

# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLII - n. 4 - 2001

# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLII - n. 4 - 2001

## *sommario*

|  | pagina |
|--|--------|
| Ai lettori .....   | 1      |
| Il nostro saluto al nuovo rettore dell'Università prof. Decleva<br>e un pensiero riconoscente al prof. Mantegazza .....        | 2      |
| Ospedale umano, logica aziendale, personale motivato ..... <i>Giancarlo Dal Sasso</i>  | 3      |
| Asterisco .....  | 8      |
| Microcredito oggi. Riflessioni su antiche e recenti esperienze..... <i>Marco Vitale</i>  | 9      |
| La depressione infantile ..... <i>Adriana Guareschi Cazzullo</i>   | 13     |
| “Curare e aver cura” nel primo Ottocento ..... <i>Giorgio Cosmacini</i>  | 18     |
| Il braccio destro e il braccio sinistro ..... <i>Enrico Ghislandi</i>  | 27     |
| L'Ufficio Relazioni con il Pubblico: finalità<br>e stato di attuazione ..... <i>Maria Teresa Bottanelli, Giovanni Muttillo</i> | 30     |
| Asterisco .....  | 33     |
| Tra le statue del Duomo in cerca degli Sforza ..... <i>Ernesto Brivio</i>  | 34     |
| Arte in Ticino 1803-1870.<br>Esposte opere di proprietà dell'Ospedale Maggiore ..... <i>Sergio Reborà</i>                      | 37     |
| Notiziario .....   | 39     |
| Cronache amministrative .....  | 42     |
| Indice generale dell'annata .....  | 46     |

### *La copertina*

Giuseppe Palanti: ritratto di Graziosa Torriani Tomasini (1942). Il Palanti realizzò sedici ritratti di benefattori su commissione dell'Ospedale Maggiore di Milano tra il 1918 e il 1942. Quattro di essi - tra cui quello qui riprodotto - sono stati esposti alla mostra dedicata al pittore in occasione del festival dei Due Mondi di Spoleto (28 giugno - 30 settembre 2001).

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

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

## ai lettori

*Una veduta dell'antica Ca' Granda, oggi sede dell'Università degli Studi, a sottolineare in apertura del fascicolo il nostro saluto riconoscente al prof. Paolo Mantegazza, che in ottobre ha lasciato il rettorato, e i voti augurali vivissimi della comunità ospedaliera al nuovo rettore prof. Enrico Deleva.*

*"... un ospedale 'umano', pur gestito con criteri aziendalistico-manageriali, è la risultante, soprattutto, di risorse umane qualificate certo, ma professionalmente motivate...". È il concetto di base che informa la documentata trattazione di Giancarlo Dal Sasso.*

*Ringraziamo il prof. Marco Vitale che dedica qui ai lettori di Ca' Granda un suo attuale intervento imperniato sui valori congiunti di etica ed economia.*

*La prof.ssa Adriana Guareschi Cazzullo risponde da par suo alle non poche domande su un problema in preoccupante crescente frequenza: la depressione infantile.*

*Una pagina storica di grande interesse. Immersi noi nell'attualità socio-medico assistenziale di oggi, Giorgio Cosmacini ci porta a "visitare" nell'arco del primo Ottocento teorie, valori, pratiche quanto meno di tipo familiare, popolare, empirico, arrivando progressivamente alla figura del medico e dei suoi poteri e doveri nella seconda metà del secolo.*

*"Malati curabili e malati inguaribili": una definizione purtroppo usuale nel mondo sanitario d'oggi con la frequenza dei "terminali" per patologie gravi. "Ma gli inguaribili - scrive il prof. Ghislandi invogliandoci a leggere e partecipare - non sono da abbandonare, perché bisogna curare anche quelli che non possono guarire, ed anzi potenziare l'attenzione su di loro in famiglia o negli auspicabilissimi hospices con la presenza medica, psicologica, infermieristica e del volontariato".*

*La dott.ssa Maria Teresa Bottanelli con il collaboratore Giovanni Muttillo addetto alla Carta dei servizi, presenta l'ufficio ospedaliero "Relazioni con il Pubblico", spiegandone i ruoli diversi, fra cui: accoglimento e trattamento di reclami e segnalazioni; raccolta di informazioni e comunicazioni all'interno dell'Ospedale sull'andamento dei servizi, e proposte eventuali di miglioramento dell'organizzazione.*

*Una bella pagina di documentata fantasia ci ricorda, sorprendentemente insieme, fondazione e fondatori della nostra Ca' Granda con il Duomo, le sue bellezze secolari e le vicende alterne, che nel tempo hanno caratterizzato sempre l'unione delle due straordinarie "fabbriche", facendole vivere costantemente nell'affetto dei milanesi e della Città. La firma è dell'arch. Ernesto Brivio.*

*La nostra Quadreria dei benefattori (affidata, come noto, all'archivio storico) che attende sempre d'essere aiutata ad arrivare in esposizione permanente a Mirasole dove proseguono i restauri, gode comunque dell'attenzione di enti e istituzioni. Frequenti, infatti, le richieste di nostre opere per mostre importanti: ne dà testimonianza qui il dott. Sergio Reborà che scrive dell' "Arte in Ticino".*

*Le cronache amministrative, asterischi letterari, le consuete rubriche e l'indice annuale per autore e argomento chiudono il fascicolo.*

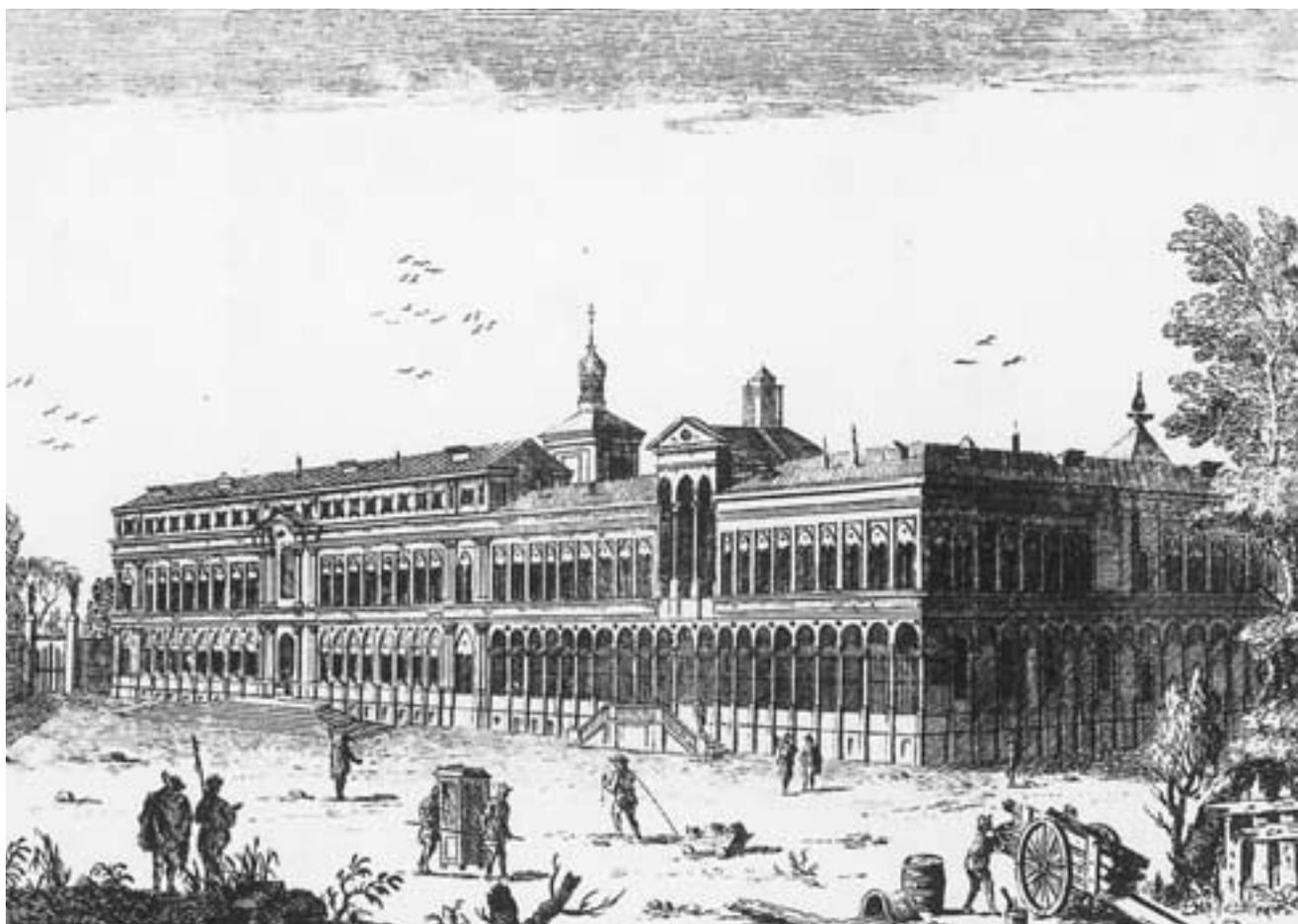
# *Il nostro saluto al nuovo rettore dell'Università prof. Decleva e un pensiero riconoscente al prof. Mantegazza*

Il prof. Paolo Mantegazza, rettore dell'Università degli Studi di Milano dal 1984, ha lasciato il Rettorato con l'inizio dell'anno accademico 2001/2002.

Quattro mandati importanti nel mondo accademico milanese, nel quale la presenza del rettore Mantegazza resterà come un segno di grande equilibrio ed eccezionale umanità nelle note alterne vicende di tutti questi anni.

A succedergli è stato chiamato il prof. Enrico Decleva, umanista, ordinario di Storia Contemporanea.

Affettuosa opportunità per la nostra "Ca' Granda", per tutti noi, di esprimere qui al prof. Mantegazza un pensiero deferente e grato per le tante attenzioni e disponibilità accordate al nostro Ospedale negli anni del suo lungo mandato. Al nuovo Rettore voti augurali vivissimi per il prestigioso impegno al vertice dell'Ateneo milanese.



L'antica Ca' Granda, oggi sede dell'Università degli Studi di Milano, nella facciata disegnata da A. Biffi (1674). *Civiche Raccolte Bertarelli*

# *Ospedale umano, logica aziendale, personale motivato*

GIANCARLO DAL SASSO

## **Premessa**

Dopo aver affrontato nel n. 1-2 2001 de “la Ca’ Granda” l’impegnativo tema dei “diritti umani dell’utente nel servizio sanitario”, ci sembra doveroso presentare un altro argomento di rilevante attualità, caratterizzato dal rapporto ospedale umano – logica aziendale – personale motivato, che è anche il nodo centrale di ogni riforma sanitaria passata, presente e futura.

Nell’illustrare a grandi linee la tematica in questione, vorremmo articolare la nostra disamina su alcuni passaggi essenziali, rappresentati in via consequenziale dall’ospedale umanizzato, dalla gestione aziendomanageriale, dal personale motivato, momenti distinti di un unico sistema sanitario a servizio della persona.

