutano in modo continuo e sistematico; non comporta grandi complessità di cambiamento.

2 - Allargamento della mansione

L'allargamento della mansione può essere definito come un processo di ristrutturazione ove si amplia la fase di lavoro assegnata al lavoratore. Ad un'esecuzione quindi si affiancano altre esecuzioni, con la conseguenza per chi lavora di partecipare allo svolgimento di una serie di operazioni più numerose rispetto a prima. Questa tecnica si basa però sull'esecuzione, in quanto l'obiettivo dell'allargamento non è quello di aggiungere al momento esecutivo altri compiti di carattere più vario (come la manutenzione, la programmazione e il controllo, tipici invece dell'arricchimento della mansione), ma solamente di ristrutturare il lavoro in modo che l'individuo esegua più parti del processo di trasformazione. Il pericolo maggiore cui si va incontro è di applicare l'allargamento meccanico, senza alcuna preoccupazione per lo sviluppo professionale dell'individuo, dando luogo ad un semplice aumento del carico di lavoro, che non produrrà mai i risultati sperati. Anche qui valgono le obiezioni mosse alla rotazione della mansione.

Herzberg l'ha definita "crescita orizzontale" della mansione (opposta alla "crescita verticale", cioè a quella che fornisce elementi motivanti) ed ha evidenziato che il risultato è di allargare semplicemente la natura insignificante della mansione.

3 - Arricchimento della mansione - prestazioni

L'arricchimento della mansione si differenzia dalle precedenti tecniche di progettazione di tipo individuale perché interviene in modo più sistematico sull'attività del singolo lavoratore, arricchendo il semplice compito dell'esecuzione con altri compiti come quello della programmazione, organizzazione, controllo e coordinamento del proprio lavoro.

Il fondamento teorico dell'arricchimento della mansione è la teoria delle motivazioni al lavoro: si tratta cioè di richiamare le motivazioni e i principi della crescita psicologica per capire come debba venire concepito il lavoro per essere motivante, in grado cioè di permettere un reale sviluppo professionale del lavoratore.

L'arricchimento mira ad introdurre una maggiore varietà e a far sì che siano svolti compiti completi, non frazionati, trascende gli aspetti tecnici del singolo lavoro, per cercare di dare invece una visione completa del rapporto esistente tra mansione e prodotto (o servizio) finito.

L'arricchimento vuole in sostanza rendere a ciascuna mansione quella totalità perduta in seguito alla parcellizzazione, che è indispensabile al raggiungimento di una certa significatività del lavoro.

Questo può essere realizzato attraverso una delega al lavoratore che prima svolgeva compiti puramente esecutivi, di alcune funzioni decisionali finora riservate al capo o supervisore.

I lavoratori in questo caso dovrebbero completare il prodotto, controllarne la qualità ed essere responsabilizzati per ciò che concerne la progettazione tecnica e gli effetti economici dei vari fattori sulla vendita del prodotto o del servizio effettuato.

Organizzazione originaria del lavoro	Organizzazione del lavoro dopo l'arricchimento
Capo — [organizza programma guida controlla]	Capo
Operaio — esegue	Operaio — [organizza programma esegue controlla]

Relativamente ai contenuti dell'attività lavorativa, qual è il ruolo dell'individuo, cioè come e cosa cambia parallelamente nel percorso mansione-prestazione? Quale il ruolo del lavoratore?

Ad un primo e più elementare livello di attività, la "mansione", il lavoratore ha un ruolo meramente esecutivo, non coordina autonomamente i vari atti lavorativi e non conosce il risultato finale del suo lavoro; conseguentemente non partecipa alla valutazione dei risultati: deve esclusivamente eseguire le mansioni assegnate dal supervisore.

Nel caso di una mansione arricchita - prestazione, il lavoratore è, nello stesso tempo, colui che:

- *esegue* direttamente l'attività lavorativa... ma, alla funzione di esecuzione, si aggiungono anche quelle di:

- *programmazione*: stabilisce gli obiettivi (risultati)

- *organizzazione*: valutazione delle risorse

- *controllo*: valutazione dei risultati

Ne scaturisce

- *completezza*

- *autonomia*

- *controllo*

- *responsabilità*

Dopo aver descritto i contenuti del lavoro e le caratteristiche del soggetto che svolge l'attività, di seguito si espone come si muove, lungo il continuum, il livello di conoscenze.

Quali sono le capacità e conoscenze richieste? Per l'esecuzione del compito, della semplice mansione, il livello di conoscenze è pressoché assente in quanto il lavoratore deve esclusivamente eseguire quanto gli viene affidato.

Inoltre, trattandosi di unità elementare di lavoro, è per definizione semplice, ridotta ai minimi termini di complessità.

Nel caso di una prestazione (mansione arricchita) il livello di conoscenze richiesto esiste ed è sicuramente elevato in quanto il lavoratore deve:

- conoscere non solo la modalità di esecuzione dei singoli compiti ma l'intero processo di lavoro → **completezza**

- essere in grado di coordinare autonomamente il processo di lavoro e pertanto deve conoscere i metodi e le procedure di lavoro: deve essere in grado di gestire le risorse ... senza avvisare o avvertire preventivamente il supervisore → **autonomia**

- deve conoscere ed avere l'abilità di stabilire i risultati della sua prestazione al fine di ricevere dirette informazioni sulla qualità e sulla quantità del prodotto (servizio) generato
- deve rispondere direttamente del/dei risultato/i conseguiti → **responsabilità**

Quanto espresso richiede elevate conoscenze tanto da necessitare di un periodo più o meno variabile di formazione a priori → **professionista**

Il punto chiave intorno al quale ruota il problema tecnologico (intendendo con tale termine le tecnologie applicate, i metodi e gli strumenti utilizzati per svolgere i compiti) è il grado di determinismo della mansione. I compiti ben definiti e ben programmabili permettono di prevedere le risorse da impiegare ed i risultati da ottenere. Tali compiti possono talvolta essere delegati anche a figure non professionali (perché richiedono a queste solo la esecutività).

“Le mansioni completamente programmabili tendono ad essere scarse in funzioni da svolgere e limitate nel contenuto, non richiedono programmazione e il controllo è ridotto. Essendo prettamente esecutive non possono essere migliorate (riprogettate)”.

Infine, le mansioni completamente predeterminabili non richiedono particolari conoscenze specifiche (se non la perfetta osservanza della modalità di esecuzione) e, di conseguenza, non è necessaria una particolare formazione: è sufficiente, visto il contenuto esecutivo della mansione, un periodo variabile di apprendistato cioè di formazione sul campo (n.b. diverso dal tirocinio ed inserimento-Mintzberg = formazione sul compito).

I compiti non definibili a priori con precisione, e quindi poco prevedibili hanno risultati e risorse impiegate non predeterminabili. Le mansioni poco programmabili comportano sempre una certa difficoltà nel processo di programmazione e controllo: sono le **prestazioni** cioè “mansioni in cui compare continuamente la soluzione di problemi e che richiedono metodi e procedure differenti da caso a caso (Salvemini)”.

In conclusione, la lettura organizzativa ha rilevato che un lavoro per mansioni è meramente esecutivo, ma nel caso di una mansione arricchita – prestazione il lavoratore non solo esegue, ma programma, organizza e controlla il proprio lavoro. Tale responsabilità dà autorità al lavoratore.

In questa lettura organizzativa l'autore di riferimento è Salvemini in quanto permette di analizzare i contenuti dell'attività lavorativa.

In effetti, se la mansione è un insieme di compiti, il cui svolgimento è finalizzato al raggiungimento di un risultato e il compito è la parte elementare in cui può essere suddivisa l'attività lavorativa, l'arricchimento della mansione porta alla prestazione.

A questo punto l'obiettivo consiste nel collocare, dopo aver fatto l'analisi della realtà, l'infermiere (o meglio l'insieme organizzato degli infermieri) nel continuum previsto dal Salvemini. Tale continuum analizza dove è collocata la prestazione infermieristica e quali sono gli elementi che devono essere enucleati dal Modello delle Prestazioni Infermieristiche (*) e che assumono un significato rilevante.

Infatti, il Modello delle Prestazioni Infermieristiche, permette di individuare i parametri oggettivi che consentono di leggere la realtà, analizzando lo sviluppo e l'uso che si è fatto del concetto di “prestazione” all'interno della disciplina infermieristica e come questo incida sull'organizzazione del lavoro. Partendo dal concetto di “prestazione” proposto da Salvemini sono giunta alla definizione di “prestazione infermieristica” prevista nel Modello delle Prestazioni Infermieristiche. Lo schema di seguito riportato ne sintetizza le diverse caratteristiche:

<p>Salvemini La progettazione delle mansioni arricchite = prestazioni</p>
<p>PRESTAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Esegue</i> direttamente l'attività lavorativa ... ma, alla funzione di esecuzione, si aggiungono anche quelle di seguito indicate. - <i>Programmazione</i>: stabilisce gli obiettivi (risultati) - <i>Organizzazione</i>: valutazione delle risorse - <i>Controllo</i>: valutazione dei risultati

(*) del quale si è ampiamente parlato nella presente rivista sul n. 1/96 e accennato nei due precedenti articoli sul cambiamento dell'assistenza infermieristica recentemente pubblicati.



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

Cantarelli

Modello delle prestazioni infermieristiche

PRESTAZIONE INFERMIERISTICA

- *Esecuzione*: si dà per assunto che per l'infermiere esista tale momento e tipologia di mansione che, più specificatamente, si concretizza nello svolgimento della "azione infermieristica quale azione compensatoria di assistenza".
- *Programmazione*: l'infermiere stabilisce gli obiettivi autonomamente e, nella fattispecie, pianifica l'assistenza
- *Organizzazione*: l'infermiere sceglie metodi, strumenti e tempi, mediante i quali raggiungere gli obiettivi posti
- *Controllo*: l'infermiere ha un pieno controllo sulle fasi del proprio lavoro in virtù dell'autonomia implicita e del livello di conoscenze possedute, conseguentemente valuta i risultati raggiunti cioè la prestazione infermieristica, apportandovi le opportune ricorrezioni.

Quanto sopra descritto è in sintesi il "passaggio" da un'attività per mansioni ad un'attività per prestazioni, che comporta altresì un cambiamento del ruolo infermieristico: da infermiere esecutore a professionista. A questo sforzo (peraltro già intrapreso) è chiamato l'infermiere del 2000. L'abolizione del mansionario, come detto all'inizio di questo articolo, lo ha proiettato in un ruolo diverso da quello coperto finora senza concedere pretesti per non cambiare e senza possibilità di ritorno.

L'infermiere per identificarsi in questo ruolo di professionista deve:

- conoscere l'intero processo di lavoro, ovvero le azioni che compongono ciascuna prestazione infermieristica e, ancora, gli atti che sono contenuti in ciascuna azione al fine di realizzare la caratteristica della completezza.
- essere in grado, applicando il Modello delle Prestazioni Infermieristiche, di coordinare autonomamente il proprio lavoro (... insieme di azioni coordinate ...) in quanto conosce, grazie al periodo di formazione svolto, metodi e strumenti che consentono di erogare una prestazione infermieristica.
- conoscere i risultati potenziali attesi, conseguenti alla sua prestazione in quanto le conoscenze disciplinari specifiche gli consentono di definire la prestazione infermieristica che risponda al bisogno specifico manifestatosi o rilevato.

- rispondere dei risultati conseguiti; è dunque responsabile comunque delle azioni messe in atto per raggiungere l'obiettivo di cura, anche se tale risultato prevede la collaborazione di diverse figure professionali.

Quando l'attività lavorativa dell'infermiere si inserisce in un sistema organizzato in cui sono presenti altri professionisti con diverse specificità e competenze, è fondamentale che egli possieda:

1. attraverso la disciplina infermieristica, il livello di conoscenze richieste per svolgere il proprio lavoro: rispondere all'utente/erogare un servizio;
2. consapevolezza della *specificità del servizio* in funzione del quale risponde con delle prestazioni efficaci ai bisogni di assistenza infermieristica.

Il cambiamento organizzativo descritto permette di concretizzare un cambiamento nell'attività infermieristica. L'applicazione del Modello delle Prestazioni Infermieristiche nella prassi valorizza l'infermiere attraverso due meccanismi:

- gli infermieri maggiormente consapevoli di essere professionisti attribuiscono maggior valore al servizio che offrono all'utente
- l'utente ricevendo una risposta personalizzata ai suoi bisogni, attribuisce maggior credito alla figura infermieristica.

Ho analizzato una proposta concreta di cambiamento per l'attività infermieristica attraverso l'organizzazione; cambiamento in atto, reso quasi "obbligatorio" a seguito dell'abolizione del mansionario e dalle forti innovazioni intervenute nel mondo infermieristico in questi ultimi anni. Questa mia proposta costituisce la base ove poggiano e si sviluppano molti altri aspetti organizzativi, tra i quali la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica, gli indicatori che permettono di valutare i costi dell'assistenza infermieristica, i carichi di lavoro degli infermieri che operano in ospedale e sul territorio. Aspetti importanti che, per primi, godranno dell'attenzione della dirigenza infermieristica, recentemente e finalmente riconosciuta.