In sostanza, per indicare un po’ il filo bianco che percorre la nostra riflessione, si potrebbe dire che un ospedale umano, pur gestito con criteri aziendalistico-manageriali, è la risultante, soprattutto, di risorse umane qualificate certo, ma professionalmente motivate.

Potrebbe sembrare un paradosso, ma nonostante la gestione manageriale delle aziende pubbliche, ospedaliere e sanitarie, la tecnologia delle prestazioni, il comfort assistenziale, la professionalità del personale, le incentivazioni economiche, registriamo oggi una preoccupante e diffusa demotivazione del personale, che si trasferisce negativamente sulla relazione operatore sanitario-utente e quindi sulla qualità delle stesse prestazioni sanitarie.

C’è un preoccupante malessere che sta attraversando il personale che opera in sanità, confermatoci anche da alcuni dirigenti sindacali, sulle cui cause tenteremo di fare una motivata diagnosi, per prospettare poi una possibile terapia.

## **Ospedale umano**

Un approccio serio alla sanità – sia essa pubblica o privata – deve partire, a nostro avviso, da alcune pre-

messe fondamentali, che trovano autorevole riscontro nell’illuminante discorso che il cardinale Carlo Maria Martini, arcivescovo di Milano, ha tenuto nella Festa del Perdono del 2001 dell’Ospedale Maggiore.

Tale discorso, opportunamente pubblicato in un opuscolo a cura della direzione de “la Ca’ Granda”, resta un’altra gemma dell’insegnamento di Martini, che andrebbe ripresa integralmente anche in questa sede, per le sue profonde considerazioni, sia sotto il profilo pastorale, tratte anche dal magistero papale, sia sotto quello aziendalistico.

Ragioni di spazio ci costringono, purtroppo, a citarne soltanto alcuni tratti significativi, che forniranno tuttavia le linee-guida della nostra trattazione.

Afferma il cardinale: “Come dice il suo stesso nome, l’Ospedale Maggiore è anzitutto un ‘ospedale’. Come ogni ospedale, esso è ‘luogo di dolore’, ma insieme e inscindibilmente, esso è - deve essere sempre più e sempre meglio - ‘luogo di speranza’ (Giovanni Paolo II). Nell’ospedale, infatti, si sperimenta in modo drammatico la fragilità della natura umana. In esso, con la malattia, il mistero del dolore si presenta con tutta la sua forza e riveste sia i toni dell’esperienza della solitudine per il diminuire delle forze fisiche e per l’interrompersi di quelle relazioni e di quegli impegni che costituiscono il tessuto della vita quotidiana, sia quelli dell’invocazione di aiuto, sollievo e conforto da parte di parenti, amici e medici, sia quelli della domanda sul perché della sofferenza, della malattia e della morte.

Nello stesso tempo l’ospedale è anche un ‘luogo di speranza’: quella degli stessi ammalati, che desiderano di poter gustare nuovamente la bellezza della vita e della salute; quella dei diversi operatori sanitari, che investono intelligenza, competenza e forza per ottenere, quando possibile, il superamento della malattia o, quando ciò non si potesse realizzare, per aiutare a vivere in modo umano l’esperienza della malattia e della morte”.

La sfida che attende anche l'Ospedale Maggiore – ed ogni ospedale – è perciò quella di essere sempre e sempre meglio un “ospedale umano”, cioè, nel quale si sa riconoscere, rispettare, difendere ed esaltare la dignità personale dell'uomo malato, anche nelle situazioni più gravi e umilianti (card D. Tettamanzi). Tutto ciò non solo a livello teorico, ma pratico, sia attraverso comportamenti e trattamenti concreti, precisi e puntuali, che chiamano in causa il personale medico, come quello infermieristico e ausiliario, insieme con quello amministrativo, sia attraverso una adeguata configurazione e organizzazione delle stesse strutture ospedaliere.

Per dare un volto veramente umano all'ospedale è necessario impegnarsi per una sua “ripersonalizzazione”, che favorisca l'instaurarsi di un rapporto dalle dimensioni umane con il malato. Tale “ripersonalizzazione” e “umanizzazione” risponde a un dovere di giustizia e di civiltà, domanda l'impegno di tutti e, in particolare, una maggiore sensibilità nei responsabili della cosa pubblica, nei diversi amministratori e nei molteplici operatori sanitari.

Ciò significa entrare sempre più nell'ottica di fare dell'ospedale un autentico “luogo di cura”, dove l'attenzione e il servizio alla persona non si riducono solamente alla somministrazione di una terapia, ma si aprano a un più disteso e ampio “prendersi cura” della persona, che veda coinvolti medici, infermieri, tecnici, amministratori e volontari. È questa una delle questioni più decisive.

### **Logica aziendale**

Premesso che la “struttura architettonica e organizzativa” dell'ospedale deve assicurare non solo il migliore espletamento possibile della medicina nei suoi aspetti tecnici, ma anche una degenza del malato che rispetti e promuova, nel modo migliore possibile, le sue esigenze propriamente umane (Carlo Maria Martini), proprio per rendere “più umana” la vita e l'organizzazione di un ospedale, è accettabile e condivisibile, anche in ambito sanitario, l'introduzione di “criteri gestionali di tipo aziendalistico”.

Prima però di parlare di “logica aziendale” in sanità, ci sembra indispensabile richiamare il quadro normativo costituzionale di “solidarietà sociale” entro il quale opera il Servizio sanitario, nazionale e regionale.

La vigente Costituzione italiana nei suoi “principi fondamentali” e nella prima parte dedicata ai “diritti e doveri dei cittadini”, dispone in particolare che la Repubblica, quale Stato sociale: 1) riconosce la pari dignità sociale di tutti i cittadini; 2) richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà sociale; 3) tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività; 4) protegge la maternità e l'infanzia; 5) riconosce il diritto all'assistenza sociale; 6) riconosce che l'iniziativa economica privata è libera, ma che non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla dignità umana.

La legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, stabilisce all'art. 1 tra l'altro: “1. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale. 2. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. 3. Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. 4. L'attuazione del Servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli Enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini”.

Per verificare se i valori, principi, doveri, diritti costituzionali, sopra sommariamente richiamati, siano compatibili con la “logica aziendale sanitaria”, è necessario chiarire bene il significato di logica aziendale in sanità, secondo la dottrina economica più accreditata.

Essa significa nella sua essenza “applicare le conoscenze disponibili per utilizzare razionalmente (sul piano tecnico, organizzativo ed economico) risorse scarse per ottenere il massimo dei risultati possibili” (E. Borgonovi, *Il medico e l'azienda*, Corriere della Sera, 12.3.2001).

Per alcune aziende private che operano sul mercato sanitario e che producono beni non così essenziali come è la salute (pensiamo, ad esempio, alle industrie farmaceutiche o a quelle che producono apparecchiature tecnico-medicali) tale razionalità serve per perse-

guire “la massimizzazione del profitto” (ossia il massimo aumento della ricchezza economica).

Per le altre aziende, tipicamente sanitarie, pubbliche e private (un ospedale, una casa di cura privata, ecc.) “la razionalità aziendale deve essere orientata a perseguire la massimizzazione della tutela della salute poiché questo, e solo questo, è il fine di tali aziende” (Borgonovi).

In altri termini il “valore” del modello aziendale privato è dato dall’aumento della ricchezza misurata in termini monetari, mentre il “valore” per un’azienda sanitaria, pubblica e privata, che tutela direttamente la salute, è misurato dal grado di risposta ai bisogni di salute e ai livelli di assistenza garantiti ai cittadini (Borgonovi).

Ne consegue quindi che “logica aziendale” per i soggetti, pubblici e privati, che agiscono in sanità “non equivale affatto a perseguire la massimizzazione del profitto” (Borgonovi), ma per le aziende sanitarie pubbliche vuol dire tendere al pareggio di bilancio, quale conseguenza di scelte razionali sul piano assistenziale e poi efficienti sul piano gestionale; mentre per le aziende sanitarie private implica sempre dover rispondere ai bisogni di salute, pur conseguendo, nel contempo, un profitto.

In buona sostanza, detti criteri sono proficui se “finalizzati all’ottimizzazione dei risultati e nella misura in cui servono a ottimizzare l’impiego delle risorse finanziarie, tecnologiche ed umane perché la cura della persona sia più adeguata e sia garantito a tutti gli uomini e le donne, secondo i reali bisogni di ciascuno, il diritto alla tutela della propria salute” (Martini).

In base a quanto sopra esposto, ci sembra di poter affermare che la logica aziendale sanitaria deve tendere ad un valore, rappresentato dalla “massimizzazione” della tutela della salute in un quadro di “solidarietà sociale” o, come vedremo, di “solidarismo federale”, ma ciò è nettamente contrario ad una ormai prevalente “ottica ragionieristica che non considera prioritario il diritto alla salute di ogni cittadino, ma lo subordina ad un equilibrio del bilancio pubblico non correlato a quella esigenza e soprattutto lo subordina alla mercificazione della sanità pubblica” (M. Pirani, *La Repubblica*, 10.12.2001).

Il forte richiamo alla solidarietà sociale e al dovere di assicurare la miglior tutela della salute, richiesto a qualunque soggetto aziendale, pubblico o privato,

impegnato in sanità, viene fatto non a scopo accademico, ma per mettere in guardia dalla pericolosità di certi slogans che circolano con insistenza nell’attuale clima culturale-politico.

Va altresì segnalato che gli stessi criteri tecnico-sanitari dei D.R.G. (le tariffe riconosciute agli ospedali per ogni singola malattia con un tempo predefinito di degenza ospedaliera) e dei L.E.A. (livelli essenziali di assistenza minima, oltre i quali spetta alle Regioni, assicurare o meno, secondo le loro entrate, le eventuali prestazioni) se utilizzati, come spesso accade, per fini di lucro, cioè di profitto, o non rispondono ai bisogni di salute e di assistenza delle persone, specie di fronte alle patologie acute gravi o croniche, scaricate dalle case di cura private sugli ospedali pubblici, oppure determinano l’erogazione di prestazioni sanitarie se non inutili certamente non indispensabili, per incassare quattrini dal fondo sanitario regionale, con l’effetto perverso di incrementare gli “sprechi”.

In altre parole, il modello aziendalistico-manageriale in sanità non vuol dire profitti a tutti i costi per le aziende sanitarie private a carico del fondo sanitario regionale, né significa addossare sulla sanità pubblica le prestazioni che per complessità organizzativa o per onerosità economica la sanità privata non ha interesse a fornire, con l’ovvia conseguenza del quasi generalizzato disavanzo dei grandi ospedali metropolitani, né tanto meno può significare, ad esempio, far pagare al cittadino sotto forma di Irpef (imposta sui redditi delle persone fisiche) il deficit accumulato a livello regionale lombardo dalla liberalizzazione della sanità (si parla di un buco per la sanità in bilancio di ben oltre 433 miliardi, che, per l’opposizione in Consiglio regionale, “andrebbe moltiplicato per dieci, cioè il rosso potrebbe essere di oltre 3-4 mila miliardi” - *Il Giorno*, *La Repubblica* 12.12.2001), ma deve contribuire a garantire al cittadino-utente una risposta sanitaria efficiente, offertagli dal sistema pubblico-privato, finanziato dalla Regione, senza che il cittadino-cliente debba poi ricorrere a strutture private, dalle quali farsi curare a pagamento.

### **Personale motivato**

Un ospedale umano richiede certamente una “gestione manageriale impostata sulla logica aziendale”, ma

per dargli un volto veramente umano è necessario impegnarsi per una sua “ripersonalizzazione”, che favorisca l’instaurarsi di un rapporto a dimensioni umane con il malato.

Sul punto, con la consueta lucidità, il cardinale Martini osserva: “Tale ‘ripersonalizzazione’ e ‘umanizzazione’ risponde a un dovere di giustizia e di civiltà, domanda l’impegno di tutti e, in particolare, una maggiore sensibilità nei responsabili della cosa pubblica, nei diversi amministratori e nei molteplici operatori sanitari.

Ciò significa entrare sempre più nell’ottica di fare dell’ospedale un autentico ‘luogo di cura’, dove l’attenzione e il servizio alla persona non si riducono solamente alla somministrazione di una terapia, ma si aprano a un più disteso e ampio ‘prendersi cura’ della persona, che veda coinvolti medici, infermieri, tecnici amministratori e volontari. È questa una delle questioni più decisive (...).

Occorre, perciò, che sia anzitutto ‘umanizzato’ il rapporto medico-paziente. Qualunque rapporto deve fare attenzione alla persona: quello del medico, in particolare, deve essere un rapporto profondamente interpersonale, che nessun progresso scientifico deve mai soppiantare o scalfire, ma piuttosto deve propiziare e favorire.

È indispensabile, quindi, che nell’esercizio della sua professione, ogni medico ricordi che il malato è sempre e prima di tutto una persona, mai riconducibile a un caso clinico, e si accosti a lui mettendo in causa se stesso e la propria capacità di relazionarsi con l’altro, e non solo la propria scienza ed esperienza. Si tratta, in altri termini, di fare della professione medica il luogo dell’incontro con l’uomo, della vicinanza a chi soffre, della compagnia di chi si sente solo, della cura amichevole di ogni persona (...).

Nello stesso tempo, è necessario che tutto il personale ospedaliero, qualsiasi funzione o mansione svolga, si faccia attento alla persona. Che l’ospedale compia la sua missione di cura amorevole e accogliente della persona, è, infatti, compito di tutti coloro che vi lavorano nei modi e nelle forme proprie.

Fare bene il proprio lavoro, qualunque esso sia, è un primo importante passo; ma nel fare bene il proprio lavoro in questo campo sono compresi tanti altri elementi che concorrono al ‘bene’ della persona: la competenza professionale, l’onestà, l’atteg-

giamento accogliente verso chi soffre, il non creare difficoltà al lavoro degli altri, relazioni ricche di umanità con chi soffre. Questo è per tutti: ciascuno lo declinerà nel compito che gli è affidato. Il compito è sempre la cura dell’uomo; la missione è la stessa per tutti, con la stessa dignità professionale e per tutti con eguale impegno e profondo senso del dovere”.

Sono in corso, a livello nazionale e a quello regionale anche lombardo, cambiamenti radicali in sanità, rappresentati dal “federalismo solidale”; dalla “devolution”, cioè dalla responsabilizzazione completa delle Regioni verso l’organizzazione e la gestione dei servizi sanitari; dalla trasformazione delle aziende ospedaliere in soggetti di diritto privato (ad esempio, trasformazione in fondazioni con coinvolgimento pubblico-privato); dalle prestazioni ambulatoriali rese accessibili al cittadino da tutte le strutture sanitarie del territorio accreditate; dalla libera scelta del cittadino della struttura più soddisfacente; dalla prova ‘qualità’ per tutti, soggetti erogatori dei servizi sanitari ed operatori sanitari.

In questo quadro istituzionale ed organizzativo sanitario sempre più “privato”, in cui il “mercato” sembra valere più della “salute”, ma in cui, a detta dei responsabili del nuovo piano socio-sanitario regionale, i costi dovrebbero diminuire, gli sprechi sparire e il paziente star meglio, quale sarà il ruolo del personale sanitario e che cosa si dovrà fare per motivarlo maggiormente?

Ascoltiamo ancora il cardinale Martini: “Il processo di umanizzazione dell’ospedale e della realtà sanitaria nel suo insieme è strettamente collegato a una formazione specifica e permanente dei diversi operatori sanitari, chiamati a considerare e a trattare il paziente ‘come persona’ più e prima che come ‘malato’.

In questo senso, l’intera formazione è chiamata a promuovere in ogni operatore sanitario una più responsabile ‘competenza’, una maggiore ‘qualificazione professionale’ e una ‘coscienza matura’, così che la professione sanitaria possa essere vissuta come ‘servizio’ alla persona umana e alla sua vita... ritrovando la radice e il gusto dell’etica professionale.

A tale scopo, è necessario, anzitutto, interrogarsi sul senso della medicina. Formare a una matura coscienza professionale vuol dire educare a interrogarsi sulle ‘questioni di senso’, che riguardano la

vita, la morte e il dolore, la malattia e i suoi bisogni, la salute e il benessere, la felicità e il bene”.

Per motivare il personale sanitario occorre dunque formarlo “ad una matura coscienza professionale, educarlo a interrogarsi sulle questioni di senso”, ma, a nostro avviso, questo aspetto, pur pregiudiziale, da solo non basta.

Entrando allora nel merito della “motivazione” del personale, alla luce anche della normativa contenuta nel vigente contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto del personale del Servizio sanitario nazionale (1998-2001), ci sembra che una formazione specifica e permanente possa e debba essere accompagnata dall’organizzazione del lavoro e da incentivazioni economiche del personale, specie di quello addetto all’assistenza diretta, allo scopo di motivare di più il personale stesso e quindi rendere più umano l’ospedale e ogni luogo di cura.

Un’organizzazione del lavoro, adeguata alle prestazioni sanitarie assistenziali, deve tener conto prima di tutto delle dotazioni organiche di ogni singolo servizio, dei carichi di lavoro di ogni operatore professionale e quindi della produttività, della qualità del singolo servizio. Non si forniscono prestazioni sanitarie di “qualità” senza “quantità”, cioè senza organici “adeguati”.

Sul problema degli organici occorre evitare, allora, la negativa prassi che alcune aziende ospedaliere pubbliche hanno mutuato da quelle private, cioè di contenere i costi di gestione, speculando soprattutto sull’effettiva presenza del personale nei vari servizi. Occorre non dimenticare mai che un reparto di degenza, una sala operatoria, una sala parto, un ambulatorio, ecc. non sono catene di montaggio industriali, che imbottigliano medicinali liquidi o inscatolano farmaci, ma servizi resi sempre ad un paziente, che proprio perché persona ha diritto ad un’assistenza “personalizzata”, ad un trattamento fatto di cortesia e di rispetto, tutte prestazioni che richiedono, appunto, un personale competente, qualificato, formato, motivato, disponibile, attento, pronto ad ascoltare, dedito con scienza, coscienza ed esperienza ad una “professione” che è, nel contempo, un “servizio”, una “missione”.

È necessario ancora tener presente che certe professioni sanitarie (si pensi, ad esempio, all’infermiere professionale, all’ostetrica, ecc.) devono essere

maggiormente valorizzate sotto il profilo economico, anche per orientare ad esse il mercato giovanile del lavoro con una motivata scelta di queste impegnative professioni sanitarie, non certo per monetizzare le prestazioni sanitarie, ma per dare a questo personale, in possesso del diploma di laurea e di un’elevata qualificazione professionale, un trattamento economico incentivante, che contribuisca ad una maggior soddisfazione umana del personale interessato, con l’ovvia conseguenza che anche le prestazioni saranno di miglior qualità.

## Conclusione

Stavamo chiudendo questa disamina quando è comparso sul “Corriere della Sera” del 14.12.2001 un articolo del ministro della Sanità prof. Girolamo Sirchia dal titolo “La sanità che vorrei” equa, senza sprechi e uniforme in tutto il Paese.

In sintesi, la proposta del ministro si articola in cinque “*richieste*” dei cittadini e in cinque sue “*proposte*”, che si possono così compendiare:

### *richieste*

1. la prima richiesta dei cittadini riguarda la possibilità, ma soprattutto la certezza, di poter accedere senza ritardi o impedimenti e senza raccomandazioni alle prestazioni di cui necessitano;
2. la seconda è di sentirsi trattati come persone, con cortesia e rispetto;
3. la terza consiste in prestazioni di qualità fornite dal Servizio sanitario;
4. la quarta che gli interventi siano gratuiti o comunque abbiano una minima onerosità;
5. la quinta è di avere risposte chiare sui problemi di salute e l’assicurazione che il personale sanitario sia costantemente aggiornato;

### *proposte*

1. sia chiaro: nessuno ha intenzione di smantellare la sanità pubblica a beneficio del privato, ma è indispensabile utilizzare alcuni strumenti del privato per migliorare il pubblico; i nostri ospedali pubblici piano piano perdono terreno e costano troppo, per cui il rischio è che ad un certo punto si possa decidere di liberarcene; il personale è poco motivato e, al contempo, troppo “tutelato” nei suoi diritti; il sistema degli acquisti è sbagliato: qui costa tutto di più;
2. il privato non ha bisogno di nessuno e può spiazzare il pubblico; quindi la sanità pubblica ha biso-

gno di essere difesa; alcuni aspetti del sistema sono inadeguati ed altri, addirittura, iniqui; basti pensare, per fare solo un esempio, che i ricoveri “inutili” comportano una spesa di almeno 5.000 miliardi l’anno; che dei 130 grandi ospedali metropolitani italiani, solo una trentina presentano un bilancio in pareggio o in avanzo positivo (mentre i restanti hanno disavanzi che oscillano tra i 10 e 500 miliardi l’anno);

3. per promuovere il rilancio della sanità l’impegno finanziario del governo sarà imponente: l’ammontare del fondo sanitario distribuito alle Regioni passa da 131.000 miliardi nel 2000 a 138.000 nel 2001, a 146.000 nel 2002, a 152.000 nel 2003 e a 157.000 nel 2004;

4. la forte spinta verso la devoluzione tende a responsabilizzare le Regioni verso l’organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, ma lascia allo Stato un importante compito che è quello di diventare garante verso i cittadini dell’equità del Servizio sanitario nazionale e della sua uniformità, identificando tutte le vecchie e nuove diseguglianze e inconsistenze e tentandone la correzione, anche sostenendo le Regioni in difficoltà, e in modo da evitare differenze tra Regione e Regione per l’esistenza di prestazioni diverse a seconda del luogo dove queste vengono erogate;

5. una visione più equa dei sistemi sanitari, lotta agli sprechi, un decentramento spiccato dei poteri alle Regioni, ma nella logica di un “federalismo solidale” e dell’accettazione di regole comuni, finalizzando il tutto ad offrire ai cittadini servizi più moderni, più distribuiti ed uniformi.