Bibliografia

- * Cantarelli M., *Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche*, Collana di Scienze Infermieristiche, Masson, Milano 1997
- * Herzberg F., *The Motivation to work*, Wiley, New York 1959
- * Mintzberg H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Grafiche Galeati, Imola 1983
- * Salvemini S., *La progettazione delle mansioni*, ISEDI, Milano 1977

Giovanni Battista Monteggia, Carlo Porta un chirurgo, un poeta

FRANCESCO FIORISTA

Giovanni Battista Monteggia nacque a Laveno nel 1762 e fu illustre chirurgo, autore di pregevoli opere mediche. Visse ed operò a Milano, dove morì appena cinquantaduenne nel 1815, dopo una vita dedicata alla chirurgia: era membro dell'Istituto del Regno Italico, professore di chirurgia nelle Scuole Speciali, chirurgo maggiore del grande Spedale di Milano, socio dell'Accademia Italiana, della Imperiale di Genova, ecc. Abitava vicinissimo all'Ospedale Maggiore, dove per molti anni si dedicò alla cura degli ammalati e alla formazione dei suoi allievi: la sua abitazione era ubicata infatti in via S. Antonio, dove tuttora al numero civico 9 è affissa una lapide sulla facciata della casa, all'altezza del primo piano, ove si può leggere la seguente iscrizione:

*Giovanni Battista Monteggia
professore e scrittore insigne
di
scienze mediche e chirurgiche
abitò questa sua casa
e vi morì
il 17.1.1815*

Pochi anni prima della morte aveva pubblicato una monumentale opera medica in otto volumi, dal titolo "Istituzioni chirurgiche", una vera e propria summa teorico-pratica dello stato dell'arte, per usare un'espressione attuale, delle conoscenze e pratiche chirurgiche all'epoca napoleonica.

Nella prefazione alla seconda edizione, che vide la luce nel 1813 presso il libraio Giuseppe Maspero in Milano in contrada Santa Margherita (il luogo dei librai milanesi, la medesima zona dove una dozzina d'anni dopo abiterà Leopardi per un breve periodo, ospite dello stampatore Antonio Fortunato Stella), egli così tra l'altro si esprimeva, conscio che l'arte medica è un continuo tendere a nuove e più avanzate conoscenze:

“Imperciocché tutti sanno che coltivandosi l'arte con quell'ardore, che molti a' di nostri lodevolmente costumano, non passano anni, anzi mesi, o giorni pure, che qualche idea nuova non si acquisti, da aggiungere alla massa delle nostre cognizioni, o veramente a rettificarle. Che se men breve si fosse l'umana vita, quanto più non farebbe incrementi l'arte nostra, al dire d'Ippocrate stesso, così lunga e difficile? ...”

Nell'aprile del 1815, appena poco più di tre mesi dopo la sua morte (avvenuta il 17 gennaio), gli fu eretto, per desiderio dei suoi allievi a lui riconoscenti, un busto di marmo sotto i portici dell'Ospedale Maggiore, con un'iscrizione latina, che lo ricordava uomo di dottrina e filantropo:

*A Ω
Ioan Baptistae Antoni F.
Monteggiae
Chirurgo e primis huius valetudinari
Doctori artis suae
Scriptis claro et usu peritissimo
Sodali C.R. Instituti
XL viro Academiae Italicae
Benignitate in egenos rarissima
Pius vixit annos LII
Hev. ereptus XVI kal. Feb. A. MDCCCXV
Civium societas aere collato
Ob merita posuit
Iuvenes medici
Intuemini aemulamini*

Al di sotto dell'iscrizione era scolpito un gallo, animale che nell'antichità era sacro ad Asclepio, dio patrono della Medicina (ricordiamo al riguardo le ultime parole di Socrate morente, come riferito da Platone nel Fedone: “O Critone, dobbiamo un gallo ad Ascepio; dateglielo, e cercate di non dimenticarvene”). In questa espressione socratica

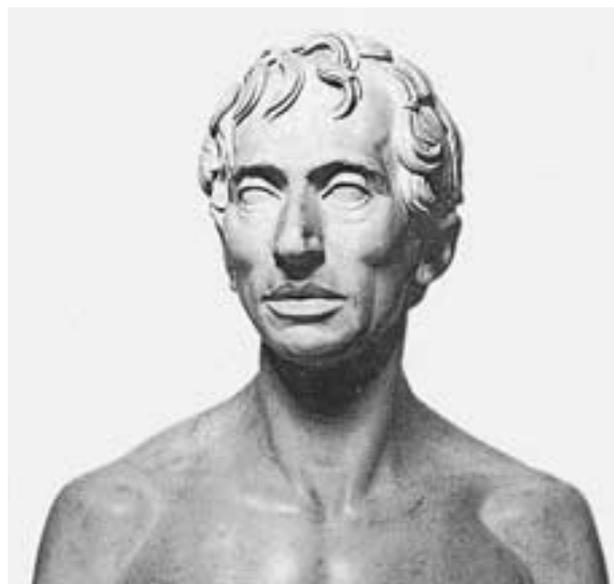
vi era la sublime identificazione della morte con la guarigione dal male della vita. E certamente furono i discepoli medici del Monteggia a voler raffigurato tale simbolo sotto l'iscrizione latina, per riconoscenza e gratitudine nei confronti del loro Maestro, paragonato come guida e educatore al grande filosofo greco).

Il gruppo scultoreo fu commissionato allo scultore neoclassico Camillo Pacetti (Roma 1758 – Milano 1826), allora riconosciuto a Milano come il più autorevole portavoce dello stile del Canova, insegnante di scultura presso l'Accademia di Brera e impegnato nelle due più importanti imprese della Milano neoclassica: l'Arco della Pace e il completamento della facciata del Duomo. L'inaugurazione avvenne il 25 aprile 1815; dagli archivi risulta che il giorno precedente, il 24 aprile, lo scultore fu pagato con la somma di lire 713,70, oltre al rimborso di tutte le spese per l'acquisto dei marmi, il trasporto degli stessi e le ricompense agli scalpellini.

Il monumento in marmo bianco si trovava, una volta entrati nell'Ospedale Maggiore dalla porta grande e voltando a sinistra, presso l'angolo dell'atrio, come riferito ancora nel 1926 da Pio Pecchiai nel libro "Guida dell'Ospedale Maggiore di Milano e degli Istituti annessi"; volume questo che ci è stato gentilmente consentito di consultare presso l'Archivio Storico dell'Ospedale Maggiore in via Francesco Sforza.

Nel 1929 al Monteggia sarà poi dedicato il padiglione di Chirurgia del Policlinico che ancora porta il suo nome; nell'aula dedicata alla didattica, ai piedi e a sinistra dell'emiciclo se si guarda dall'alto, è tuttora posto il busto scultoreo che lo raffigura: stilisticamente esso è risolto in termini di astratta classicità, in un felice equilibrio tra una resa fisiognomica realistica e una severa compostezza di stampo canoviano.

Il busto fortunatamente si salvò in quanto fu trasportato all'Abbazia di Mirasole allo scoppio della seconda guerra mondiale; la lapide con l'iscrizione latina invece, lasciata in situ, fu irrimediabilmente danneggiata dai bombardamenti alleati del 1943.



Giovanni Battista Monteggia.

E passiamo ora dalla storia della medicina alla letteratura.

Carlo Porta (Milano 1775 - Milano 1821), il grande poeta meneghino, contemporaneo del Monteggia, gli dedicò, poco dopo la sua morte, per l'appunto un sonetto, ovviamente in dialetto milanese; l'autografo originale dell'epoca, conservato alla Biblioteca Ambrosiana di Milano, reca la data del 1815, lo stesso anno della morte del Monteggia. Il grande poeta dialettale milanese, fingendo di essere distolto dalla lettura dell'iscrizione sopra riportata all'arrivo di un somaretto spelacchiato che porta un ammalato, coglie il pretesto per lasciarsi andare ad alcune considerazioni che si prestano a più di un'interpretazione.

*Remirava con tutta devozion,
voeuna de sti mattin, in l'Ospedaa
el ritratt de Monteggia, e l'iscrizion
che dis con pocch parol tanc veritaa,
quand, on tricch e titracch sott al porton
el me presenta on asen mezz spelaa
ch'el fava on volt real cont el firon
per rampà sòra in cort on ammalaa.*

*A sto pònt tutt l'amor per la virtù,
ch'el me ispirava quel dottor de sass,
l'è andaa in fond di calcagn lù de per lù:
e hoo vist infin che i sciori no gh'han tort
quand se disen tra lor, per confortass,
che var pù on asen viv che on dottor mort.*



La prima interpretazione letterale “*vale più un asino vivo di un dottore morto*” è la più ovvia e la più semplice ed è rimasta come modo di dire popolare. Ma il sonetto cela anche un altro significato, a nostro modo di vedere, molto umano e altamente comprensivo dell'umanità più umile e semplice, simboleggiata dall'asinello. Non sono solo importanti gli uomini illustri ai quali vengono dedicati lapidi e busti di marmo, ma tutti gli uomini, anche quelli più incolti e di umili origini possono fare il bene, agendo con pietà e altruismo verso chi è più bisognoso (così come uno spelacchiato asinello porta un infermo in ospedale).

Nota

Crederemmo di fare una barbarie a “tradurre” il sonetto in italiano, pertanto ci limitiamo a riportare alcune note esplicative come nella quarta edizione dell'opera omnia di Carlo Porta (Poesie Milanesi) della Casa Editrice Ceschina di Milano pubblicata nel 1967 (prima edizione nel 1944).

tricch e titracch - voce imitativa dello zoccolare del somaro e specialmente del rumore delle ruote sgangherate di quelle carrette con le quali i Comuni della Provincia usavano mandare, per diritto acquisito, i loro malati all'Ospedale di Milano.

ch'el fava on volt real cont el firon - che inarcava la schiena (firon) sino a fare un arco reale

rampà - arrampicarsi: l'entrata del vecchio ospedale Maggiore (distrutto dai bombardamenti anglo americani nell'agosto 1943) era infatti leggermente in salita.

de sass - scolpito nel marmo

sciori - ricchi

Bibliografia

Pio Pecchiai: *Guida dell'Ospedale Maggiore di Milano e degli Istituti Annessi*, Stabilimento Tip.-Lit. Stucchi Ceretti, Milano, 1926.

Carlo Porta: *Poesie Milanesi*, a cura di Severino Pagani, Casa Editrice Ceschina, Milano, 1967.

Musei e Gallerie di Milano. Ospedale Maggiore Ca'Granda, volume III, Collezioni Diverse, Electa Editrice, Milano, 1988.

Giotto e il suo tempo tra Milano e Padova

GIACOMO de ANTONELLIS

Tra Milano e Giotto esiste un rapporto preciso. Ed un testimone inappellabile, Giorgio Vasari, il quale inseriva questo passo nelle sue *Vite*, parlando del maestro fiorentino: “Lavorò anco in Milano alcune cose che sono sparse per quella città e che insino ad oggi sono tenute bellissime”. Giotto si era trattenuto in Milano nel 1335 al termine del lungo soggiorno presso la corte di Roberto d’Angiò a Napoli e, assieme alla sua bottega, aveva rinnovato profondamente la cultura figurativa lombarda. Purtroppo, conclusa la missione, lo stesso Vasari si rammaricava che l’artista “non passò molto tempo che rendé l’anima a Dio l’anno 1336 (per la precisione l’8 gennaio, N.d.R.) con molto dispiacere di tutti i suoi cittadini, anzi di tutti coloro che non pure l’avevano conosciuto ma udito nominare”. La fama di Giotto era infatti grandiosa e spiega come mai - portata a termine l’eccezionale Cappella degli Scrovegni a Padova - ogni potente cercasse di acquisirne i fertili servizi.

In questa gara, proprio per ultimo, l’aveva spuntata Azzone Visconti che voleva abbellire il suo Palazzo Ducale e altri monumenti milanesi. Poco si conosce sul modo in cui l’attesa venne assolta, ma le cronache parlano di numerosi interventi effettuati da Giotto e dai suoi allievi tra i quali si distingueva il noto Giusto de’ Menabuoi, assunto poi a grande fama. Dalle cronache (il Vasari viene confortato anche dall’*Opusculum* di Galvano Fiamma) apprendiamo che diversi interventi furono eseguiti dalla scuola di Giotto a cominciare dalla progettazione della chiesa di San Gottardo, per la quale dipinse una magnifica “Crocifissione”, per passare alla “Corte vecchia”, così denominata per distinguerla dalla nuova residenza del Castello Sforzesco. E fino a due secoli fa, nelle sale palatine, si poteva ammirare una “Vanagloria ovvero Gloria mondana”,

composizione allegorica di un soggetto già eseguito a Padova per Enrico degli Scrovegni, ed un “Trionfo della fama” nel quale Azzone appariva in mezzo a diversi principi cristiani; e gli stessi cortili possedevano motivi a carattere geometrico assai simili a quelli rimasti nei castelli viscontei di Pavia e di Pandino: va escluso che questi ornamenti fossero di mano giottesca mentre è possibile attribuirli alla sua scuola. Sono disquisizioni accademiche in quanto la trasformazione in palazzo reale eseguita dal vanvitelliano Giuseppe Piermarini a fine Settecento ha cancellato ogni ricordo dell’antico assetto.

Per una testimonianza giottesca più valida dobbiamo rifarci ai resti di affreschi ancora esistenti nella chiesa di San Gottardo in Corte, così chiamata in quanto legata al nucleo della reggia ducale, nonché nelle abbazie di Viboldone e Chiaravalle: con opere da attribuire alla mano dei discepoli (*Justus pinxit*, lasciò scritto su una parete di Viboldone il Menabuoi che aveva capacità di gran pittore). Il Visconti era particolarmente devoto al monaco benedettino - quale era Gottardo - cosa che spiega perché, nonostante fosse stato intitolato alla Beata Vergine, il rosso gotico tempio abbia poi serbato nel tempo il nome del santo carinziano. Dopo aver affidato le opere architettoniche al cremonese Francesco Pecorari, ideatore anche dell’originale campanile, il duca Azzone sollecitava l’opera di altri artisti. Appare chiaro che Giotto, nella sua permanenza a Milano, non poteva esimersi da un intervento diretto ovvero da suggerimenti e messa a disposizione dei suoi uomini. Da qui la convin-

Sulla pagina accanto:

un esempio della presenza di Giotto e della sua scuola nel milanese: un particolare del “Giudizio universale” di Giusto de’ Menabuoi nell’Abbazia di Viboldone.



zione, da parte di numerosi studiosi, che gli affreschi sulle storie della Madonna portino il marchio della scuola giottesca. Analogo stile toscano si ritrova in alcuni avanzi pittorici che descrivono la “Crocifissione”, una volta esistenti alla base esterna del campanile e adesso asportati all’interno. Un discorso simile si può fare per i complessi monastici fuori le mura, Viboldone e Chiaravalle, ove - tra gli altri - gli apporti di Giusto de’ Menabuoi e del Giotto (Tommaso di Stefano o Maso di Banco?) risaltano con sicurezza, sia per lo stile sia per la documentazione. Intensi e precisi, dunque, furono i collegamenti del maestro di Bondone (e della sua bottega) non soltanto con la metropoli ambrosiana ma con l’intera Valle Padana, terre nelle quali Giotto seppe esprimersi con straordinaria efficacia rinnovando i fasti toscani romani e napoletani. Non a caso Padova gli ha dedicato una grandiosa mostra per ricordare il Trecento, autentico “secolo d’oro” dell’arte.

Ecco allora a godimento della cultura contemporanea, una rassegna su “Giotto e il suo tempo” (25 novembre 2000 – 29 aprile 2001) che la città di Sant’Antonio ha puntualmente allestito e ha reso più allettante con alcuni itinerari museali che si sono sovrapposti ad un’altra superba rassegna pittorica, quella dedicata a Giovan Francesco Barbieri detto il Guercino e alla pittura emiliana (con firme famose come Annibale Carracci e Guido Reni) nel recuperato Palazzo Zabarella, durata fino al 28 gennaio 2001.

Per il ciclo giottesco le mosse partono dal novissimo e straordinario restauro della Cappella degli Scrovegni, a sette secoli dalla sua decorazione. Nel discorso sono però coinvolti anche altri otto punti focali: i Musei civici e la Chiesa degli Eremitani, il Palazzo della Ragione, il Battistero del Duomo, la Reggia Carrarese, l’Oratorio di San Michele, la Basilica del Santo e l’Oratorio di San Giorgio. Quanto al circondario il percorso punta sulla Sala dei Giganti a Liviano e sull’abitato medioevale di Arquà Petrarca. In complesso si tratta di un patrimonio eccezionale tra opere scultoree (primeggia la statua del banchiere committente di Giotto), pittoriche, orafe, miniaturistiche,

numismatiche e archivistiche. Al centro della cartellata si evidenziano la celebre “Croce” appartenente alla Cappella scrovegna e la “Testa di donna”, affresco che proviene dal Museo di Budapest, entrambe di Giotto. Accanto al maestro spiccano le opere eseguite da Guariento di Arpo, Pietro e Giuliano da Rimini, Giovanni da Bologna, Jacopo da Verona, Giusto de’ Menabuoi, Altichiero da Zevio, Jacopo Avanzi, Niccolò Semitecolo, Rinaldino di Francia. Tra i codici quattro Antifonari, frutto della famosa scuola patavina, la meravigliosa “Bibbia istoriata padovana” e il “Codice Carrarese”. Il fulcro della rassegna, ovviamente, si trova negli affreschi della Cappella considerati il più significativo ciclo trecentesco in Europa per la potente vitalità delle storie bibliche fissate dai colori di Giotto. Una sezione è pure riservata alla musica con tutta una serie di strumenti antichi corrispondenti a quelli dipinti dagli artisti del tempo. Completano l’esposizione codici notarili e documenti sulla vita sociale di Padova al tempo della signoria dei Carraresi.

Parlare di Padova “capitale dell’arte trecentesca” - come hanno proposto gli organizzatori della mostra - ci sembra un’autentica forzatura, ma dire che la maestria giottesca abbia donato moltissimo alla città è certamente un fatto indiscutibile ed apprezzabile.

È molto bello e importante che, a conclusione del Giubileo 2000, questo periodo aureo dell’arte italiana sia stato scelto quale sigillo ad un evento di carattere spirituale teso a rinnovare lo spirito umano e ad esaltare la sensibilità degli animi. Del resto, religione e arte non costituiscono forse, in forma parallela, una celeste sintesi di elevazione umana verso al bellezza e la grandiosità dell’Eterno?

Prendiamo ad esempio il ciclo di affreschi che adorna la cappella degli Scrovegni e quello, sotto certi aspetti analogo, che si trova all’abbazia di Viboldone: entrambi gli autori, Giotto e Giusto, descrivono storie religiose culminanti nel Giudizio Universale; tutti e due i cicli si collegano idealmente alla struttura ecclesiale della Divina Commedia con la spartizione del mondo tra buoni e cattivi, con la glorificazione dei primi e la punizione dei secondi, fino al



Padova, facciata della Cappella degli Scrovegni, universalmente nota per la presenza degli affreschi di Giotto.

Pertanto, leggere oggi l'arte di Giotto con gli occhi del suo tempo - ed uso tale espressione essendo essa un'unica scrittura pittorica - diventa in sé un ottimo esercizio per conoscere il bello e per riflettere quello che sta sopra di noi e che tanto spesso non riusciamo a vedere.

sacrificio del Cristo che redime l'umanità. E l'insieme viene a sottolineare l'armonia esistente nei tempi in cui l'uomo era concentrato sulla propria intimità, lontano da tentazioni consumistiche e da effimeri stordimenti. Un mondo diverso, imperniato su valori elevati, ove la religione diventava motivo regolatore dell'intera esistenza e nel quale la semplicità dei costumi sostituiva in pieno la banalità il vuoto e l'affanno di tanta vita tecnologicamente corretta. Così, in definitiva, attraverso le sue icone e i suoi colori - disegni perfetti e toni temperati - Giotto interpretava e sintetizzava gli ideali di una comunità perfetta, religiosamente pia e civilmente elevata; questa società si nutriva di precisi ideali per mantenere intatta e coltivare la tradizione dei suoi antichi padri: la forza della propria famiglia, la difesa di un territorio limitato, la devozione verso l'altare in quanto baluardo dalle avversità e cattedra di moralità. Elementi rilevantissimi a quei tempi che l'odierna società ignora in modo assoluto, per congenita ignoranza, preferendo farsi pilotare dai robot anziché usare il proprio cervello.

Franco Fossati, uno scienziato, un primario, un uomo

GIORGIO COSMACINI

Nel 1966, in una seduta autunnale delle Riunioni Lombarde di Radiologia, Franco Fossati, primario radiologo dell'Ospedale Maggiore di Milano-Niguarda, commemorava il suo predecessore Piero Sessa, scomparso ottantenne il 25 aprile di quello stesso anno, con queste parole:

“Lo chiamavano tutti, lo chiamavamo tutti: il dottor Sessa. E questo voleva dire soprattutto due cose...”
Trentaquattro anni separano quel giorno d'autunno da quest'altro giorno autunnale, a Milano piovigginoso, con il sole mascherato in un cielo color piombo. Franco Fossati, sul limitare dei novant'anni, nelle ore dell'alba di sabato 11 novembre, ha lasciato la vita.

“Lo chiamavano tutti, lo chiamavamo tutti: il professor Fossati. E questo voleva dire soprattutto due cose...”

Trasalendo, ripetiamo di lui parole dette da lui:

“Voleva dire che Egli era rimasto solo, senza coetanei in grande confidenza con Lui [...]; e che gli altri, i più giovani di Lui, anche se non più giovani, avevano per Lui rispetto e riguardo. Un rispetto ed un riguardo che non erano rivolti soltanto al radiologo ed alle sue qualità professionali, ma anche - e certo non meno - all'Uomo e alle sue qualità morali. [...] Egli è morto, intimamente conosciuto da pochi. [...] Se ne è andato senza rumore, ancora una volta senza dare fastidio ad alcuno [...]. Era primario radiologo emerito dell'Ospedale Maggiore di Milano: ma noi, fossimo o non fossimo stati suoi allievi o collaboratori, lo consideravamo tutti, ancora, il nostro superiore diretto”.

Ricordare il Maestro con parole adattissime alla sua figura, ma da lui dette per altri quando, nel pieno rigoglio della maturità, godeva di buona salute e di meritata fama, fatto segno di quotidiane manifestazioni di riconoscenza e di stima, non vuol essere un

retorico richiamo a una sorta di “contrappasso” esistenziale; vuol essere invece, in tutto semplicità, una lettura dell'esistenza di un Uomo in omaggio a come egli la visse e la interpretò.

Franco Fossati nacque a Milano il 19 marzo 1911. A metà degli anni Trenta, laureato in medicina a pieni voti e con lode dopo essere stato interno come “allievo” nella Clinica medica generale dell'Università di Milano allora diretta da Luigi Zoja, dagli studi metabolici congeniali all'indirizzo di ricerca promosso dal direttore passò agli studi radiologici e alla specializzazione in radiologia medica al fianco di Virginio Dall'Acqua (cresciuto nella Scuola radiologica veneta di Arcangelo Vespignani) nell'Istituto di patologia speciale medica dell'ateneo milanese, al padiglione Sacco dell'Ospedale Maggiore Policlinico, dove a Zoja nel frattempo era succeduto Luigi Villa, del quale Fossati fu successivamente il radiologo di fiducia per circa un decennio, nella Sezione radiologica della Clinica medica al padiglione Granelli. Se Luigi Villa pretendeva che le cartelle cliniche dei malati da portare a lezione fossero dattiloscritte, dovendo rappresentare la chiarezza del metodo anche nella forma esteriore, Franco Fossati, che condivideva il rigore metodologico di Villa, preparava ogni volta una documentazione dei casi clinici con una iconografia radiografica presentata come “quadri d'autore”. Forse anche per questa sua vocazione “artistica” fu in intima amicizia con Giacomo Manzù, partecipe delle vicende di vita dell'amico e da questi introdotto nei segreti della grande arte figurativa.

Staccatosi dal Policlinico e da Villa, il 1° settembre 1956 Franco Fossati prese servizio come primario radiologo all'Ospedale Maggiore di Milano-Niguarda. Egli apparve subito, agli amministratori e ai dirigenti sanitari del più grande ospedale milane-

se, come l'*uomo nuovo* in grado di realizzare cose nuove in un mondo nuovo.

Nella seconda metà degli anni Cinquanta, Fossati realizzò a Niguarda un completo rinnovamento del Servizio da lui diretto, con ristrutturazione e riorganizzazione delle attività di radiodiagnostica e di radioterapia. Negli anni Sessanta, dal suo Istituto di radiologia partirono tre importanti iniziative. La prima, nel 1961, consistette nella progettazione, organizzazione e avvio funzionale del Servizio radiologico dell'Ospedale "Città di Sesto San Giovanni", nuovo nosocomio satellite del Niguarda; la seconda, nel 1968, consistette nello studio progettuale e nella realizzazione del Servizio radiologico del nuovo Ospedale "San Carlo Borromeo", amministrativamente accorpato all'Ospedale Maggiore ma situato nella parte ovest di Milano; la terza, nel 1969, consistette in un'opera in cui Fossati molto credette e molto si impegnò: la creazione di un grande Istituto di radioterapia e medicina nucleare.

Negli stessi anni operosi Franco Fossati intraprese e portò a termine altre realizzazioni importanti: l'istituzione del Servizio di schermografia di accettazione (1961), la ristrutturazione delle attività radiodiagnostiche di Pronto Soccorso con istituzione della cosiddetta "guardia radiologica attiva", la ristrutturazione del Servizio di radiologia del Centro cardiocirurgico Angelo De Gasperis (1976).

Ma l'"uomo nuovo" che era in Franco Fossati non si espresse soltanto come realizzatore di grandi opere ospedaliere, organizzatore e promotore nel proprio Ospedale di molte attività con risonanza cittadina, regionale, nazionale. A fianco, indissociabile come un'ombra, c'era la figura dell'uomo di studi, con le fattezze del ricercatore, con la stoffa dello scienziato: c'era l'abito mentale e comportamentale dell'uomo che coniugava scienza ed etica, un abito indossato con naturalezza, tagliato su misura per lui.

Queste sue fattezze etico-scientifiche gli procurarono l'alto apprezzamento di papa Montini, già suo paziente quand'era arcivescovo di Milano. In occasione del Congresso mondiale di radiologia,

svoltosi a Roma nella primavera del 1965, tra tutti i radiologi assiepati nella sala delle udienze Paolo VI si rivolse personalmente a lui, che aveva curato l'esposizione tecnica del congresso e di cui serviva grato il ricordo delle assidue cure milanesi.

Dopo aver fatto toccare ai suoi studi, e a quelli della sua Scuola, importanti traguardi nei campi della radiodiagnostica generale e speciale, della radioprotezione, dell'organizzazione dei servizi radiologici, della fisica sanitaria, della medicina nucleare, in considerazione del fatto che la radioterapia si applica in prevalenza a malati di tumori e che tali malati, bisognosi di "terapia" della loro affezione tanto quanto di "cura" della loro persona, possono essere meglio curati in reparti di degenza appropriati, Franco Fossati creò alle soglie degli anni Settanta una Sezione di degenza dell'Istituto di radioterapia che una decina d'anni dopo diventò l'attuale Divisione di oncologia medica dell'Ospedale Maggiore di Niguarda.

In questo ambito di attività ospedaliera e territoriale al servizio dei malati di cancro, dove questo servizio si esplica tra le possibilità e i limiti della scienza medica e tra le risorse e le limitazioni dell'organismo umano, Franco Fossati seppe dar prova delle sue capacità di radioterapeuta, delle sue doti di clinico oncologo, delle sue attitudini di curante, della sua cultura di uomo di scienza al servizio dell'uomo.

La sua abitazione in via Quadronno è ormai senza presenza di vita. Ma dai due corposi contenitori, che raccolgono i 147 lavori radiologici prodotti da Franco Fossati negli anni della sua più feconda attività scientifica, emerge imperitura la vita di una parte molto consistente della radiologia del nostro Paese. Scrisse Fossati nel 1989: "Certo, sono stati necessari molti sforzi. Ma c'è un proverbio tedesco che dice *Wo ein Wille ist, auch ein Weg* (dove c'è una volontà, là c'è anche una strada)! Grazie a chi ci ha aiutato".