Gli aspetti qualificanti della riforma sanitaria “Sirchia” in cantiere, si possono così riassumere:

1. decentramento delle funzioni ed incremento del finanziamento della sanità con maggiori disponibilità economiche per le Regioni, responsabili dell’organizzazione e della gestione dei servizi sanitari;

2. equità dei servizi e lotta agli sprechi;

3. prestazioni sanitarie sollecite, di qualità, gratuite o con minima onerosità per gli utenti;

4. utilizzazione di alcuni strumenti del privato per migliorare il pubblico;

5. offerta ai cittadini di servizi più moderni, più distribuiti ed uniformi.

Le auguriamo, signor ministro, buon lavoro per una sanità migliore.

### Del beneficiare

È una parola molesta e gravosa, da pronunciare con il volto basso, «chiedo». Di essa si deve fare grazia all’amico e a chiunque tu voglia farti amico con dei meriti: benché cerchi di affrettarsi, tardi dà un beneficio colui che lo dà a chi ne ha fatto richiesta. Perciò bisogna indovinare la volontà d’ognuno e, una volta che la si è afferrata, liberarla dalla durissima necessità di chiedere; gradito vivrà nell’animo il beneficio venuto incontro. Se non si riesce a prevenire, tagliamo corto alle parole di chi ci prega; per non sembrare d’essere pregati, ma solo informati, promettiamo subito e dimostriamo con la nostra premura che l’avremmo fatto, anche prima d’essere richiesti. Con gli ammalati un alimento dato al momento giusto può esser causa di guarigione, e dell’acqua data senza ritardo ha il valore d’una medicina: così, per quanto da poco e normale sia un beneficio, se è tempestivo, se non perde nemmeno un’ora, acquista gran pregio e supera la gratitudine per un dono prezioso, ma tardivo e a lungo ponderato. Chi agisce con tanta sollecitudine, non c’è dubbio che agisca volentieri: agisce con letizia e manifesta nel volto la letizia del suo animo.

Benefici grandi di certa gente li ha rovinati il silenzio o un indugio a parlare, che dava l’idea di cipiglio e malumore, dato che si prometteva col volto di chi rifiuta: quanto meglio aggiungere buone parole a buone azioni e con un discorsetto umano e benevolo dar valore a ciò che si assicura! Perché l’altro si corregga per aver esitato a chiedere, s’aggiunga pure un rimprovero amichevole: «Ce l’ho con te perché, mentre avevi bisogno di qualche cosa, non hai voluto che io lo sapessi a suo tempo; perché me l’hai chiesto con tanti riguardi; perché hai messo di mezzo altri. Da parte mia mi rallegro perché ho avuto il piacere di provare il mio affetto; in futuro, è tuo pieno diritto farti dare quanto ti occorrerà: solo per questa volta perdono alla tua ritrosia». Otterrai così che faccia più conto del tuo animo che di ciò, per quanto valga, che era venuto a chiederti.

LUCIO ANNEO SENECA  
(da *Lettere a Lucilio*)

*Il prof. Marco Vitale, già commissario straordinario del nostro Ospedale, ci ha regalato il testo di un suo intervento di taglio economico nel quale, congiungendo etica ed economia, si rivolge a “una società che abbia fra i suoi obiettivi quello di diventare più civile, più democratica, più umana. E, quindi, anche più sicura”.*

## *Microcredito oggi\**

### *Riflessioni su antiche e recenti esperienze*

MARCO VITALE

Sul resoconto dell'Assemblea Generale dei Soci tenutasi il 13 febbraio 1881 (anno XV) della Banca Popolare di Milano, leggo il seguente paragrafo:

“Prestiti sull'onore.

Anche i prestiti sull'onore aumentarono di numero e di importo. Le domande sottoposte all'esame del benemerito Comitato, che fu per noi guida in questa operazione salirono a 167, e di queste soltanto 26 vennero respinte: la somma sovvenuta ascese a lire 18.602, la media di ogni prestito L. 131,92 ed al chiudersi dell'esercizio rimanevano aperte N. 118 partite per un complessivo importo di L. 131.100,58. Possiamo assicurare che, nel concedere questi prestiti, la Banca non solo ha contribuito a sollevare vere sventure, ma ha eziandio efficacemente cooperato a fornire i mezzi per alimentare piccole industrie. E gli attestati di gratitudine che continuamente ci vengono espressi sono equo compenso ai sacrifici, che pur bisogna esser disposti ad incontrare in questa specie di operazioni che, associando in un comune intento affare e beneficenza, rappresentano la forma più eletta del credito che può essere concesso da una Banca Popolare”.

Per avere una misura dell'attività in questione, le 18.602 Lire dedicate alla stessa possono essere raffrontate ai prestiti e sconti ordinari concessi dalla Banca in quell'anno che ammontavano a L. 2.995.711 (una percentuale dunque non piccola). Situazioni simili troveremmo certamente se ci addentrassimo nei documenti di tante nostre Banche Popolari, Casse Rurali, Casse Mutue che prese-

\* *Le esperienze di microcredito in Italia* – Torino, 30 ottobre 2001. Intervento alla giornata di studio sul tema: “Le esperienze di microcredito in Italia”, promossa dalla Fondazione Risorsa Donna e finanziata dalla Compagnia di San Paolo.

ro vita nella seconda metà dell'800, arricchendo ed umanizzando il quadro delle nostre attività creditizie, iniziando a dare corso al principio fondamentale che il credito, in un'economia libera e decentrata, non è un privilegio ma un diritto fondamentale. Un diritto che compete anche ai poveri. Giannini, il fondatore della Bank of America, quando con la sua banchetta incominciò a fare miniprestiti agli emigranti italiani, non garantiti se non dalla loro capacità di lavoro, determinazione e bisogno di riuscire nella dura società americana che li aveva accolti ma senza sconti, realizzando con questi miniprestiti non garantiti anche il primo importante sviluppo della sua banchetta, non pensava, probabilmente, al principio del credito come diritto. Ma aveva imprenditorialmente intuito che quei prestiti potevano essere fattore di sviluppo, emancipazione, riscatto, essere creatori di produttività, di nuove attività, di ricchezza e, quindi, essere economicamente vantaggiosi anche per la Banca che, svolgendo questa attività che le altre banche rifiutavano, poteva trovare, come trovò, una speciale area di sviluppo.

E qui siamo ad un punto chiave: il microcredito, per essere tale e non confondersi con altre forme assistenziali, deve avere per obiettivo e risultato la creazione di valore, la trasformazione di lavoro potenziale in lavoro effettivo, la possibilità di rimborso grazie ai frutti che esso genera, affinché altri possano fruire dello stesso capitale, la cui fecondità ripetuta è proprio funzione diretta della velocità di rotazione e della affidabilità di rimborso.

Di questo ho trovato conferma sul campo, collaborando con il Grameen Trust del prof. Yunus nella gestione del fondo per il Microcredito in Kosovo, frutto della collaborazione tra Grameen Trust e

Missione Arcobaleno Gestione Fondi Privati. Programmato per un periodo di 3 anni questo fondo fu accompagnato da molto scetticismo e diffidenza. Autorevoli quotidiani ospitarono prese di posizione di alti funzionari di enti internazionali (i nababbi della povertà) i quali, pur nel linguaggio diplomatico che li contraddistingue, predissero, in sostanza, che l'operazione sarebbe fallita (il Kosovo non è il Bangladesh! Una situazione post bellica è diversa da una miseria strutturale etc. etc.). Per fortuna l'operazione trovò invece il pieno appoggio di Kouchner, il Governatore del Kosovo per conto dell'ONU e, dopo due anni (sui tre del piano) possiamo dire che essa è uno straordinario successo e che ha fatto e sta facendo tanto bene a tante persone. Naturalmente hanno giocato qui un ruolo essenziale i metodi messi a punto dall'organizzazione del prof. Yunus, e la straordinaria dedizione del suo staff (vi basti dire che, in due anni, il direttore dell'operazione, che è una donna formidabile e madre di famiglia, è ritornata in patria una sola volta). Contrariamente a quello che molti dicevano, i principi ed i metodi del prof. Yunus hanno, dunque, trovato positivo riscontro anche in un paese europeo e sono stati di grande utilità, soprattutto per le donne vedove di guerra, che nel microcredito hanno trovato la leva essenziale per avviare piccole attività commerciali o di servizi, ma anche compagnia, rispetto, dignità che le hanno aiutate a riprendere il loro cammino umano.

Ma anche in Italia abbiamo un'esperienza assai positiva, sia pure in forma diversa, di microcredito su grande scala. Credo si tratti della maggiore esperienza europea nel campo. Mi riferisco al progetto prestito d'onore gestito dalla Società per l'Imprenditoria Giovanile (oggi sciaguratamente inclusa in Sviluppo Italia). Questo intervento, finalizzato allo sviluppo di attività personali giovanili ha attivato, in pochi anni, 115.000 domande delle quali 24.000 hanno dato origine a nuove attività con grande diffusione sul territorio meridionale. Il 30% delle attività avviate rappresentano emersione di precedenti attività in nero, il 70% sono nuove attività. Ogni attività dà lavoro a 1,26 addetti. Il tasso di sopravvivenza dopo due anni è in corso di analisi, ma è stimato, in base a sviluppi parziali, intorno al 75%. Dopo 26 mesi il costo dello Stato è già recuperato

attraverso le imposte applicabili alle attività. A conferma delle esperienze del prof. Yunus il tasso di morosità è molto basso, inferiore a quello della legge per l'imprenditoria giovanile. Altra analogia: la percentuale di donne è alta (intorno al 40% ed in crescita).

Questo progetto di prestito d'onore non rientra pienamente nel microcredito, perché prevede sia la concessione di un contributo a fondo perduto che un finanziamento, ma l'esperienza dimostra che potrebbe funzionare benissimo e forse meglio senza contributo, come puro finanziamento. In questo senso è l'indirizzo fornito al Governo dalla direzione della società. Il prestito d'onore (verso il quale è corretto che confessi che, inizialmente, ero molto diffidente se non contrario) si è dimostrato un grande successo e non esiste in Europa un altro paese che abbia accumulato, insieme all'attività per lo sviluppo delle imprese giovanili, un know-how così prezioso. È un grande peccato che dei politici sciagurati abbiano fatto, qualche anno fa, un grande pasticcio quando nacque Sviluppo Italia, mentre non so se i nuovi politici si stanno orientando in modo più corretto e cioè con soluzioni che non umilino e disperdano questa grande esperienza. Siamo così, alla base di esperienze concrete anche attuali, giunti al punto in cui si possono trarre le seguenti conclusioni:

1. Il microcredito è uno strumento essenziale per realizzare il principio che il credito è un diritto, un diritto fondamentale di tutti coloro che appartengono ad una libera comunità.
2. La caratteristica del microcredito, rispetto alle forme assistenziali, è che deve servire a sviluppare attività produttive che, altrimenti, non sorgerebbero o non si svilupperebbero. Non è dunque concesso per assistere i bisognosi (questa, per altri versi, importante funzione deve essere assolta da altri enti, con altri fondi, con altre modalità) ma per aiutare le persone che possono e vogliono diventare autosufficienti. Deve essere dunque rimborsabile per dar vita ad un fondo di rotazione.
3. Come attività creditizia deve essere svolta da organismi professionali con metodi professionali, anzi esso richiede una professionalità più elevata e complessa della normale attività creditizia.
4. Come attività specializzata deve essere svolta da

enti specializzati, particolarmente finalizzati e motivati, con strutture di costi molto leggere. Per questi motivi non può, di fatto, per molte ragioni pratiche, essere esercitata dai normali enti di credito, che possono invece contribuire alla nascita di questi enti specializzati o contribuire alla loro attività affidando loro dei fondi finalizzati da gestire con le tecniche ed i costi leggeri propri del microcredito.