Milano a sorpresa - V

VINCENZO BEVACQUA

A Milano, il Duomo sta nella piazza omonima solo con la facciata e con i fianchi. Con l'abside sta in via (o piazza) del Camposanto.

Secoli fa, la stessa via era chiamata Campo Santo perché accoglieva: l'abside di Santa Maria Maggiore con battistero di Santo Stefano; una non meglio precisata *chiesa di San Pietro con Monisterio di Moniche* e la chiesa di San Michele *sub domo*⁽¹⁾. Secondo studi archeologici del 1987⁽²⁾, la basilica di Santa Maria Maggiore, sull'area dove adesso c'è il Duomo, sarebbe stata costruita nella prima metà del IV secolo in seguito alla libertà religiosa concessa dall'imperatore Costantino con l'editto del 313. Inoltre, in corrispondenza dell'attuale sacrestia aquilonare del Duomo, allora c'era il battistero di Santo Stefano che probabilmente, come altri battisteri dell'epoca, era discosto da Santa Maria Maggiore. Secondo i citati studi archeologici, in questa basilica avrebbe abitualmente officiato Sant'Ambrogio che nell'attiguo battistero avrebbe battezzato Sant'Agostino.

A parte la chiesa di San Pietro poco localizzabile, l'altro edificio religioso del Campo Santo era la chiesa di San Michele *sub domo*. *Sub domo* perché situata dietro la *domus Sancti Ambrosi*, l'abitazione di Sant'Ambrogio non ancora chiamata arcivescovado. In ogni modo, nel IV secolo la precisazione *sub domo* non poteva riferirsi a Santa Maria Maggiore perché la basilica sarebbe stata chiamata *duomo* solo nove secoli più tardi, nel 1288⁽³⁾.

Con la costruzione dell'attuale Duomo cominciata nel 1386, il Campo Santo veniva recintato e occupato da materiale edilizio e alloggi per gli addetti ai lavori. Fra il materiale edilizio c'erano il marmo di Candoglia; la ghiaia e la sabbia dell'Ossola; il ferro e la calce di Angera; i mattoni di Gaggiano⁽⁴⁾. Marmo ghiaia sabbia ferro e mattoni si caricavano lungo un tragitto che partiva dal Toce, si allargava

nel Lago Maggiore, si raccoglieva poi nel Ticino e nel Naviglio Grande per gettarsi alla fine nella Fossa o Naviglio Interno della città, nel tratto compreso tra la darsena di Viarenna e il Laghetto (corrispondente all'odierna via Laghetto) dove il tragitto si concludeva.

Così nel Settecento lo storico Serviliano Latuada descriveva come nel Trecento funzionava il Laghetto, stazione di testa dell'idrovia⁽⁵⁾: *In vicinanza della Basilica di Santo Stefano... si incontra un piccolo stagno, o sia seno di Acque, depositatevi dal Canale, o sia Naviglio, che in appresso discorre, e comunemente dalla somiglianza di un piccolo Lago riportò la denominazione "Laghetto". Serve questo per entrarci le Navi, e non impedire il corso delle altre, che a comune beneficio della Città trasferiscono... dal Ticino varie sorta di provvisioni. Il primario fine a cui fu destinato, egli è per accogliere quelle Barche, sopra le quali dal Lago Verbano... vengono condotti i bianchi marmi, per essere poi lavorati a servizio della gran Fabbrica della Chiesa Metropolitana: vi ha pertanto piantato un Argine molto forte innestato nel muro, formato di molti macigni, con cui si levano direttamente gli accennati sassi dalle Navi, e si depositano sopra de'Carri ferrati, per essere quindi tratti alla Piazza di Campo Santo, ove travagliano gli Scultori stipendiati dalla medesima Fabbrica.*

Tutto il materiale edilizio viaggiava in franchigia e per evitare perdite di tempo nelle diverse stazioni dell'idropercorso, portava ben in vista la sigla *A.U.F.: Ad Usum Fabricae* secondo l'allora significato corrente (anche a Firenze); *A Ufo* o esentasse secondo i milanesi; *a sbafo* secondo l'ulteriore accezione nazionale.

Naturalmente, oltre al materiale suelencato, nel Campo Santo se ne accumulava dell'altro: sarizzo legname ferramenta carbone cordame e macchine

per vari usi, il tutto sotto gli occhi degli addetti ai lavori, alloggiati in un insieme di baracche appositamente allestite e onnicomprensivamente chiamate *cassina*. Gli addetti ai lavori erano carpentieri muratori manovali fabbri scalpellini falegnami lattonieri vetrai, tutti sotto la direzione di un *ingegnere generale* o *maestro della Fabbrica*⁽⁶⁾. La gente comune chiamava: *pica preja*, spaccapietra scalpellini lapicidi e scultori⁽⁷⁾; *magutt*, muratori e manovali⁽⁸⁾.

In dialetto milanese e in senso stretto, *magutt* significa aiutante di muratore finito ossia aiutante del *maister* o maestro muratore, corrispondente all'odierno capo mastro. Tuttavia sinonimi di *magutt* sono: *maister de mur* (lat. *magister a muro*) o muratore da muro; e *mangia molta* (lat. *magister a liquamine*) o mangiatore di malta. Perciò la voce *magutt* può indicare sia il muratore che costruisce il muro sia il manovale che gli porta il materiale per costruire il muro stesso. Quanto a etimologia, la voce *magutt* ne ha tre⁽⁹⁾: dal longobardico *magatt* col significato di giovane, ragazzo; dal tedesco *mach gut* (fa bene!) raccomandazione rivolta agli apprendisti dalle maestranze, in buona parte originarie della Germania; dal latino *magister ut supra* (muratore come sopra), sorta di virgolette usata nei registri degli operai in paga al Duomo, per indicare che la loro qualifica era uguale a quella del *magister* in testa all'elenco.

Fra gli addetti ai lavori, alloggiavano nella *cassina* soprattutto i *pica preja*, forse perché forestieri in maggioranza. E allo scopo di *sovvenire a' loro bisogni spirituali*⁽¹⁰⁾, nel Campo Santo veniva poco dopo allestita una cappella⁽¹¹⁾. Forse la cappella custodiva un'immagine della Vergine, ma era dedicata ai Quattro Santi Martiri Coronati. Si diceva fossero *peritissimi artifices* impiegati nelle imperial cave romane della Pannonia (Ungheria). Eletti protettori dei *pica preja* del Duomo, i Quattro avrebbero poi condiviso la protezione con Santa Lucia⁽¹²⁾ già nota conservatrice della vista, qui continuamente messa a repentaglio da spaccapietra scalpellini e scultori.

Come allora succedeva, chi si eleggeva un santo protettore si aggregava in confraternita. E così, probabilmente fin dalla impostazione del cantiere del Duomo, avveniva per la Confraternita dei Quattro Coronati. Della sua esistenza si ha prova⁽¹³⁾: nel

1456 per un altare o cappella in Duomo; nel 1460 e 1464 per due adunanze tenute *vilicet ad altare quattuor coronatorum subtus* (sotto) *cassinam*; nel 1481, per un'altra adunanza *in ecclesia quattuor coronatorum sita post Campum Sanctum* e infine nel 1498, per un'ultima riunione *in sacrestia scole*. Da notare che con la carica di *nuntius et procurator*, avrebbe presieduto le prime due adunanze quel *m.tro Bonifortus de Solario* impegnato anche nella costruzione dell'Ospedale Maggiore; mentre con la stessa carica avrebbe presieduto l'adunanza del 1481 il figlio Pietro Antonio, succeduto al Solari sia nella Confraternita dei Quattro Coronati sia nella Fabbrica del Duomo.

Più o meno contemporaneamente alla Confraternita dei Coronati, nel Campo Santo si insediava anche la Veneranda e Admiranda Fabbrica del Duomo, con il compito di curare e amministrare progettazione costruzione e, ancor oggi, manutenzione della cattedrale.

Componevano la Veneranda 105, 171 fino a 255 deputati nel Trecento, non più di 20 dal Quattrocento in poi. In tanti o in pochi, i deputati fabbricieri erano portavoce della chiesa ambrosiana, del governo, del collegio dei giureconsulti e dei milanesi di tutti i sestieri metropolitani corrispondenti alle sei porte della città.

Tanto i duecento e passa quanto i venti potevano servirsi di consulenti tecnici estranei non solo alla Veneranda, ma anche alla città. Primo consulente era Simone d'Orsenigo, *magister a muro* nell'ottobre 1387, *general ingegnere e maestro della Fabbrica* con retribuzione mensile di 10 fiorini d'oro, dal dicembre dello stesso anno fino al 1° novembre 1391. Dopo Simone, seguivano uno dopo l'altro i maestri campionesi Zeno Marco e Giacomo. Il primo con la qualifica di *magister picans lapides vivos*; il secondo con la qualifica di *inzierno* e il terzo con quella di *inzierno a lapidibus vivis*. E così, dopo i maestri campionesi, si avvicendavano fino ai giorni nostri altri consulenti di ogni genere e specie⁽¹⁴⁾.

Nel 1394, il canonico Mainesio proponeva che *dietro le absidi del Tempio appena cominciato*, si disponesse *un cimitero per riporvi le ossa che riaffioravano continuamente dalle fondazioni della demolenda Santa Maria Maggiore; cimitero che,*

con la prospettiva di aspettare le trombe del Giudizio protetti dall'ombra della Cattedrale, poteva incoraggiare quei lasciti testamentari dei quali si sentiva tanto e tanto bisogno⁽¹⁵⁾. La proposta veniva subito approvata e in poco tempo si procedeva non solo a preparare il terreno, ma anche a inumare la salma di Andriolo da Vergiate, primo estinto esaudito con sepoltura all'ombra del Duomo in cambio di cento fiorini⁽¹⁶⁾, somma poi considerata tariffa minima per sepolture di tanto prestigio e privilegio.

Nel 1395, la Veneranda covava due progetti: uno, forse su disegno di Giovanni de'Grassi, consisteva nel porticare il cimitero appoggiandone la costruzione ai piloni absidali del Duomo. Dal porticato, concepito alla maniera del camposanto di Pisa, si sarebbero ricavati alloggi uffici e sale di riunione per inzieri maestranze e fabbricieri. L'altro progetto, data l'acquisizione di nuovi terreni limitrofi al Campo Santo, consisteva nello sviluppare la capienza del cimitero cantinandone il sottosuolo. Dei due progetti si sarebbe realizzato solo e in parte il primo, costruendo al limite orientale del campo Santo un portico sostenuto da colonne marmoree, mezzo secolo dopo arricchito da una cappella che sarebbe stata frequentata anche dai milanesi non addetti ai lavori⁽¹⁷⁾.

Con o senza porticato e scantinato, nel 1398 calavano nel cimitero i resti di Francescholo de' Rossi e nel 1400 calavano quelli di Marco Carelli. Di Andriolo da Vergiate e di Francescholo de' Rossi in vita e in morte, mancano notizie. Abbondano invece quelle in vita e in morte di Marco Carelli.

Marco Carelli era probabilmente nato a Milano tra il 1320 e 1327. Dopo aver rinunciato all'eredità paterna non si sa a favore di chi, poco più che ventenne si buttava nel commercio frequentando con successo le piazze di Milano Venezia e Bruges che, nelle Fiandre, era centro di commerci internazionali.

Anche un secolo dopo, quando già stava tramontando a favore di Anversa che *marcha[va] molto mellio nelle mercantie delle spezie... Bruges a le altre cosse marchava ancora mellio*. La città era grande come Pavia in circuito et più piena di case molto belle et poche di legno, ma quasi tutte di prede cotte et alte. Inoltre: *il loco speciale ubi conveniunt*

mercatores si domanda[va] la Borsa... un loco poco largo molto bello in mezzo alla villa ove concorre[va]no 4 vie. Benché mercato internazionale di ogni merce, Bruges era casta: *femine di mediocre belleze et non cortesane*⁽¹⁸⁾.

Tranne spezie e sassi, a Milano Venezia o Bruges il nostro Carelli trattava tutto: lana seta cotone cuoio e prodotti alimentari tra i quali *polvere di zucchero*. A Milano abitava nella parrocchia di San Babila presso il ponte Cagozario. Non aveva figli, ma per averne si era sposato due volte: la prima con Giovannina Settala morta nel 1380 o l'anno dopo; la seconda, con Flora de Liprandis che superagiata gli sarebbe sopravvissuta. Ricchissimo di beni mobili e immobili, il Carelli moriva a Venezia nel 1394, non prima di aver provveduto il 4 luglio 1393 a un testamento e il 26 gennaio 1394 a un codicillo, l'uno e l'altro rogati dal notaio Primolo Venzago.

Grande viaggiatore da vivo, continuava a viaggiare anche da morto. Dapprincipio infatti, dopo esequie regali e sosta per un anno nella cattedrale di Venezia, traslocava a Lodi e da Lodi, nel 1400, su carro trainato da quattro destrieri rientrava a Milano come un trionfatore. A Milano, dopo veglia di ventiquattrore nella chiesa di San Calimero a Porta Romana, il Carelli raggiungeva il Duomo dove l'attendeva, con orazione funebre, il carmelitano Carlo Bonnanoma. Finita la cerimonia, trovava pace per duecento anni nell'unica cappella edificata per l'occasione nel cimitero in Campo Santo⁽¹⁹⁾.

Marco Carelli meritava sepoltura nel cimitero in Campo Santo perché, come stabilito nel suo testamento, dopo aver sistemato per bene vedova e parentorio, lasciava tutto il patrimonio alla Veneranda Fabbrica del Duomo. Il patrimonio lasciato alla Fabbrica del Duomo consisteva in 35.000 ducati d'oro oltre a quelli provenienti dagli agenti che il Carelli aveva distribuito in Italia e all'estero⁽²⁰⁾.

A eterna riconoscenza e memoria di così generoso benefattore, la Veneranda commissionava una guglia e un sarcofago. Naturalmente, essendo la prima e per lungo tempo l'unica, la guglia non poteva innalzarsi che sull'abside e culminare con la statua di Gian Galeazzo Visconti (primo duca di Milano promotore del Duomo) travestito però da San Giorgio⁽²¹⁾. Col passar degli anni, i milanesi

avrebbero dimenticato benefattori promotori santi e chiamato il primo pinnacolo del Duomo *guglia del soldato* (fig.1).

Invece il sarcofago commissionato dalla Veneranda doveva contenere il Carelli in persona. *Ornato di grazie gotico-fiorite⁽²²⁾, sarebbe stato eseguito tra il 1396 e il 1408 da Jacopino da Tradate su disegno di Filippo degli Organi. Riproduceva la classica tipologia delle fronti a colonnine inquadranti, in questo caso, gli evangelisti e i dottori della Chiesa. Sul coperchio figura[va] il defunto giacente⁽²³⁾.*

Ricomposto nel sarcofago e depositato nell'unica cappella del cimitero in Campo Santo, come già detto, il Carelli si sarebbe riposato le ossa per duecento anni. Poi, nel 1603, per ordini superiori, con il sarcofago ripartiva per il Duomo dove, collocato a parete e sospeso su cinque mensole, si trova tuttora nella quarta campata della navata di destra. In Duomo il Carelli alberga ormai da quattrocento anni e qui si spera abbia concluso i suoi trasferimenti. In loco una epigrafe commenta:

*Hac admiranda Marcus requiescit in arca
qui Carellis gnomine dictus erat.
Hic tibi devotus sanctissima Virgo Maria
Pro fabrica ecclesia maxima dona dedit.
Milia nam plus quam triginta quinque ducatum
Contulit: ergo animae tu miserere suae.
Qui Dominus Marcus obiit die XVIII septembris*

Mezzo secolo dopo la tumulazione in Duomo, in Campo Santo si erigeva una chiesetta chiamata *Santa Maria Relogi*. Forse ideata dal già citato Guiniforte Solari, la nuova chiesa sorgeva nel 1467 in seguito ad altre appropriazioni di terreno o in seguito a ristrutturazione dell'antica cappella dei *pica preja* dedicata ai Quattro Santi Coronati.

Nuova o ristrutturata, la chiesina *si estendeva da Campo Santo fino ad avere l'ingresso nella contrada de' Pattari, quasi percontro alla porta del Pio Luogo delle Quattro Marie⁽²⁴⁾*. Secondo una pianta di Milano dell'epoca, aveva sviluppo longitudinale di trenta metri, una sola navata, tetto a capanna e campanile⁽²⁵⁾. Sulla chiesa o sul campanile c'era una meridiana o un orologio⁽²⁶⁾ che, da chiesa dei Quattro Santi Coronati, le avrebbe cambiato la denominazione in chiesa di Santa Maria Relogi. Tuttavia, le sue sorti non finivano così. Nel 1616, infatti, su



Fig.1: La guglia di Marco Carelli con la statua di Gian Galeazzo Visconti "truccato" da San Giorgio (da Cassi Ramelli).

probabile disegno di Augusto Trezzi si costruiva un'altra chiesa ottagonale dedicata all'Annunciazione e a fine secolo si demoliva Santa Maria Relogi con relativo campanile. Nel 1725, arricchimento della chiesa ottagonale con due altari: uno dedicato (per rimorso) ai maltrattati Quattro Coronati; l'altro dedicato al portoghese Sant'Antonio da Padova.

Nel 1787, apertosi sui due lati (verso l'arcivescovo e verso Santa Radegonda), il Campo Santo diventava contrada. Nel 1839, seguendo un piano regolatore napoleonico (del 1807) che prevedeva la demolizione degli edifici con *botteghe e trabacche* dietro il porticato del cimitero ormai in disarmo, si costruiva il palazzo che, progettato da Pietro Pestagalli, ancor oggi incamera la chiesina dell'Annunciazione e fronteggia l'abside del Duomo.

Poi, nel 1866, ricordando che nel Campo Santo c'era un orologio, sul palazzo del Pestagalli si posava⁽²⁷⁾ l'orologio di Giuseppe Vandoni con le statue del Giorno a sud e della Notte a nord, realizzate da Leonida Buzzi e rispettivamente Abbondio Sangiorgio (fig.2).

Dalla trasformazione del Campo Santo in cantiere alla posa dell'orologio sul palazzo del Pestagalli, erano intanto passati più o meno cinquecento anni e, da ducato, Milano era diventata città del regno italiano, amministrata da un sindaco. Il 9 marzo 1866, in sede di consiglio comunale presieduto dal sindaco Antonio Beretta, si discuteva appassionatamente sull'orologio vandoniano. Illuminarlo o non illuminarlo? E illuminandolo a gas come allora si illuminava la città, erogare il gas da tre, quattro o sei becchi? Ma quali erano le dimensioni dell'orologio e l'altezza delle cifre? E se poi, pur illuminato con tutti i becchi necessari, dal Campo Santo non si vedeva un corno? E ammesso che le risposte a questi interrogativi fossero positive e univoche, alla fine quanto sarebbero costati: il gabbiotto a riparo dell'erogatore montato sul tetto del palazzo; lo stesso erogatore; il consumo del gas; l'addetto all'accensione spegnimento e manutenzione di tutto il marchingegno?



Fig.2: Orologio del Vandoni tra le statue del Giorno e della Notte (da Cassi Ramelli).

A conclusione del dibattito, grazie anche all'Unità del Paese raggiunta da tre lustri, soluzione all'italiana: pausa di riflessione in fiduciosa attesa di *uno sperimento*⁽²⁸⁾. Non si sa se l'orologio sia mai stato illuminato a gas. È certo che per illuminarlo a luce elettrica si sarebbe aspettato un ventennio quando, col sistema Edison, la Centrale Termoelettrica di via Santa Radegonda avrebbe illuminato strade e palazzi del centro storico cittadino. Avvenimento testimoniato anche da una lapide murata sull'angolo della Rinascente con via Santa Radegonda.

Oggi di giorno e di notte nessuno guarda l'orologio del Vandoni, molti ignorano il Pestagalli e pochissimi sanno che nel suo palazzo alloggiano la Veneranda e una chiesina. Da parte sua il Comune ha chiamato lo spazio dell'ex cantiere del Duomo via Camposanto con una parola sola come se si trattasse di un cimitero, quando invece è assodato dal 1838 che di cimiteriale c'è rimasto proprio niente, neppure un'unghia di Andriolo da Vergiate o un capello di Francescholo de' Rossi⁽²⁹⁾.

In compenso, quella del Camposanto resta una delle vie più suggestive di Milano: da una parte l'elegante costruzione neoclassica del Pestagalli, rivestita di marmo e granito, con quattordici colonne su basamento bugnato aperto da robuste arcate⁽³⁰⁾. Di fronte, l'abside gotica più bella del mondo. Attualmente, salendo quattro gradini del palazzo bugnato e colonnato, si accede a un grande vestibolo dal quale, salendo altri quattro gradini, si può entrare da un lato nella sede della Veneranda Fabbrica del Duomo, dall'altro nella chiesina ottagonale dell'Annunciazione. Nella prima oltre ai vari uffici e al fornitissimo archivio che custodisce la storia del Duomo, c'è la Sala del Capitolo detta *Capitolone*. Nel Capitolone, dove periodicamente si adunano i fabbricieri, ci sono, dipinti da *Bernardino Lovini* [Luini]: *in fronte* (sopra il camino), *Maria Santissima con Gesù tra le braccia*, e *sopra la porta* [d'entrata] *l'effigie di Sant'Ambrogio*⁽³¹⁾.

Nella chiesina ottagonale, invece, ci sono tre altari di marmo policromo *nelle forme dell'ultimo barocco*. Sull'altar maggiore troneggiano due bassorilievi sovrapposti: in uno è rappresentata l'Annunciazione con lo Spirito Santo, l'arcangelo Gabriele e la Vergine Maria; nell'altro è rappresentato il Padre

Eterno scortato dagli angeli. Sull'altare di destra, grande pala nella quale sono dipinte le sevizie patite dai Santi Nabore e Felice, martirizzati in città nel I o II secolo⁽³²⁾. Appoggiato ai piedi della pala, un ovale di Santa Lucia. La Santa protettrice della vista è dipinta con lo sguardo rivolto al Cielo, palma del martirio nella destra e i suoi occhi nella sinistra. Sull'altare a sinistra dell'altar maggiore, la pala dedicata a Sant'Antonio di Padova riporta un po' di serenità, mostrando il Santo in estasiata adorazione di Gesù Bambino circondato da Troni e Cherubini⁽³³⁾.

Sorprende che nella chiesina erede della primitiva cappella dei *pica preja* non ci sia traccia dei Quattro Santi Martiri Coronati, ancora venerati nella demolita chiesa di Santa Maria Relogi.

Uscendo dal palazzo del Pestagalli, ci si trova di fronte all'abside del Duomo, sulla quale spunta la guglia del Carelli con la statua di Gian Galeazzo Visconti truccato da San Giorgio. Fortunatamente, che si tratti del primo duca di Milano esiste testimonianza inequivocabile nell'ogiva del finestrone centrale dell'abside. Nell'ogiva infatti è inscritta una *raza* o raggera, insegna viscontea e simbolo di *Sol Justitiae e Vera Lux*, ma anche *Panis Angelicus* e, *Agnus Dei*⁽³⁴⁾ che, con i suoi raggi, vivifica l'universo intero⁽³⁵⁾.

Sotto la *raza* poi, c'è il gruppo dell'Annunciazione cosicché, da ogni parte, via del Camposanto rimanda prepotentemente all'Ospedale Maggiore dove le immagini della Vergine e dell'arcangelo Gabriele ricorrono sia all'ingresso sia nella chiesa in fondo al cortilone. Da non dimenticare che chiesa e cortilone dell'ospedale sono stati costruiti con i mezzi forniti dal benefattore Giovanni Pietro Carcano, ricordato in una lapide come *secondo fondatore* dell'ospedale stesso. Ebbene: dentro l'abside del Duomo un'altra lapide ricorda⁽³⁶⁾:

*Erigenda templi huius fronti
atque ornanda
Jo. Petrus Carcanus mediolanensis
CCXXX aureorum millia
legavit
Fabricae curatores
pio et munifico viro
ex testamento p.p.*

A parte ogni considerazione estetica e affettiva, se oggi dalla piazza omonima si guarda il Duomo si può convenire che⁽³⁷⁾ tutto è sasso

*sass de foera e sass de dent
sass in alto e sass de bass
sass i volt e'l paviment
sass i guli, i scal, i scoss
sass insomma, sass tuscross.*

Se però si gira dietro l'abside, in via Camposanto si vedono due alberi fronzuti che in confronto al Duomo sembrano bonsai. Sono gli epigoni tanto dell'aiuola dipinta sessant'anni fa in un quadro di Quinto Giovanetti⁽³⁸⁾, quanto di un alberello (fig.3) che fino a tre anni or sono era stiminzito. All'alberello un poeta meneghino aveva anche dedicato una rima con la quale gli invidiava la periodica fioritura



Fig.3: L'alberello fiorito dietro l'abside del Duomo verso Santa Radegonda.

di primavera proprio quando lui ogni primavera si sentiva sfiorire sempre di più. Un altro meneghino⁽³⁹⁾ aveva scritto in proposito: *come tutti gli anni ho atteso la fioritura della magnolia nella piccola aiola, sotto il fianco destro dell'abside, dalla parte del corso. I fiori bianchi e viola che, con sfumature rosa spiccano contro i marmi, suggeriscono l'innocua rima con Candoglia, la montagna che ha partorito il Duomo. Perciò, parafrasando i versi di Giuseppe Peraboni⁽⁴⁰⁾, anche se*

*con tanta gent che va
con tanta gent che ven
nissun se degna de vardaa
sti piant tant bei e delicaa*

si può dire che via o piazza del Camposanto senza cimitero resta come una volta *santa* per la presenza di due chiese e *animata* per il via vai dei passanti che l'attraversano in lungo e in largo; ma, dopo sette secoli, è diventata anche *colorita* per la presenza di due alberi che con fiori e foglie ingentiliscono la sasonia della pavimentazione stradale e dei pur splendidi edifici che la circondano.