5. Il problema essenziale, accanto a quello della professionalità specifica, è quello del “funding”. Qui è necessario essere molto onesti. Il microcredito non può finanziarsi con i depositi normali dei risparmiatori (se non in misura modesta) né sul mercato interbancario e finanziario in generale. Per questo deve poter contare su un funding pubblico, o su fondi assegnati in gestione da grandi enti bancari, da fondazioni cittadine, da alti enti o fondi pubblici e privati. Anche il prof. Yunus ed il suo staff non avrebbero potuto svolgere il prezioso compito che stanno svolgendo in Kosovo senza i fondi raccolti dai cittadini italiani per Missione Arcobaleno Gestione Fondi Privati e senza la mia decisione di affidare a loro una parte di questi fondi per l’attività del microcredito. Il punto centrale è che una volta creato il fondo questo si autoalimenta, con il meccanismo della rotazione e quindi moltiplica, tendenzialmente per sempre, la sua fertilità.

6. Esistono spazi per il microcredito in un’economia che si considera evoluta come quella italiana? Esistono e sono grandi e importanti. Ciò è dimostrato da un lato dall’esperienza del prestito d’onore, dall’altro dalle statistiche sull’usura, dall’altro ancora dal modo d’operare e dai costi dei grandi istituti di credito. Il numero dei cittadini italiani e dei residenti italiani che sono privi del diritto primario dell’accesso al credito resta elevatissimo. Penso a tanti giovani del Sud; penso a tanti immigrati che nelle grandi città sono portatori di energie imprenditoriali potenziali (come gli immigrati italiani in America all’inizio del secolo); penso alle nostre tristi e squallide periferie.

Certo il microcredito non può risolvere da solo tanti problemi e tanti squilibri. Ma esso può svolgere un suo limitato ma prezioso compito, in una società che abbia tra i suoi obiettivi quello di diventare più civile, più democratica, più umana. E, quindi, anche più sicura.



... pensierosa la bimba?

# La depressione infantile

ADRIANA GUARESCHI CAZZULLO

Uno dei più convalidati dati epidemiologici concernenti la psicopatologia infantile riguarda il disturbo depressivo. La depressione costituisce attualmente la più diffusa psicopatologia della età evolutiva in progressione di frequenza ed è destinata a divenire nel prossimo decennio il secondo problema di salute infantile a livello mondiale.

## Cenni storici

L'individuazione di situazioni depressive nell'infanzia è iniziata solo nei primi decenni di questo secolo, ma era limitata a rari quadri di *psicosi in età puberale e adolescenziale* assimilabili alle altre forme depressive o maniaco-depressive degli adulti<sup>(1)</sup>.

Molta strada è stata fatta nel riconoscere l'insorgenza precoce dei disturbi affettivi da 30 anni fa, quando la teoria prevalente a quell'epoca riteneva che l'immaturità del super-IO del bambino impedisse lo sviluppo della depressione. Già allora tuttavia l'attenzione alle manifestazioni precoci della depressione nei bambini era stata richiamata da Melania Klein che nel 1927<sup>(2)</sup> riferì della esistenza della depressione in bambini di 3-4 anni. La loro osservazione, protratta nel tempo, portò l'autrice a formulare una importante concezione teorica sulla "*posizione depressiva*" nello sviluppo affettivo.

I lavori clinici sulla depressione infantile rimangono isolati nel volgere degli anni successivi e riprendono la loro comparsa nel 1945 dopo le osservazioni di Spitz<sup>(3)</sup> sulla "*depressione anaclitica*" che può comparire già dopo i primi sei mesi di vita come reazione a una prolungata separazione dalla madre.

Negli anni successivi il carattere prevalentemente clinico descrittivo di alcune casistiche da un lato, o quello più approfondito nell'interpretazione psicodinamica, ma limitato a pochi casi, dall'altro, porta ad evidenziare sintomi così aspecifici e generici, come la perdita di appetito, disturbi del sonno o irritabilità, da essere sottovalutati dai genitori e

anche dai pediatri. Su questa base per molti anni si sono mantenute dizioni diverse come "*equivalenti depressivi*"<sup>(4)</sup> o "*depressione mascherata*" che hanno inciso poco sul progresso delle ricerche in questo campo.

Negli ultimi 20 anni vi è stato un sostanziale cambiamento del concetto di disturbo dell'umore nei soggetti giovani e i criteri diagnostici si sono in larga misura avvicinati a quelli utilizzati dalla psichiatria degli adulti mantenendo tuttavia delle differenze fondamentali impresse dai criteri di sviluppo (vedi tab. 1).

Le caratteristiche del disturbo in rapporto all'età si sono andate chiarendo sempre più grazie a studi longitudinali che segnalano da un lato *la variabilità dei sintomi nel corso dello sviluppo*<sup>(5,6)</sup> e dall'altro sottolineano *l'alto rischio della continuità tra depressione infantile e adolescenziale verso la*

Tabella 1: Sintomatologia prevalente secondo l'età

|  |
|--|
| <b>Depressione nel bambino piccolo (18-36 mesi)</b><br>Sintomi somatici<br>(anoressia, turbe del sonno, episodi diarroici, eczema)<br>Ritardo psicomotorio<br>Incapacità di rispondere alle interazioni sociali<br>Socievolezza indiscriminata<br>(= depressione anaclitica, ospitalismo)  |
| <b>Depressione nell'infanzia (dai 3 ai 12-13 anni)</b><br>Forme polisintomatiche in cui sono commisti sintomi di depressione e di ansia<br>Forme monosintomatiche in cui dominano sintomi depressivi soggettivi e comportamentali<br>(per esempio pseudoinsufficienza mentale)   |
| <b>Depressione in adolescenza</b><br>Da sintomi soggettivi, quali il dolore morale o l'abbassamento della stima di sé, a sintomi obiettivi, quali difficoltà sociali, scolastiche, anergia e ipoattività.<br>Aggregazione di sintomi diversi<br>(comportamento antisociale, fobia della scuola, ecc.)<br>Sintomi avvicinabili alla depressione maggiore dell'adulto con periodicità atipica ed elementi propri dell'età infantile. |

*depressione maggiore (DDM) o il disturbo bipolare (DB) in età adulta*<sup>(7,8)</sup>.

### Aspetti clinici

La definizione tra gli estremi di un comportamento normale e patologico è un dilemma che occupa tutta la psichiatria. Nel bambino il riconoscimento dei confini è più problematico a causa dei mutamenti cognitivi e fisici che accompagnano la crescita. Nell'adolescente poi, che tende a percepire il mondo in modo molto profondo, marcati sbalzi d'umore sono particolarmente comuni. Per quanto sia ormai documentata l'influenza dello sviluppo sull'espressione fenomenologica della depressione attraverso l'infanzia (tab. 2)<sup>(9,10)</sup>, *il quadro clinico così frequentemente atipico, il suo decorso fluttuante*, gli alti livelli di irritabilità, l'aggressività, l'atteggiamento oppositivo o evitante, l'ansia, le difficoltà scolastiche e comportamentali complicano notevolmente l'identificazione della malattia depressiva nei bambini e negli adolescenti. La nostra esperienza nel vasto ambito clinico della psicopatologia dell'età evolutiva *ci ha portato a riconoscere nella depressione un nodo cruciale di precoce disorganizzazione delle funzioni in via di sviluppo* che si può esprimere alle varie età in rapporto alla vulnerabilità individuale. Si è aperto così alla ricerca un vasto capitolo di patologia in età prescolare, che si presta a una difficile diagnosi differenziale con altre patologie molto precoci, come quelle dello spettro autistico, e in età scolare con i disturbi dell'apprendimento, il ritardo mentale e la sindrome da deficit di attenzione/ipercattività.

Tanto più i soggetti sono giovani tanto più hanno difficoltà a descrivere il loro stato d'animo e spesso confondono le emozioni tra loro, come rabbia e tristezza, e tentano di comunicare il loro disagio attraverso comportamenti anormali. Non è infrequente nella pratica clinica trovare giovani che manifestano profondi sentimenti di depressione non riconosciuti né dai genitori, né da altri informatori quali, ad esempio, gli insegnanti. Nonostante, quindi, si possano raccogliere nei soggetti giovani notizie da diversi ambienti di vita, una chiarificazione diagnostica si raggiunge solo in una relazione diretta con il bambino o con l'adolescente secondo le modalità più facilitanti in rapporto all'età (gioco, disegno, colloquio, ecc.) mentre l'utilizzo di questionari o di

interviste standardizzate lascia ancora incertezze sulla loro validità.

Una delle scoperte più consistenti della ricerca clinica degli ultimi anni riguarda l'associazione del disturbo depressivo con un'altra diagnosi psichiatrica, condizione che risulta molto frequente (dal 40 al 70%) anche in età evolutiva e rende in parte ragione della variabilità del quadro clinico. Le diagnosi più frequenti di *comorbidità* sono i disturbi d'ansia (circa la metà dei bambini con fobia della scuola sembra avere una concomitante depressione maggiore), i disturbi da comportamento dirompente e l'abuso di sostanze. Tuttavia i disturbi della condotta possono svilupparsi come complicanze della depressione e persistere anche dopo la remissione della depressione. Negli adolescenti più frequente è l'associazione con disturbi della personalità, in particolare il disturbo borderline di personalità.

Va inoltre ricordato che *gli aspetti maniacali del*

**Tabella 2: Confronto sintomatologico tra depressione nel bambino e nell'adulto**

#### **Sintomi che si presentano come una difesa contro la posizione depressiva**

Comportamenti turbolenti, instabilità sia motoria che psichica (difese maniacali come per negare o per vincere ogni aspetto depressivo)  
Condotte di opposizione, collera, rabbia, manifestazioni aggressive (crisi clastiche, violenza con i coetanei)  
Turbe del comportamento (furti, fughe, condotte delinquenti)  
Condotte di protesta o di rivendicazione di fronte allo stato di sofferenza

#### **Sintomi direttamente collegati alla malattia depressiva (simili a quelli dell'adulto)**

Intensa prostrazione, ritiro, isolamento, inibizione motoria, difficoltà a giocare, aspetto triste, pianti, noia, indifferenza.  
Svalorizzazione di sé:  
"non so", "non sono capace", "non posso"  
Difficoltà di concentrazione e di memorizzazione

#### **Sintomi collegati all'affetto depressivo (sono i più frequenti e si allontanano dalla semiologia dell'adulto)**

Docilità eccessiva, passività, sottomissione all'adulto  
Insuccesso scolastico  
Condotte fobiche  
Aspetto trasandato, sciatto  
Infortuni ripetuti, punizioni frequenti, attitudini pericolose, condotte autoaggressive (prove dirette di un sentimento di colpa o di un bisogno di punizione)

*disordine affettivo* sono stati molto poco indagati e tuttora poco riconosciuti e curati nell'infanzia e nell'adolescenza.

### **Fattori eziopatogenetici**

Le molteplici problematiche emerse nella formulazione di diagnosi clinica della depressione infantile hanno condotto ad un grande interesse per l'utilizzo di misure psicobiologiche, come markers di un disturbo depressivo. Il test più noto è attualmente il test di soppressione al desametonazione (DST) anche da noi sperimentato<sup>(11)</sup> che purtroppo non è sufficientemente specifico per essere di grande valore per la definizione della diagnosi.

D'altro canto in coerenza con il profilo clinico "atipico" della depressione infantile vi sono importanti dissimilarità tra bambino e adulto anche per quanto riguarda la loro eterogeneità biologica, tanto che i farmaci triciclici non sono così efficaci come nell'adulto.

L'eziologia dei disturbi depressivi nei bambini e negli adolescenti è *multifattoriale* e include sia fattori genetici che ambientali.

Studi longitudinali (Nixon, 1999)<sup>(12)</sup> evidenziano *la vulnerabilità genetica* che nei figli di genitori depressi si esprime anticipando l'età di comparsa del disturbo, facilitandone l'esordio acuto e prolungando la durata degli episodi di Depressione Maggiore.

Al di là della vulnerabilità genetica *fattori psicosociali stressanti tipici della nostra epoca* (scarse prospettive per il futuro, abbassata motivazione alle relazioni interpersonali) creano un background interazionale insufficiente alla auto ed etero regolazione del bambino. Inoltre i fattori di stress improntano la *neurobiologia del sistema nervoso* e lo sviluppo corretto della *modulazione dei mediatori*. Tuttavia di questi aspetti conosciamo ancora troppo poco nel processo fisiologico dello sviluppo per cui ricorriamo ancora ai modelli dell'adulto, ovviamente con scarsi risultati. I modelli attuali di depressione dei giovani enfatizzano *l'importanza di influenze bidirezionali*: per esempio sintomi associati come l'irritabilità o l'opposizione possono essere causa e contemporaneamente conseguenza di difficoltà familiari o nella scuola e tra coetanei. È possibile cioè che si creino cicli negativi di interazione per cui la depressione provoca problemi negli ambienti di vita del bambino, che, a loro volta, portano a un peggioramento della depressione stessa.

La strategia dell'intervento terapeutico risente dei problemi tuttora aperti che riguardano la valutazione diagnostica e i meccanismi patogenetici, così che anche l'intervento proposto a componenti multiple è consistente con i modelli eziopatogenetici correnti.

La funzione terapeutica prevede un intervento sul fattore rischio a livello del bambino (povero outcome sociale, malattia depressiva dell'adolescente e dell'adulto) e uno a livello del genitore (povero parenting).

Molti interventi psicosociali individuali e di gruppo sono stati utilizzati, tra questi quelli più consolidati sono la *Terapia Cognitivo Comportamentale* (CBT) e la *Psicoterapia Interpersonale* (IPT). Per quanto abbia dei limiti (risulta meno efficace nei casi gravi, in molti centri non è disponibile un training formativo per i bambini) la CBT è un trattamento altamente promettente e sufficientemente documentato nella sua efficacia, mentre la IPT, per quanto altrettanto promettente nella depressione degli adolescenti, è meno documentata nella sua applicazione ai depressi più giovani. Entrambe possono essere utilizzate nel trattamento sia dei figli, che dei genitori, che della coppia madre-bambino, secondo le esigenze. Nel bambino in età prescolare o scolare è indispensabile anche un *trattamento compensatorio psicopedagogico prescolastico e scolastico sulle quattro aree dell'apprendimento* (conoscenza, skill, attitudini, competenza sociale) proprio per far fronte all'ineluttabile coinvolgimento delle diverse funzioni ad opera della invasività della depressione sul processo di sviluppo.

*Il trattamento farmacologico* è indispensabile in relazione alla gravità, alla durata della sintomatologia e alla vulnerabilità genetica. L'evidenza clinica ed i dati della letteratura non depongono a favore dell'efficacia degli antidepressivi triciclici (TCA), mentre sono attualmente presi in maggior considerazione gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI), anche perché rispetto ai triciclici è molto minore il loro potenziale di tossicità. Un confronto tra efficacia del farmaco rispetto alla psicoterapia individuale, da noi iniziato da qualche anno, ma non ancora concluso, ci porta a ritenere che entrambi i trattamenti risultano efficaci, ma agiscono su aree differenti: cioè la IPT porta a un graduale



Hanno donato al reparto pediatrico una grande gabbia con splendidi uccelli. I bimbi vi accorrono incantati. Ma, chi è il prigioniero? (foto V. Bienati)

miglioramento dei sintomi soggettivi, mentre il farmaco ha un'azione più rapida e agisce sui sintomi comportamentali.

In sintesi una cauta lettura dei dati disponibili suggerisce che la depressione infantile possiede un percorso finale comune, con varie possibili eziologie: una può essere la depressione biologica o la vulnerabilità genetica. Ma sempre più bambini diventano clinicamente depressi a causa delle circostanze della vita quotidiana. Quando ricorre il paradigma ambientale sono necessari interventi adeguati a livello sociale e familiare affinché venga loro assicurata una vita decorosa ed un valido supporto emotivo. D'altro canto i meccanismi psicologici e biologici che legano e possono incrementare i fattori di rischio rimangono a tutt'oggi scarsamente compresi e sono ambiti privilegiati tuttora aperti alla ricerca.

Considerando che la depressione è un fattore maggiore di rischio e che il suicidio è una causa primaria di mortalità tra i più giovani e che altri disturbi psichiatrici correlati alla depressione sono in aumento, come la dipendenza da alcool, l'abuso di droghe, la delinquenza e l'obesità, la mancata diagnosi di depressione può avere conseguenze disastrose.

La crescente consapevolezza che i disturbi depressivi nell'infanzia possono essere riconosciuti più frequentemente che in passato, comporta importanti implicazioni sia per la prevenzione che per la predisposizione dei servizi assistenziali<sup>(13)</sup>.

La ricerca sulla prevenzione e sul trattamento della psicopatologia infantile è ancora molto carente; i programmi effettivi di prevenzione tendono a non essere mantenuti, inoltre anche programmi efficaci non hanno tuttora un'ampia disseminazione.

A questa esplosione di interesse per la depressione infantile a livello internazionale, che può avere importanti ricadute sulla qualità dell'assistenza psichiatrica all'infanzia e sulla prevenzione della depressione nell'adulto, corrispondono anche gli sforzi della Regione Lombardia che nel suo Piano Sanitario 2002-2004 vuole individuare linee di ricerca applicata ad ambiti clinici di cui sia riconosciuta la priorità, evidenziata a livello comunitario ed internazionale, puntando sullo sviluppo delle risorse umane già esperte nei campi specifici.

## Bibliografia

- 1 - Kraepelin E.: *Manic-depressive Insanit and Paranoia*, Robertson Ed. W.W. Chicago, 1921
- 2 - Klein M.: *Symposium on Child Analysis (1927)*, Contributions to Psychoanalysis, Hogarth, London, 1948
- 3 - Spitz R.A.: *Hospitalism: an inquiry into the genesis of Psychiatric Conditions in early Childhood* Int. Univ. Press, New York, 1945
- 4 - Sperling M.: *Equivalents of depression in children* J. Hill-side Hosp., 8:138, 1959
- 5 - Puig-Antich J.: *Affective disorder in children and adolescents: diagnosis, validity and psychobiology*. In Meltzer H.Y. (ed.): "Psychopharmacology: the third generation of progress". Raven Press, New York, 1987, pp. 843-859
- 6 - Kolvin I., Barrett M.L., Bhate S.R., Berney T.P., et al.: *"The Newcastle Child Depression Project, Diagnosis and Classification of Depression*. British Journal of Psychiatry. 159 (suppl.11) 9-21, 1991
- 7 - Fombonne E., Wostear G., Cooper et al.: *The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. I. Psychiatric outcomes in childhood*. British Journal of Psychiatry. 179, 210-217, 2001 a
- 8 - Fombonne E., Wostear G., Cooper et al.: *The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. II. Suicidality, criminality, and social disfunction in adulthood*. British Journal of Psychiatry. 179, 218-223, 2001 b
- 9 - Guareschi Cazzullo A., Lenti C., Musetti C.: *La depressione infantile*. Poletto edizioni 1992, pagg 136
- 10 - Guareschi Cazzullo A., Lenti C., Musetti L., Musetti M.C.: *Neurologia e Psichiatria dello Sviluppo*. McGraw-Hill Libri Italia, 1998, pagg. 315
- 11 - Brambilla F., Musetti C., Guareschi Cazzullo A. et al.: *Neuroendocrine investigation in children and adolescent with dysthymic disorders: the DST, TRH and clonidine tests*. Journal of Affective Disorders. 17: 279-284, 1989
- 12 - Nixon M.K.: *Mood Disorder in Children and Adolescents: coming of age*. J. Psychiatry neurosci 24 (3): 207-9, 1999
- 13 - Williams R.: *A cunning plan: the role of research evidence in translating policy into effective child and adolescent mental health services*. - Current Opinion in Psychiatry 13 (4), 361-368, 2000

# “Curare e aver cura” nel primo Ottocento

GIORGIO COSMACINI

«Nel quadro di una possibile teoria delle cure, storicamente fondata, antropologi e sociologi concordano nell'attribuire alla famiglia una funzione “curativa” molto importante. Tanto più importante appare, in quest'ottica, la figura del “medico di famiglia” o di chi, prima di lui, si è assunto la funzione del “curare e aver cura”. Tale funzione, che nel corso del Novecento è stata progressivamente assunta dalla società in una sempre più spinta organizzazione e gestione dei bisogni esistenziali, nell'arco dell'Ottocento si è svolta in gran parte nell'ambito familiare, articolandosi in tutta una serie di pratiche di assistenza ai membri bisognosi».

## Prima del medico

Nelle famiglie componenti la società italiana nell'età della Restaurazione la ricerca di aiuto in caso di malattia assumeva forme molteplici. Questa ricerca si è per lungo tempo rivolta in ogni direzione, prima di fissarsi sul medico. Prima di rivolgersi alla medicina dotta o scientifica, la famiglia di basso ceto, impegnata nella lotta di sempre contro le malattie dei suoi membri, si rivolgeva in prima istanza alla medicina empirica col suo corteggio di ritualità, proprio della cultura folkloristica: una medicina definita «popolare» a somiglianza del ceto sociale che ne costituiva l'utenza. Vediamone la dinamica evolutiva.