Bibliografia

- 1 - Latuada S.: *Descrizione di Milano ornata con molti disegni in rame delle fabbriche più cospicue che si trovano in questa Metropoli. In Milano MDCXXXVI, nella Ducal Corte.* Tomo II, pag. 112 e seg.
- Patetta L.: *L'architettura del Quattrocento a Milano.* CLUP Ed., Milano 1987, pag 365 e seg.
- 2 - Apollonj Ghetti B.M.: *Le cattedrali di Milano e i relativi battisteri.* Rivista di Archeologia Cristiana, Ed. Istituto Pontificio Architettura Cristiana, Roma 1987.
- 3 - Pellegrino B.: *Così era Milano. Porta Orientale.* Libreria Meravigli Ed., Vimercate 1986, pag. 111 e seg.
- 4 - Santucci L.: *Uomo, Duomo e controuomo* in AA. vari *Obbiettivo Duomo.* A cura della Banca Popolare di Milano, 1986, pag. 22.
- 5 - Latuada S.: *op. cit.* Tomo I, pag. 318.
- 6 - Bascapé G., Mezzanotte P.: *Il Duomo di Milano.* Ed. Bramante, Milano 1965, pag. 97.
- Cassi Ramelli A.: *Curiosità del Duomo di Milano.* Alfieri & Lacroix Ed. Milano 1965, pag. 50.
- Pellegrino B.: *op. cit.* pag. 116.
- 7 - Pellegrino B.: *op. cit.*
- 8 - Comoletti C.: *I mestee de Milan.* Voce Magutt. Libreria Meravigli Ed., Vimercate 1992.
- 9 - Comoletti C.: *op. cit.*
- 10 - Latuada S.: *op. cit.*
- 11 - Pellegrino B.: *op. cit.*
- 12 - Cassi Ramelli A.: *op. cit.* pag. 217 e seg.
- 13 - Patetta L.: *op. cit.*
- 14 - Bascapé G., Mezzanotte P.: *op. cit.* pag. 97 e seg. 101
- 15 - Cassi Ramelli A.: *op. cit.* pag. 217 e seg.
- 16 - Cassi Ramelli A.: *op. cit.*
- 17 - Latuada S.: *op. cit.*
- Patetta L.: *op. cit.*
- 18 - Monga L.: *Un mercante di Milano in Europa. Diario di viaggio del primo Cinquecento.* Jaka Book Ed., Milano 1985, pag. 70 e seg.
- 19 - Ruggeri F.: Voce *Carelli Marco (+1394)* in AA. vari: *Il Duomo di Milano. Dizionario storico artistico e religioso.* NED, Milano 1986.
- 20 - Majò A.: *Il Duomo e Milano* in AA. vari: *Il mistero di una cattedrale.* Ed. Paoline, Milano 1986, pag 12.
- 21 - Cassi Ramelli A.: *op. cit.*, pag 35.
- 22 - Grigioni G.: Voce *Sarcofaghi* in AA. vari: *Il Duomo di Milano. Dizionario ecc.: op. cit.*
- 23 - Grigioni G.: *op. cit.*
- 24 - Latuada S.: *op. cit.*
- 25 - Patetta L.: *op. cit.*
- 26 - Cassi Ramelli A.: *op. cit.*
- 27 - Cassi Ramelli A.: *op. cit.*
- 28 - Nasi F.: *1860-1899: da Beretta a Vigoni.* Riv. Città di Milano, maggio 1968, pag. 37 e seg.
- 29 - Cassi Ramelli A.: *op. cit.*
- 30 - Mezzanotte P., Bascapé G.C.: *Milano nell'arte e nella storia.* Bestetti Ed., Milano-Roma 1968, pag. 53.
- 31 - Latuada S.: *op. cit.*
- 32 - Majò A.: *Storia della Chiesa Ambrosiana.* NED, Milano 1981, tomo I, pag 14, 42, 72, 93.
- 33 - Arslan E.: *Le pitture del Duomo di Milano.* Ceschina Ed., Milano 1960, pag 31.
- 34 - Sannazzaro G.B.: Voce *Abside* in AA. vari: *Il Duomo di Milano. Dizionario ecc.: op. cit.*
- 35 - Chevalier J., Gheerbrant A.: Voce *Raggio* in *Dizionario dei simboli.* BUR Ed., Milano 1986, vol II.
- 36 - Bevacqua V.: *La prima esposizione del ritratto dei benefattori.* Riv. La Ca' Granda 1991, N° 3-4, pag. 40 e seg.
- 37 - Brivio E.: *Duomo e Ospedale Maggiore uniti nel generoso intreccio del legato Carcano. I e II.* Riv. La Ca' Granda 1994: N°2, pag. 6 e seg; N° 3-4, pag. 24 e seg.
- Cassi Ramelli A.: *op. cit.*, pag 178.
- 38 - Giovanetti Q.: *La Milano di Giovanetti.* Euroarte Ed., Roma 1982, pag. 43.
- 39 - Sala A.: *Stendardo di marmo in fondo alla piazza* in AA. vari: *Obbiettivo Duomo.* A cura della Banca Popolare di Milano, Milano 1986, pag. 134.
- 40 - Peraboni G.: *On fiorellin giald.* Quaderni del Dialetto Milanese, Milano 1986, vol. II, pag 135.

Notizie - Recensioni

Ospedale Maggiore: la Giornata della Ricerca

Il 13 novembre è stata celebrata nell'aula magna dell'Università gentilmente concessa, la "Giornata della Ricerca" dell'Ospedale Maggiore, "allo scopo di far conoscere alla Città l'eccellenza dell'Istituzione nel campo della ricerca e dell'assistenza; eccellenza che ha, a suo modo, una tradizione: alcune delle più prestigiose scuole di medicina e di chirurgia sono nate qui; tante ricerche importanti sono state fatte e tante scoperte, non solo in età più recente; la prima culla della facoltà di medicina dell'Università Statale è stata il nostro Ospedale" (dal discorso del Commissario Straordinario).

La manifestazione, svoltasi in un'aula gremita di rappresentanze ospedaliere e universitarie, della stampa ma anche di cittadini dichiaratamente interessati alla vita del "loro" grande Ospedale, ha visto impegnati: il commissario straordinario Daniela Mazzuconi per la presentazione della manifestazione, il direttore scientifico Luciano Gattinoni che ha fatto il punto sulla ricerca clinica e sperimentale, Giorgio Cosmacini per un excursus storico sul "Maggiore" che ripercorre l'evoluzione dell'Ospedale fino agli anni 1950/60 e, come relatori, i nostri medici universitari e ospedalieri responsabili dei settori medico-specialistici che, anche a nome dei colleghi altrettanto impegnati, hanno illustrato l'attività svolta e le ricerche in corso negli specifici settori

disciplinari.

Presenti il rettore dell'Università Paolo Mantegazza e il preside della facoltà di medicina Guido Coggi, ha moderato il seguitissimo incontro lo scrittore e giornalista Guido Vergani. L'attrice Lucilla Morlacchi ha letto alcune testimonianze secolari di autori celebri.

Questo per doverosa notizia. I particolari della significativa manifestazione nei prossimi fascicoli.

Per ricordare i benefattori, gli amministratori, i visitatori, i volontari e i dipendenti defunti

Nel mese che ricorda i defunti una riflessione, un ricordo, un invito che dalla nostra comunità davvero vorremmo maggiormente sentito e accolto. Il 21 novembre nella chiesa secentesca dell'Annunciata è stata concelebrata dal rettore vicario dell'Ospedale Maggiore, mons. Piero Cresseri e dal cappellano don Daniele Grassi una santa Messa, nella tradizione che ci è cara.

Riportiamo del celebrante l'essenziale omelia imperniata sul dovere della partecipazione, della riconoscenza e della memoria.

«Ogni vero ricordo è ancora un richiamo, una verità che ci lavora nelle ossa, un febbrile atto di sfida al buio di domani:

Così si esprime il poeta Giovanni Arpino nel suo libro "Ombra delle colline" del 1964. Questa frase mi dà lo spunto per evidenziare a me e a voi l'importanza della *memoria*.

Noi siamo riuniti questa sera ad esprimere con la preghiera la nostra riconoscenza a tutti coloro che ci hanno preceduto nella conduzione dell'Ospedale Maggiore e hanno fatto sì che questa Istituzione ci venisse consegnata, usiamo un aggettivo un po' ridondante, *gloriosa*; non solo per conservarla ma anche per migliorarla. Quanti benefattori, amministratori, visitatori, volontari e dipendenti hanno donato la loro vita, le loro ricchezze e il loro impegno per il bene dei malati. È un numero che nessuno può contare: solo Dio lo sa!

Noi vogliamo elevare una accorata preghiera a Dio e chiedere per loro la pace dei santi, convinti che il nostro suffragio può aiutare chi non è ancora purificato pienamente a raggiungere quella felicità che non ha fine.

I santi: Vincenza Gerosa che, con la Capitania aveva fondato l'Istituto delle Suore della Carità, dette di "Maria Bambina", accompagnò personalmente le prime suore in Ospedale e pregò in questa stessa chiesa dell'Annunciata dove ci troviamo noi questa sera: era il 24 marzo 1845; e San Camillo de' Lellis che pure ha prestato la sua opera alla Ca' Granda intercedano presso il Padre per i nostri cari morti e aiutino anche noi, che ora abbiamo a vario titolo la responsabilità di guidare l'Ospedale, ad essere fedeli al nostro mandato e a dare sempre il meglio di noi stessi. Sofferamoci ora brevemente sulla liturgia in onore della Beata Vergine Maria che stiamo celebrando per coglierne un insegnamento.

La presentazione-oblazione della Beata Vergine al tempio ci invita a pensare a quella dedicazione che Maria fece a Dio di se stessa fin dall'infanzia, mossa dallo Spirito Santo della cui grazia era stata ricolma nella sua Immacolata Concezione: Maria infatti è la "piena di grazia". Dietro l'altare abbiamo il meraviglioso quadro del *Guercino*, che arricchisce la nostra chiesa parrocchiale, e che ci ricorda uno dei momenti di dedizione a Dio della Vergine Annunciata: "Sono la serva del Signore".

La vera vita cristiana è uno stare sempre alla presenza di Dio, è un compiere la sua volontà. Il nostro legame con Cristo si stabilisce mediante il compimento della sua volontà. Il Signore ci offre la sua grazia, attraverso la fede, cioè la nostra nuova vita secondo lo Spirito. E noi viviamo nel tempo questa appartenenza meditando la sua parola e sforzandoci di metterla in pratica.

Ma voglio concludere ritornando sul concetto iniziale, cioè sull'importanza del "ricordare", perché questo dovere storico non cada frettolosamente.

"Noi siamo nati per ricordare", afferma lo scrittore tedesco Heinrich Böll.

Il verbo "ricordare" è suggestivo perché indica un riportare al "cor", al cuore, meglio dire nell'anima, nell'interiorità più profonda del nostro essere, facendo sì che l'evento e le persone che ci hanno preceduto rivivano, ci scuotano, ci consolino, ci facciano continuare il percorso dell'esistenza.

Il vero ricordo quindi non è una pallida commemorazione. La Bibbia affida proprio al "memoriale" la rinnovazione efficace dell'atto divino della salvezza: la Pasqua è memoria della liberazione dell'Esodo e la S. Messa è memoria della cena e della croce di Cristo, riportate al "cuore" del presente.

I dittatori, gli oppressori di tutti i tempi cercano di cancellare purtroppo le memorie dei popoli (mi riferisco ad ogni tipo di persecuzione). La superficialità moderna elide la ricchezza del passato gettandoci in pasto l'effimero, ciò che è superficiale, ciò che è facilmente appetibile, ciò che si raggiunge senza fare fatica, ma che passa senza lasciare traccia.

Noi vogliamo conservare la memoria del glorioso passato dell'Ospedale Maggiore e ora con la sua ristrutturazione radicale, che ormai possiamo dire avviata nelle sue fasi preparatorie, vogliamo contribuire ad abbellire e a migliorare con criteri moderni tutto il patrimonio storico che ci è stato tramandato».

Presenti in chiesa il commissario straordinario prof.ssa Daniela Mazzuconi, rappresentanze di funzionari, del personale religioso e laico, di visitatori, volontari, dipendenti a riposo, familiari degli scomparsi.

La celebrazione eucaristica è stata accompagnata da canti liturgici: all'organo il maestro Riccardo Doni.

Notizie di casa

Per non dimenticarli

In un tragico incidente stradale ha perso la vita *Angelo Valenzisi*, elettricista turnista presso l'Ufficio Tecnico del nostro Ospedale.

La Ca' Granda partecipa sentitamente al dolore della famiglia.

Collaboratori dell'Ospedale Maggiore Policlinico che hanno lasciato il servizio nell'anno 2000

- *Rosanna Baciocchi* (ausiliaria specializzata);
- *Elio Bernini* (infermiere generico);

- *Margherita Bertolone* (infermiera generica);
- *Maria Luisa Bonzi* (tecnico sanitario radiologia medica);
- *Maria Brunetti* (operatore tecnico);
- *dott.ssa Licia Bruno* (aiuto radiologo);
- *Francesco C. Cavalli* (infermiere generico);
- *dott.ssa Vera Dal Pozzo* (aiuto dermatologo);
- *Filomena De Pasquale* (infermiera generica);
- *Giuseppe Ferrari* (collaboratore amministrativo);
- *dott. Alberto Ghidoni* (aiuto medico);
- *Paola Luna* (infermiera generica);
- *Rodolfo Monaco* (tecnico sanitario radiologia medica);
- *Vittoria Onestà* (operatore tecnico);
- *Raffaele Pannone* (operatore tecnico);
- *Carmela Pastore* (ausiliaria specializzata);
- *dott. Angelo Piazza* (dirigente amministrativo-archivista);
- *Rosa Pozzato* (capo sala);
- *dott. Alvaro Riboldi* (aiuto dermatologo);
- *Antonietta Ruffoni* (infermiera generica);
- *Santo Russo* (assistente amministrativo);
- *geom. Luigi Santagostino* (dirigente amministrativo);
- *Ada Sferruzzi* (infermiera generica);
- *dott. Edoardo Sibilla* (aiuto anestesista);
- *Assunta Tolmino* (ausiliaria specializzata);
- *Savillo Tomasi* (infermiere generico);
- *Leonora Turchetto* (ausiliaria specializzata).

Circolo Filologico Milanese: *Carlo Maria Maggi e la Milano di fine '600*. Di Baio ed., Milano 1999, pag. 386

Nel terzo centenario (1630 – 1699) della morte di Carlo Maria Maggi, a cura del Circolo Filologico di Milano esce un libro interessantissimo, accompagnato da lettera dell'arcivescovo Carlo Maria Martini e presentato da monsignor Gianfranco Ravasi prefetto dell'Ambrosiana.

Come i Milanesi sanno e come documentato nel libro, Carlo Maria Maggi è stato un protagonista del Seicento milanese. Nato a Porta Romana nel 1630, a 26 anni sposava Anna Maria Monticelli che gli regalava undici figli tra i quali Rosa e Teresia poi diventate monache, e Giovanni poi entrato nella Compagnia di Gesù. Laureato a Bologna in Scienze Canoniche e Civili, il Maggi veniva successivamente nominato insegnante di latino e greco alle Scuole Palatine, Segretario del Senato e Soprintendente all'Università di Pavia. Nonostante queste cariche impegnative, il Maggi trovava il tempo di coltivare interessi umanistici non solo associandosi alle Accademie dell'Arcadia e della Crusca, ma anche producendo in proprio rime e commedie in milanese, utilizzando e valorizzando il linguaggio popolare cittadino al punto da elevarne la scrittura al rango di originale e autentica letteratura.