In campagna, l'insediamento spesso isolato della famiglia contadina, il suo peculiare mondo culturale, il fatto non secondario che il sistema sanitario della società preindustriale vedeva i medici risiedere prevalentemente in città, fanno sì che ancora nella prima metà dell'Ottocento l'ambito familiare campestre sia meno permeabile ai medici e chirurghi «rurali» che non ai curatori e guaritori, stanziali o girovaghi. Parroci di campagna depositari di qualche nozione medica, empirici depositari di qualche tecnica consolidata, «ciarlatani» itineranti depositari di qualche trovato «magico», «mediconi» o «santoni» residenti depositari di qualche rimedio «miracoloso», santi in funzione di guaritori o guaritori in funzione di santi, tutti

Il presente contributo riprende parzialmente anche il saggio dal titolo “L'igiene e il medico in famiglia”, pubblicato in *La famiglia italiana dall'Ottocento a oggi*, Laterza, Roma-Bari, 1988, pp. 589-627.

rappresentano un'offerta non esigua di risorse tecniche e umane sul mercato della salute.

Tra conoscenze applicate e valori umani si esercita ogni forma di medicina, empirica o scientifica, popolare o dotta. Il *corpus* teorico-pratico di ogni forma di medicina è provvisto di due anime, tecnologica e antropologica, che devono coesistere armonizzate, pena la crisi dell'insieme. Fino almeno a metà Ottocento, ma nel mondo rurale anche oltre, sul versante dell'*antropologia* – cioè del rapporto umano interpersonale – l'intesa tra «curante» e «curato» è, dalle famiglie «del popolo», più facilmente ricercata e trovata con quelle persone «del popolo» che sono per tradizione considerate dispensatrici, o mediatrici, di salute. Queste persone vengono sentite come simili, in forza dell'estrazione sociale e dei modi d'essere – di pensare, di esprimersi e di comportarsi – in comune.

Simmetricamente, sul versante della tecnologia terapeutica, l'intesa è più facile con chi esercita pratiche curative affini alle proprie attività quotidiane, ad esempio con le popolane esercenti il mestiere di «donne delle erbe», le quali hanno percezioni sensoriali – verso odori e sapori – e operano manipolazioni «essenziali» - sulle erbe da cui ricavano le «quintessenze» – che ricalcano i gusti e i gesti delle donne di casa e che vengono a coincidere con le pratiche di cucina. Su entrambi i versanti si realizza pertanto, nell'ambito della medicina popolare, una sorta di *medicina dell'autoconsumo* che si colloca in un intreccio di situazioni – fisiche, psicologiche, culturali, reali – al centro dell'interesse dell'intera famiglia.

«Ciò accade non solo nel nostro contado, ma anche nella nostra città, e spesso alla visita del medico si fa assistere in incognito colui o colei che dovrà sanzionare o meno la prescrizione fatta al malato, secondo le proprie teorie e la propria esperienza». In città, la famiglia appartenente alle classi popolari, per quanto affrancata dall'isolamento culturale e più permeabile all'«incivilimento» offertole dalla medicina dotta, tende tuttavia a permanere anch'essa separata da quest'ultima a causa delle rispettive appartenenze a universi culturali differenti: all'uno di essi appartiene il malato, con la realtà psicosomatica – anima e corpo – della sua patologia, con la problematica personale e ambientale – individuo e famiglia – a essa correlata; all'altro appartiene il medico, coi nomi astrusi della sua nosologia, con le formule sibilline delle sue prescrizioni. Si scrive: «Se il medico avrà usato un linguaggio poco alla portata della intelligenza che si trovava a lui presente, se avrà consigliato medicine sconosciute o si sarà opposto ad una pratica sciocca già iniziata, può essere certo che il suo infermo non sarà trattato secondo le sue prescrizioni ma secondo quelle del così detto *medicone* o della *medicon*» (Z. Zanetti, *La medicina delle nostre donne*, 1892).

La concezione di malattia alla quale si ispirano il «medicone» e «il suo infermo» mette radici nell'esperienza esistenziale, comune a entrambi, di fatti naturali predeterminati, generalmente più grandi di quelli controllabili dall'uomo e comunque incontrollabili senza l'aiuto determinante della stessa natura. I fatti della natura, anche di quella umana, sono più grandi di noi: questo è lo sfondo concettuale di chi si sente totalmente integrato alla natura, piccola parte di essa più che suo signore, necessitato a seguirla anche nel male e quindi ad accettare la malattia come evento ineludibile e «connaturato». La malattia viene accettata così; e la salute viene recuperata, quando ciò sia possibile, seguendo le forze che la natura, altrettanto materna che matrigna, mette a disposizione del malato direttamente o per il tramite di chi lo cura.

«Le malattie non chiedono permesso». «Il male, uno se lo tiene». «I malanni, non si può regalarli». Nell'universo folklorico della malattia non viene dato spazio a iniziative od opzioni. La Malattia è parte – minima, se lieve, massima, se mortale – del destino naturale di ogni uomo: è la morte resa possibile nella vita. Il malato può solo sopportare e sperare. Sopportazio-

ne e speranza nell'aiuto risanatore della natura, o del Dio che la governa, coesistono con la paura dell'evento naturale ineluttabile, del castigo divino, del flagello forse definitivo. È in questo orizzonte naturalistico, di vita e morte compresenti, che si è venuta disegnando una medicina fatta anche del culto terapeutico delle reliquie, fatta di *ex voto* o di preghiere differenziate (a seconda della malattia e del santo protettore), di benedizioni-medicazioni, di tocamenti-toccasana, nonché di una erboristeria terapeutica spesso fondata sulla segnaletica delle segnature, delle analogie, delle simpatie. Al rapporto simpatetico tra chi presta le cure e chi ne fruisce viene a corrispondere il rapporto analogico sotteso alla somministrazione al malato mentale di noci, il cui gheriglio evoca all'aspetto un cervello in miniatura, o sotteso alla fasciatura della mano ferita con foglie che ricordano la forma della mano.

In seno alla comunità di villaggio, alle famiglie contadine, anche il medico può peraltro giovarsi di un paradigma di medicina che è in certo qual modo «organico» al mondo in cui egli viene ad inserirsi. A partire dall'età rinascimentale, quella stessa in cui ha preso piede in Italia l'istituto della condotta medica, i medici, specialmente «di campagna», hanno potuto rifarsi a un modello di medicina alternativo a quello, classico, fondato sulla dottrina di Galeno insegnata e appresa nelle università. Paracelso, l'anti-Galeno per eccellenza, aveva sentenziato: «Non è mai ancora uscito un medico dalle università»; e ancora con tono provocatorio: «Il medico deve seguire la malattia come la vacca la mangiatoia».

Ebbene, i dottori licenziati dalle università italiane, nell'andare o ritornare nei villaggi dove sono richiesti e attesi, hanno spesso contribuito a fare della medicina un sapere-agire meno «ingarbugliato» di dottrine e più simile a quello, ribadito da Paracelso e attuato dai suoi epigoni, «del fornaio che fa il pane, del vignaiuolo che fa il vino, del tessitore che fa il panno». Dal medico paracelsiano Leonardo Fioravanti in poi è stato detto e ripetuto che «alli medici e cirurgici egli è più che necessario di sapere in tutto e per tutto gli effetti dell'agricoltura: sopra le quali cose la nostra medicina è fondata». Un esempio: nel discostarsi dal trattamento «aperto» delle ferite, ispirato dall'intento di dar libero sfogo allo spurgo di *materia peccans*, il medico che pratica un bendaggio occlusivo, evitando

le complicità della suppurazione, si comporta esattamente come l'agricoltore, il quale «infascia» le piante là dove queste sono state recise. La chirurgia, dunque, «si può dire che sia quasi una agricoltura di uomini» (*Dello specchio di scientia universale*, Venezia, 1564).

Il modello è stato parzialmente assimilato dalla scienza ufficiale di fine Settecento, secondo la definizione del medico scozzese John Brown che apre i suoi *Elementa medicinae* (Edimburgo, 1780): «*Medicina est [...] scientia, idem, ad plantas conversum, studium agricultura nominandum*». Nell'Ottocento, esso è tra i fattori di quella «democratizzazione della medicina» che fa del medico condotto un interlocutore ed interprete della realtà e della mentalità contadine.

Il *medico di campagna*, nel quale prevalentemente s'incarna la medicina della società preindustriale, è un interlocutore privilegiato di questa mentalità-realtà a livello antropologico. Compresenza di vita e morte è concetto che appartiene alla cultura del suo «fare visita», del suo «visitare». «Cominceremo col visitare due defunti», dice il medico Benassis, protagonista del romanzo *Il medico di campagna* di Honoré de Balzac, avviandosi, «in una bella mattina di primavera del 1829» a compiere il giro delle visite mattutine nel villaggio agricolo affidato alle sue cure. «Qui la morte è considerata un accidente previsto che non ferma il corso della vita».

Nell'Ottocento maturo il medico di campagna è anche interprete preferenziale della stessa realtà a livello tecnologico. La sua medicina, dopo essersi arricchita con la pratica dei «villani» che conoscono l'arte di assecondare la natura e che sanno le virtù dei «semplici» («semplici» è nome che designa sia i «villani», sia le erbe mediche dei loro orti), è a pieno titolo un'arte in grado di decifrare e sfruttare la *magna vis medicatrix naturae*. Essa promette di ricambiare ciò che ha ricevuto: un pari arricchimento, ottenuto con una tecnica interventistica, volta a risanare condizioni duali di malattia e di devianza dalla «norma».

### **L'avvento della medicina**

Il medico, che in Italia è visto prestare la propria opera non soltanto per l'aristocrazia e l'alto clero, ma anche per entrambe le classi su cui si fonda la società preindustriale, cioè «i ricchi e i poveri», si presenta alla famiglia contadina e cittadina, nel primo Ottocen-

to, non più solo come prescrittore di ricette o fornitore di consigli sulla scorta di una visita sommaria, basata sullo sguardo e sul tocco, cioè sull'ispezione del malato e della sua urina e sul rilievo tattile del suo polso e del suo calore febbrile; si presenta anche come depositario, o nuovo proprietario, di una tecnica fin lì posseduta dai barbieri e dalle donne del popolo e della quale si fa carico accedendo a manualità disdegnate per secoli. È una tecnica duplice. L'una, di antica data ed empirica, è il *salasso*, che riceve base scientifica dalla «teoria del controstimolo» elaborata da Giovanni Rasori, clinico medico a Pavia nel 1798-1799 e poi protomedico a Milano capitale del napoleonico Regno d'Italia. L'altra, empirica ma di data recente, è l'innesto del vaiolo, mutuato dalle inoculazioni di «materia» umana praticata dalle donne del popolo nel Caucaso e in Cina e poi evoluto nelle inoculazioni di «materia» vaccina (*cow pox*) praticate dal medico inglese Edward Jenner, a partire dal 1798; a Milano, capitale della Repubblica Cisalpina, la vaccinazione è introdotta da Luigi Sacco, nel 1800, diramandosi negli anni successivi nei Regni d'Italia, d'Etruria, di Napoli.