Inoltre, con le stesse opere in milanese, il Maggi creava un personaggio chiamato Meneghino, servitore in realtà esistente presso famiglie di pochi quattrini ma di un certo tono, dominate da damazze pretenziose e mariti un po' citrulli. Da allora Meneghino sarebbe diventato non tanto maschera locale, quanto emblema del milanese e della milanesità, quel riuscito miscuglio di laboriosità inventiva onestà generosità e buon senso stampato in faccia, senza bisogno di

nasconderla dietro una maschera.

Secondo Ludovico Muratori suo allievo e biografo, il Maggi aveva *corporeatura ordinaria e asciutta, occhi mesti*, volto un po' segnato dal vaiolo, crine precocemente incanutito e mente "a samovar", in costante ebollizione. Subito dopo il pranzo, per esempio, non si concedeva pennichelle; anzi, sbrigava senza indugi affari di stato o d'altro genere e, se proprio c'era niente da fare, si abbandonava alla lettura di Cicerone (senza addormentarsi).

All'inizio della recensione si diceva che questo libro è interessantissimo. Lo è infatti per tre ragioni: è una raccolta antologica di tutte le opere in milanese del Maggi; ogni opera è preceduta da esauriente commento storico-filologico-letterario; biografia e opere sono squadernate in tavole sinottiche in modo che, partendo da una data o da una verso, si trovano in contemporanea avvenimenti milanesi ed europei, commenti, traduzioni dall'originale al milanese odierno e all'italiano, e molte altre cose ancora. Ecco a proposito due esempi.

Tavola sinottica biografica (pag. XVIII). 1630: a Porta Romana, in una casa di fronte al monastero del Lentasio, da Giovanni Battista, commerciante di panni e di oro, e da Angela Riva nasce alle ore 3,05 Carlo Maria Maggi. In Spagna e a Milano impera Filippo IV; in Francia regna il Re Sole Luigi XIV insieme al cardinale Richelieu prima e al cardinale Mazarino dopo. Il Tasso aveva già pubblicato l'*Aminta* e Shakespeare l'*Amleto*. In campo teatrale dominava la *commedia dell'arte* nata a Padova quasi un secolo prima.

Tavola sinottica della commedia *Il concorso dei Meneghini*, pag 290, verso 870. Testo originale: *Toson bon de ciarvell, e mei de coeur / C'hi biù genij, e spiret / Par la reputazion del vost lenuagg ecc...* Testo in milanese

odierno: *Gioinott, bon de cervell e mej de coeur, che gh'avii 'vuu genì e spirit per la reputazion del vòst lenuagg ecc...* Testo in italiano: *Giovanotti, buoni di cervello ma ancor meglio di cuore che avete avuto genio e spirito per la buona reputazione del vostro linguaggio ecc...* Note: *Questo "Concorso" sembra agli occhi di chi scrive, più che un manifesto poetico, un testamento spirituale ecc...*

Con tanto fior di testo, il libro è anche arricchito da 36 illustrazioni per lo più tratte da stampe d'epoca; bibliografia essenziale; indice di nomi e dei riferimenti. Infine copertina alla *trompe l'oeuil*, in simil-pergamena con dorso in simil pelle a bordi decorati in oro. Un libro insomma che non dovrebbe mancare nella biblioteca di ogni milanese.

Vincenzo Bevacqua

Cronache amministrative

quarto trimestre 2000

a cura del Commissario straordinario dell'IRCCS Ospedale Maggiore

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

a - affari generali e legale

- approvazione del progetto esecutivo del nuovo reparto di radioterapia nel piano seminterrato dell'edificio convitto infermiere;
- appalto dei lavori di ristrutturazione del corpo di fabbrica posteriore dell'attuale convitto suore per adibirlo a biblioteca scientifica: aggiudicazione;
- sistema telefonico dell'Ospedale: rinnovo del contratto di noleggio – manutenzione del centralino e adesione alla “convenzione per la prestazione dei servizi di telefonia fissa, di base e aggiuntivi per le pubbliche amministrazioni” sottoscritta dalla Consip S.p.A.;
- fornitura e posa di impianto montalettighe esterno presso il padiglione Lamarmora;
- appalto manutenzione giardini per il periodo 1/11/2000 – 31/10/2001;
- presa d'atto della spesa per l'adorno floreale alle tombe foresi dei benefattori dell'Ospedale.

b - segreteria generale

- corsi di formazione per il personale incaricato di svolgere, nei luoghi di lavoro, mansioni di addetto alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze (novembre – dicembre 2000 – gennaio 2001);
- decreto legislativo 26/5/200 n. 187 “Attuazione della direttiva 97/43 Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle

radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche”: identificazione dei responsabili di impianto radiologico, individuazione degli esperti in fisica medica, adempimenti dei tecnici di radiologia medica.

c - servizio personale

- piano di riorganizzazione dell'IRCCS: attivazione dei dipartimenti sanitari;
- corso di operatore tecnico addetto all'assistenza, determinazioni e formalizzazione dell'ordinanza commissariale d'urgenza n. 105/2000;
- contratto collettivo nazionale di lavoro, del personale del comparto sanità 7/4/99: costituzione dei fondi di cui agli artt. 38 e 39;
- adeguamento delle pensioni integrative per l'anno 1998 in applicazione delle disposizioni di cui all'art. 59, comma 4, della legge 27/12/97 n. 449;
- adeguamento delle pensioni dirette erogate per l'anno 1998.

d - servizio provveditorato

- licitazione privata per l'acquisizione di sistemi chiusi per la raccolta ed il trasporto di campioni di sangue per l'esecuzione di determinazioni analitiche in chimica clinica, ematologia, coagulazione, microbiologia per tre anni: approvazione del verbale di gara ed aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per l'affidamento del servizio per la prenotazione telefonica delle prestazioni sanitarie erogate nel poliambulatorio Lamarmora per un anno: approvazione della documentazione di gara;

- indizione di trattativa privata per la fornitura “in service” di un sistema diagnostico per immunochimica comprendente le apparecchiature in uso, unitamente agli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso per tre anni;
- trattativa privata per la fornitura di materiale di medicazione specialistica per due anni: aggiudicazione;
- acquisto per l’anno 2000 di: calzature di tipo diverso e apparecchiatura per la personalizzazione dei camici e delle divise del personale;
- aggiudicazione della trattativa privata per la fornitura di: materiale angiografico per procedure diagnostiche ed interventistiche per il servizio di radiologia chirurgica del pad. Zonda; defibrillatori impiantabili automatici e pacemaker per impieghi speciali, a carattere di unicità; materiale per i diversi servizi di endoscopia;
- trattativa privata ed aggiudicazione per la fornitura biennale di presidi sanitari diversi per gli anni 2001/2002;
- rinnovo contratti di fornitura “in service” di sistemi diagnostici per il laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia del pad. Bosisio (virologia/torch, anti HCV e test di conferma virologia/epatite, proteine specifiche) a tutto il 31/12/2001;
- farmaci innovativi classificati in fascia H e farmaci “non registrati” da acquistare mediante importazione per l’anno 2001;
- acquisto di reagenti e radionuclidi necessari ai diversi reparti e laboratori diagnostici per l’anno 2001;
- trattativa privata ed aggiudicazione per la fornitura di: preparati per la nutrizione enterale, deflussori ed elettrocateri per stimolazione definitiva;
- acquisto di venti carrelli anestesia necessari nei vari reparti dell’Ospedale ed aggiudicazione;
- determinazioni per il servizio di noleggio materassi antidecubito per un anno;
- acquisto integrativo di attrezzature antincendio per l’anno 2000;
- servizio di ristorazione per degenti, ipotesi di attivazione congiunta di gara con gli Istituti Clinici di Perfezionamento;

- utilizzo di convenzione per il noleggio di fotocopiatrici per diversi reparti dell’Ente per tre anni a far tempo dall’ 1/5/2001;
- servizio di raccolta, trasporto, conferimento agli impianti convenzionati e autorizzati e incenerimento rifiuti ospedalieri speciali pericolosi a rischio infettivo (ROT), ospedalieri speciali pericolosi a rischio chimico, ospedalieri non pericolosi solidi e liquidi da attività sanitaria e rifiuti vetrosi per tre anni: determinazioni.

e - servizio patrimoniale

- appalto dei lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria occorrenti negli immobili del lotto di Fallavecchia/Magenta/Mirasole/Sesto Calende/Vernate/Linarolo per due anni: indizione di licitazione per l’importo complessivo di lire 1 miliardo 200 milioni;
- appalto dei lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria occorrenti negli immobili del lotto di Zelo Buon Persico/Bertonico/Brianza per due anni: indizione di licitazione per l’importo complessivo di lire 1 miliardo 200 milioni;
- appalto dei lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria occorrente nelle case in Milano, zona ovest (Sempione/Magenta) per due anni: indizione di licitazione per l’importo complessivo di lire 2 miliardi 100 milioni;
- appalto dei lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria occorrente nelle case in Milano zona est (Romana/Nuova/Cinisello Balsamo) per due anni, indizione di licitazione per l’importo complessivo di lire 2 miliardi 700 milioni.

f - servizio spedalità

- attività di day hospital e day surgery.

g - servizio informatica

- indizione di appalto concorso per la fornitura dei sistemi e dei servizi di telecomunicazione.

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

Indice generale dell'annata 2000

per autore

Ambrosetti, Umberto

Le nuove prospettive nella diagnosi della sordità infantile grave e profonda

fascicolo 2 - pagg. 21-24

Progetto "Sordità in Ladakh"

fascicolo 4 - pagg. 19-22 (ill.)

Auxilia, Francesco

Obiettivi e assetto previsto

fascicolo 1 - pagg. 75-76

Belli, Carlo

Considerazioni sull'odierna assunzione di farmaci

fascicolo 3 - pagg. 17-18

Attività fisica: mezzo a portata di tutti per prevenire le malattie di cuore

fascicolo 4 - pagg. 11-13

Bevacqua, Vincenzo

Milano a sorpresa

(IV) *fascicolo 2 - pagg. 37-43 (ill.)*

(V) *fascicolo 4 - pagg. 39-45 (ill.)*

M.A. Crippa - F. Zanzottera: Le Porte di Milano (rec.)

fascicolo 3 - pagg. 42-44

Circolo Filologico milanese: Carlo Maria Maggi e la Milano di fine '600 (rec.)

fascicolo 4 - pag. 47

A. Mascheroni: La bella Bolognina (rec.)

fascicolo 3 - pag. 44

Bressan, Livio

L'ascolto musicale per il malato grave

fascicolo 3 - pagg. 19-22

Calabi Limentani, Ida

Medici numismatici nei secoli XVI e XVII - Alcune riflessioni

fascicolo 2 - pagg. 29-34 (ill.)

Cantarelli, Marisa

Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso il management

fascicolo 2 - pagg. 25-28

Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso la formazione

fascicolo 3 - pagg. 29-31

Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso l'organizzazione

fascicolo 4 - pagg. 25-29

Caputo, Ruggero

Istituzione di un laboratorio di Maquillage Correttivo

fascicolo 1 - pag. 87

Cazzullo, Carlo Lorenzo

Della Famiglia, oggi

fascicolo 3 - pag. 16

Ceppatelli, Orazio

La storia: l'evoluzione dell'area del Policlinico nella città

fascicolo 1 - pagg. 8-14 (ill.)

L'Ospedale Maggiore e l'assistenza sanitaria a Milano

fascicolo 1 - pagg. 15-47 (ill.)

L'assistenza all'infanzia in Milano, l'insegnamento della medicina e la formazione negli Istituti Clinici di Perfezionamento

fascicolo 1 - pagg. 48-49

Chiappa, Franca

La nostra Rivista nel 2000

fascicolo 1 - pag. 1

Nel ricordo del professor Piero Franzini

fascicolo 2 - pag. 5

Comazzi, Alberto Maria

Il volontariato

fascicolo 4 - pagg. 14-18

Cosmacini, Giorgio

Progetto: per la storia del futuro

fascicolo 1 - pag. 4

S. Spinsanti: Chi ha potere sul mio corpo?

Nuovi rapporti tra medico e paziente (rec.)

fascicolo 2 - pagg. 44-46

Franco Fossati, uno scienziato, un primario, un uomo

fascicolo 4 - pagg. 37-38

Dal Sasso, Giancarlo

Il nuovo codice di deontologia medica tra Costituzione ed etica

fascicolo 4 - pagg. 2-9

de Antonellis, Giacomo

Giotto e il suo tempo tra Milano e Padova

fascicolo 4 - pagg. 33-36 (ill.)

Del Bo, Luca

Progetto "Sordità in Ladakh"

fascicolo 4 - pagg. 19-22 (ill.)

Dioguardi, Nicola

Piero Franzini, medico lombardo

fascicolo 3 - pagg. 37-38

Fagnani, Enrico

Le nuove prospettive nella diagnosi della sordità infantile grave e profonda

fascicolo 2 - pagg. 21-24

Ferruzzi, Alberto

La storia: l'evoluzione dell'area del Policlinico nella città

fascicolo 1 - pagg. 8-14 (ill.)

L'Ospedale Maggiore e l'assistenza sanitaria a Milano

fascicolo 1 - pagg. 15-47

L'assistenza all'infanzia in Milano, l'insegnamento della medicina e la formazione negli Istituti Clinici di Perfezionamento
fascicolo 1 - pagg. 48-49
Il nuovo progetto
fascicolo 1 - pagg. 52-72
L'Ospedale si presenta. Cronaca dell'incontro del 17 luglio
fascicolo 3 - pagg. 2-5
Fiorista, Francesco
Il Cristo medico
fascicolo 2 - pagg. 35-36 (ill.)
Giovanni Battista Monteggia, Carlo Porta. Un chirurgo, un poeta
fascicolo 4 - pagg. 30-32 (ill.)
Franzini, Piero
La riforma sanitaria nella luce della cultura
fascicolo 2 - pagg. 2-5
Il sistema informativo della vita: dai feromoni alla poetica di Goethe
fascicolo 3 - pagg. 12-14
Gattinoni, Luciano
Ospedale Maggiore: attività di ricerca e formazione
fascicolo 1 - pagg. 77-78
L'Ospedale si presenta. Cronaca dell'incontro del 17 luglio
fascicolo 3 - pagg. 7-9
Gerundini, Paolo
Il Servizio Autonomo di Medicina Nucleare: inaugurata la sezione PET-Ciclotrone
fascicolo 1 - pagg. 83-84
Gori, Fabrizio
Il volontariato
fascicolo 4 - pagg. 14-18
Grassi, Daniele
Impressioni di un cappellano ospedaliero
fascicolo 3 - pagg. 27-28
Grossi, Adalberto
La Cardiocirurgia del 2000 al Policlinico
fascicolo 1 - pagg. 81-82
Gussoni, Carlo
Il reinserimento al domicilio dopo un ictus
fascicolo 2 - pagg. 6-11
Lambertenghi Deliliers, Giorgio
Il Centro Trapianti di Midollo, accreditato in Europa e negli Stati Uniti
fascicolo 1 - pagg. 80
La donazione di midollo osseo
fascicolo 2 - pagg. 13-16
Magrini, Fabio
La nuova ala multimediale della Scuola di Cardiologia
fascicolo 1 - pagg. 86
Maiocchi, Giuseppe
Agopuntura: medicina alternativa o complementare?
fascicolo 2 - pagg. 17-20 (ill.)
Marazzini, Luigi
La sindrome delle apnee durante il sonno: una malattia sociale
fascicolo 4 - pagg. 23-24
Mastropasqua, Bernardino
La sindrome delle apnee durante il sonno: una malattia sociale
fascicolo 4 - pagg. 23-24

Mazzuconi, Daniela
Il progetto del nuovo Ospedale
fascicolo 1 - pagg. 2-3
L'Ospedale si presenta. Cronaca dell'incontro del 17 luglio
fascicolo 3 - pagg. 5-6
Mosconi, Franca
Accordo di programma
fascicolo 1 - pagg. 73-74
Piatti, Gioia
Progetto "Sordità in Ladakh"
fascicolo 4 - pagg. 19-22 (ill.)
Pisani, Marisa
Della cultura
fascicolo 3 - pagg. 34-35
Randazzo, Antonio
Sottocultura e baby-gangs: motivi di una stretta parentela
fascicolo 3 - pagg. 32-33
Scotti, Alberto
Progetto "Sordità in Ladakh"
fascicolo 4 - pagg. 19-22 (ill.)
Scotti, Roberta
Il reinserimento al domicilio dopo un ictus
fascicolo 2 - pagg. 6-11
Sirchia, Girolamo
La Cell Factory del Centro Trasfusionale
fascicolo 1 - pagg. 85
Soligo, Davide
La donazione di midollo osseo
fascicolo 2 - pagg. 13-16
Tagliaferri, Elena
La donazione di midollo osseo
fascicolo 2 - pagg. 13-16
Triulzi, Marco
L'Ospedale si presenta. Cronaca dell'incontro del 17 luglio
fascicolo 3 - pagg. 9-11
Obiettivi e assetto previsto
fascicolo 1 - pagg. 75-76
Vigorelli, Pietro
Come affrontare un difficile problema assistenziale
fascicolo 3 - pagg. 23-26
Il reinserimento al domicilio dopo un ictus
fascicolo 2 - pagg. 6-11
Zampetti, Alfonso
M. Aramini: La procreazione assistita (rec.)
fascicolo 3 - pagg. 42

per argomento

Assistenza

Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso il management - Marisa Cantarelli
fascicolo 2 - pagg. 25-28
Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso la formazione - Marisa Cantarelli
fascicolo 3 - pagg. 29-31
Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso l'organizzazione - Marisa Cantarelli
fascicolo 4 - pagg. 25-29 (ill.)

Come affrontare un difficile problema assistenziale - Pietro Vigorelli

fascicolo 3 - pagg. 23-26

L'assistenza all'infanzia in Milano, l'insegnamento della medicina e la formazione negli Istituti Clinici di Perfezionamento - Orazio Ceppatelli, Alberto Ferruzzi

fascicolo 1 - pagg. 48-49

Il reinserimento al domicilio dopo un ictus - P. Vigorelli,

C. Gussoni, R. Scotti

fascicolo 2 - pagg. 6-11

Biologia

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

fascicolo 3 - pagg. 12-14

Deontologia medica

Il nuovo codice di deontologia medica tra Costituzione ed etica

- Giancarlo Dal Sasso

fascicolo 4 - pagg. 2-9

Dermatologia

Istituzione di un laboratorio di Maquillage Correttivo -

Ruggero Caputo

fascicolo 1 - pag. 87

Ematologia

Il Centro Trapianti di Midollo, accreditato in Europa e negli Stati Uniti - Giorgio Lambertenghi Delilieri

fascicolo 1 - pag. 80

La Cell Factory del Centro Trasfusionale - Girolamo Sirchia

fascicolo 1 - pag. 85

La donazione di midollo osseo - G. Lambertenghi Delilieri,

E. Tagliaferri, D. Soligo

fascicolo 2 - pagg. 13-16

Famiglia

Della Famiglia, oggi - Carlo L. Cazzullo

fascicolo 3 - pag. 16

Fisiatria

Il reinserimento al domicilio dopo un ictus - P. Vigorelli,

C. Gussoni, R. Scotti

fascicolo 2 - pagg. 6-11

Fisiopatologia respiratoria

La sindrome delle apnee durante il sonno: una malattia sociale

- Luigi Marazzini, Bernardino Mastropasqua

fascicolo 4 - pagg. 23-24

Fossati, Franco

Franco Fossati, uno scienziato, un primario, un uomo - Giorgio Cosmacini

fascicolo 4 - pagg. 37-38

Franzini, Piero

Nel ricordo del professor Piero Franzini - Franca Chiappa

fascicolo 2 - pag. 5

Piero Franzini, medico lombardo - Nicola Dioguardi

fascicolo 3 - pagg. 37-38

Medicina

Chi ha potere sul mio corpo? Nuovi rapporti tra medico e paziente - S. Spinsanti (rec.) - Giorgio Cosmacini

fascicolo 2 - pagg. 44-46

Considerazioni sull'odierna assunzione di farmaci - Carlo Belli

fascicolo 3 - pagg. 17-18

Il nuovo codice di deontologia medica tra Costituzione ed etica

- Giancarlo Dal Sasso

fascicolo 4 - pagg. 2-9

Attività fisica: mezzo a portata di tutti per prevenire le malattie di cuore - Carlo Belli

fascicolo 4 - pagg. 11-13

Medicina alternativa

Agopuntura: medicina alternativa o complementare? -

Giuseppe Maiocchi

fascicolo 2 - pagg. 17-20 (ill.)

Medicina Nucleare

Il servizio Autonomo di Medicina Nucleare: inaugurata la sezione PET-Ciclotrone - Paolo Gerundini

fascicolo 1 - pagg. 83-84

Numismatica

Medici numismatici nei secoli XVI e XVII - Alcune riflessioni

- Ida Calabi Limentani

fascicolo 2 - pagg. 29-34 (ill.)

Oncologia

L'ascolto musicale per il malato grave - Livio Bressan

fascicolo 3 - pagg. 19-22

Ospedale Maggiore

Il progetto del nuovo Ospedale - Daniela Mazzuconi

fascicolo 1 - pagg. 2-3

Il nuovo progetto - Alberto Ferruzzi

fascicolo 1 - pagg. 52-72 (ill.)

Progetto: per la storia del futuro - Giorgio Cosmacini

fascicolo 1 - pag. 4

La storia: l'evoluzione dell'area del Policlinico nella città -

Alberto Ferruzzi, Orazio Ceppatelli

fascicolo 1 - pagg. 8-14 (ill.)

L'Ospedale Maggiore e l'assistenza sanitaria a Milano -

Alberto Ferruzzi, Orazio Ceppatelli

fascicolo 1 - pagg. 15-47

L'assistenza all'infanzia a Milano, l'insegnamento

della medicina e la formazione negli Istituti Clinici

di Perfezionamento - Alberto Ferruzzi, Orazio Ceppatelli

fascicolo 1 - pagg. 48-49

Accordo di programma - Franca Mosconi

fascicolo 1 - pagg. 73-74

Obiettivi e assetto previsto - Francesco Auxilia, Marco Triulzi

fascicolo 1 - pagg. 75-76

Ospedale Maggiore: attività di ricerca e formazione - Luciano Gattinoni

fascicolo 1 - pagg. 77-78

Il Centro Trapianti di Midollo, accreditato in Europa e negli Stati Uniti - Giorgio Lambertenghi Delilieri

fascicolo 1 - pag. 80

La Cardiocirurgia del 2000 al Policlinico - Adalberto Grossi

fascicolo 1 - pagg. 81-82

Il servizio Autonomo di Medicina Nucleare: inaugurata la sezione PET-Ciclotrone - Paolo Gerundini

fascicolo 1 - pagg. 83-84

Inaugurato il Poliambulatorio Lamarmora

fascicolo 3 - pagg. 39-41 (ill.)

Istituzione di un laboratorio di Maquillage Correttivo -

- Ruggero Caputo
fascicolo 1 - pag. 87
Cronache amministrative
Rubrica fissa trimestrale
Per ricordare i benefattori, gli amministratori, i visitatori, i volontari e i dipendenti defunti
fascicolo 4 - pag. 45-46
Ospedale Maggiore: giornata della Ricerca
fascicolo 4 - pag. 45
La Cell Factory del Centro Trasfusionale - Girolamo Sirchia
fascicolo 1 - pag. 85
La nuova ala multimediale della Scuola di Cardiologia - Fabio Magrini
fascicolo 1 - pag. 86
L'Ospedale si presenta. Cronaca dell'incontro del 17 luglio - A. Ferruzzi, D. Mazzuconi, L. Gattinoni, M. Triulzi
fascicolo 3 - pagg. 2-11
Impressioni di un cappellano ospedaliero - Daniele Grassi
fascicolo 3 - pagg. 27-28
Ostetricia - Ginecologia
La procreazione assistita - M. Aramini (rec.) - A. Zampetti
fascicolo 3 - pag. 42
Otorinolaringoiatria
Le nuove prospettive nella diagnosi della sordità infantile grave e profonda - U. Ambrosetti, E. Fagnani
fascicolo 2 - pagg. 21-24
Progetto "Sordità in Ladakh" - U. Ambrosetti, L. Del Bo, G. Piatti, A. Scotti
fascicolo 4 - pagg. 19-22 (ill.)
Problemi del malato
Come affrontare un difficile problema assistenziale - Pietro Vigorelli
fascicolo 3 - pagg. 23-26
Il reinserimento al domicilio dopo un ictus - P. Vigorelli, C. Gussoni, R. Scotti
fascicolo 2 - pagg. 6-11
L'ascolto musicale per il malato grave - Livio Bressan
fascicolo 3 - pagg. 19-22
Considerazioni sull'odierna assunzione di farmaci - Carlo Belli
fascicolo 3 - pagg. 17-18
Riforma sanitaria
La riforma sanitaria nella luce della cultura - Piero Franzini
fascicolo 2 - pagg. 2-5
Società - Individuo
Della cultura - Marisa Pisani
fascicolo 3 - pagg. 34-35
Sottocultura e baby-gangs: motivi di una stretta parentela - Antonio Randazzo
fascicolo 3 - pagg. 32-33
Storia di Milano
L'assistenza all'infanzia in Milano, l'insegnamento della medicina e la formazione negli Istituti Clinici di Perfezionamento - Orazio Ceppatelli, Alberto Ferruzzi
fascicolo 1 - pagg. 48-49
L'Ospedale Maggiore e l'assistenza sanitaria a Milano - Alberto Ferruzzi, Orazio Ceppatelli
fascicolo 1 - pagg. 15-47 (ill.)
La storia: l'evoluzione dell'area del Policlinico nella città -
- Alberto Ferruzzi, Orazio Ceppatelli
fascicolo 1 - pagg. 8-14 (ill.)
Milano a sorpresa IV - Vincenzo Bevacqua
fascicolo 2 - pagg. 37-43 (ill.)
Milano a sorpresa V - Vincenzo Bevacqua
fascicolo 4 - pagg. 39-45 (ill.)
Giovanni Battista Monteggia, Carlo Porta. Un chirurgo, un poeta - Francesco Fiorista
fascicolo 4 - pagg. 30-32 (ill.)
Giotto e il suo tempo tra Milano e Padova - Giacomo de Antonellis
fascicolo 4 - pagg. 33-36 (ill.)
Carlo Maria Maggi e la Milano di fine '600 - Circolo Filologico Milanese (rec.) - V. Bevacqua
fascicolo 4 - pag 47
Le Porte di milano - M. A. Crippa, F. Zanzottera (rec.) - V. Bevacqua
fascicolo 3 - pagg. 42-44
La Bella Bolognina - A. Mascheroni (rec.) - V. Bevacqua
fascicolo 3 - pag. 44
Storia della sanità
Il Cristo medico - Francesco Fiorista
fascicolo 2 - pagg. 35-36
Medici numismatici nei secoli XVI e XVII - Alcune riflessioni - Ida Calabi Limentani
fascicolo 2 - pagg. 29-34 (ill.)
Valenzisi, Angelo
Per non dimenticarli
fascicolo 4 - pag. 46
Volontariato
Il volontariato - Alberto Maria Comazzi, Fabrizio Gori
fascicolo 4 - pagg. 14-18



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

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