*Controstimolo e vaccinazione* sono i due maggiori ritrovati, l'uno caduco, l'altro duraturo e vincente, della medicina in età napoleonica. Alle famiglie che compongono la società italiana postrivoluzionaria, il medico si presenta armato di lancetta, arma della flebotomia e della scarificazione cutanea. La lancetta è un utensile di coltellina, omogeneo all'*armamentario di cucina*; può suscitare timore, non diffidenza. Le cavate di sangue sono una cura antica, accettata in simmetria terapeutica rispetto alle bevute di vino, di *scioppo di cantina*. È una simmetria rispecchiata dal detto popolare «volerci una brenta di vino per rigenerare una tazza di sangue». Il vino è detto fare buon sangue e, poiché il sangue è mediatore degli stimoli vitali, il medico rasoriano lo prescrive come farmaco «di stimolo», o come eccipiente di farmaci simili, nelle malattie «asteniche», nelle quali lo stimolo vitale fa difetto. Simmetricamente, il salasso è visto come presidio «di controstimolo» e come tale adottato nelle malattie «steniche», nelle quali lo stimolo vitale è in eccesso. La mentalità popolare viene a coincidere con l'ideologia medico-scientifica. Dopo un viaggio di secoli, l'elaborazione teorica della scienza medica viene a coincidere con una pratica empirica attempa-



*La vaccinazione nell'Ottocento.*  
Opera pittorica di Debordes  
(Parigi, Museo della Pubblica Assistenza)

ta. Essa è applicata su larga scala nella società egualitaria nata dalla Rivoluzione. Nell'età della Restaurazione i medici seguaci di Rasori – emblematicamente rappresentati da Giacomo Tommasini, clinico medico a Bologna dal 1815 al 1828 e a Parma dal 1829 al 1846, fondatore della *Nuova dottrina medica italiana* – continuano a vedere nel sangue alterato il veicolo «irritante» delle «flogosi», delle «infiammazioni», delle febbri. La flebotomia dell'antico barbiere diventa più che mai l'atto diagnostico-terapeutico fondamentale – esame di laboratorio e intervento curativo – del moderno medico-chirurgo.

Il medico-chirurgo moderno, nato dalla unificazione rivoluzionaria delle già contrapposte figure del medico «letterato» (fisico-filosofo) e del chirurgo «operante con le mani», vede il sangue salassato smescolarsi, per effetto della coagulazione e retrazione del coagulo, in «parti» - siero, grumo rosso, cotenna (fibrina) – che considera significativamente correlate alle «fasi» dell'infiammazione patogena. La diagnosi cosiffatta si prolunga, senza soluzione di continuità, nella terapia: la sottrazione di sangue, eventualmente iterata o reiterata, è calibrata sull'en-

tità e qualità del processo morboso, misurata in base alla qualità ed entità della cotenna «infiammatoria» formata dal sangue rappreso.

Pur così sofisticata, la nuova medicina non urta il senso comune di una utenza avvezzata al salasso da secoli. Per questo è accettata e largamente diffusa, nonostante la sostanziale inefficacia o, addirittura, la nocività del suo metodo. Essa urta invece la mentalità di chi non nasce su suolo italiano. Il baronetto inglese sir John Davenne, alla vista de *Il dottor Antonio* – tale il titolo del romanzo coevo di Giovanni Ruffini – che si appresta a salassare, non può esimersi dall'esternare tutta la propria contrarietà per un metodo degradante, a parer suo, il medico a «medicone». «La medicina italiana è sempre la medesima – mormorò sir John a modo di soliloquio – null'altro che la lancetta; la stessa ciarlataneria in tutta la penisola».

Anche chi non nasce su suolo italiano, come il medico lorenese Louis Valentin che nel 1820 compie un *voyage médical* dal Sud al Nord del paese, può tuttavia rilevare che «nel Regno di Napoli è lo stato della medicina differente da quello delle altre parti d'Italia, perché non là ricevuto l'esclusivo metodo de'debili-

tanti e de' controstimoli» che «ha capo il signor Rasori di Milano» e cui «fe' grandemente spalla e porse modificazioni il signor Giacomo Tommasini» (*Viaggio medico in Italia fatto nell'anno 1820*, Torino, 1823). Ma nell'alta e media Italia l'osmosi tra controstimolo «scientifico» e salasso «empirico» è massima. A cavallo del salasso la medicina ufficiale è entrata senza fatica nelle famiglie dove giace un malato. La riprova è che la più familiare delle pratiche curative, quella del purgare, può innalzarsi «scientificamente» a controstimolo assumendo la forma del «salasso bianco», praticato somministrando al paziente una dose di «sale amaro» (solfato di magnesio) che non suscita maggior diffidenza di quanta ne desti una purga qualsiasi.

La lancetta per il «salasso rosso», cioè per la cavata di sangue, non è molto diversa dalla lancetta per la vaccinazione. Tuttavia la vaccinazione, per quanto assai più produttiva di salute che il salasso essendo la più importante scoperta medica fino all'epoca delle moderne scoperte batteriologiche, entra molto meno, o con più fatica, nel recinto sanitario della famiglia italiana minacciata dalle epidemie di vaiolo. I ragionamenti ed espedienti con cui le famiglie refrattarie cercano di sottrarre i propri membri alla lancetta dei medici e chirurghi che nel primo Ottocento «hanno il debito della gratuita vaccinazione» hanno motivazioni varie: il rigetto istintivo per le cose imposte dall'alto, la stessa gratuità della pratica inducente ritengo nell'accettarla, il coinvolgimento nella lotta quotidiana contro un flagello ancor più assillante di un'epidemia, cioè la fame acuta e cronica. Si aggiunga il timore che «coll'innesto del vaccino si possono comunicare i mali propri della natura bovina», come riferisce Luigi Sacco nel *Trattato di vaccinazione* (Milano, 1809): un timore più profondo, radicato nell'inconscio, della «paura del sangue» di chi teme il salasso; e inoltre si aggiunga la diffidenza per la novità, per il «trovato vaccinico», una diffidenza che è l'esatto opposto della confidenza che, anche se «il sangue fa chiasso», si nutre nei confronti della «cacciata di sangue».

Chi aiuta la famiglia italiana a vincere questa diffidenza, a superare la barriera dei pregiudizi e dell'arretratezza culturale, è la levatrice, evoluta da figura antica a moderna del paesaggio familiare, investita di una pratica nuova. È a lei che in molti casi viene affi-

dato l'incarico di vaccinare, come dimostrano le *Istruzioni sopra l'innesto del vaiolo vaccino per uso delle levatrici* (Milano, 1808).

Si può ben dire, a tale proposito, che la levatrice è, ancor prima che il corpo medico possa impiantarvisi, il *medico di campagna*, elemento di dissociazione della comunità di villaggio e mezzo di penetrazione della cultura medica urbana. Non è un caso che l'iconografia ottocentesca della vaccinazione ci mostri perlopiù il medico operante al centro di una scena d'ambiente nobile o altoborghese, dove i bambini vaccinandi sono palleggiati tra madri di famiglia in figura di dame e donne del popolo in figura di serventi domestiche.

Nella prima metà dell'Ottocento – quella che nella storia politica coincide press'a poco con l'età del Risorgimento nazionale, ma che nella storia delle scienze rappresenta il periodo forse meno fecondo della scienza italiana – il medico che accede all'ambito della famiglia contadina o cittadina compie gesti perlopiù omogenei alla mentalità familiare e integrati alle aspettative dell'utenza. Ma già prima del giro di boa costituito dall'unificazione politico-territoriale del paese, lo scenario cambia. Il medico incomincia a presentarsi alla famiglia cittadina o contadina dotato non più di un «utensile» familiare, ma di uno «strumento» non mai visto prima.

L'*inventum novum* messo a punto nel 1816 da René Théophile Hyacinthe Laënnec, *chef de clinique* all'Hôpital Necker di Parigi, è lo *stetoscopio*. Esso consiste in un «cilindro» di legno svasato alle due estremità e percorso longitudinalmente da un pertugio creante un'«anima» d'aria attraverso cui possono trasmettersi i suoni, risultandone amplificati. Laënnec, appoggiando uno dei due estremi al torace del paziente e all'altro il proprio orecchio – un orecchio musicalmente esercitato, da provetto suonatore di flauto qual è -, ha instaurato l'«auscultazione mediata» degli organi endotoracici, cuore e polmoni, dei quali vengono percepiti, in condizioni sia normali che patologiche, suoni e rumori, dovuti a varie cause: movimenti del cuore, apertura-chiusura delle sue valvole, scorrimento del sangue nelle sue cavità, passaggio dell'aria nei bronchi e negli alveoli polmonari, risonanza della voce sussurrata o afona.

Tutta una nuova segnaletica delle malattie si è resa disponibile al sensorio del medico. L'orecchio può

diventare il tramite di una percezione affidata in passato all'«occhio clinico». L'udito, se istruito ed esercitato, può arricchire una semeiotica tradizionalmente riservata alla vista (ispezione) e, in minor misura, al tatto (palpazione). L'auscultazione del torace – e la sua percussione, evocante anche'essa suoni differenziati – viene ad ampliare l'area di esplorazione medica del corpo malato.

La nuova tecnica incomincia a essere accettata in Italia a partire dal decennio 1826-1835 (come ricorda Battista Grassi in *Cinquant'anni di storia italiana. 1860-1910*, nel terzo dei volumi pubblicati a Milano da Hoepli nel 1911). A Roma Carlo Maggiorani, «nel 1826, essendo medico assistente nell'Ospedale di S. Giovanni, praticava i nuovi metodi di diagnostica fisica introdotti dal Laënnec, avendo per compagno il dottor Peebles, che tali metodi aveva appresi direttamente dall'inventore a Parigi». A Padova, il dottor Pinali, «laureandosi nel 1831, fu tra i primi a occuparsi di stetosopia in Italia». A Firenze, dov'è clinico medico dal 1835, Maurizio Bufalini «faceva finissima anatomia del suo malato, osservando, palpando [...] e dando grandissima importanza a quel sesto senso, di cui ci ha arricchiti l'immortale Laënnec», come si legge nei suoi *Ricordi* (Firenze, 1876).

Il nuovo corso non è un percorso facile. Molti medici considerano lo stetoscopio un aggeggio ridicolo, compromettente la loro reputazione di professionisti dell'intuito. Essi pensano che il tradizionale «intuito clinico», assicurante loro l'ammirazione dei pazienti, non ha bisogno di strumenti e di manualità che considerano disdicevoli. Inoltre l'«auscultazione mediata» è una tecnica di lungo e difficile apprendimento, tanto improduttivo per chi non sa usarla, quanto frustrante per chi la usa senza averla prima lungamente studiata. Compendia queste remore la dichiarazione di Giuseppe De Matteys, primario del romano Ospedale di Santo Spirito e clinico medico alla Sapienza: «Quantunque il cilindro di Laënnec sembri cosa ridicola, io l'ho adoperato più volta da circa quattro anni nella mia Scuola clinica senza alcuna utilità».

L'accettazione dello stetoscopio è dunque in ritardo, in Italia, di almeno un quarto di secolo. Ma le ragioni del ritardo non solo soltanto mediche. Anche i contesti familiari sono ideologicamente condizionati, anche i malati infoltiscono lo schieramento dei soggetti refrattari. Molti sono allarmati, intimoriti da

un'«arma» che il medico talora estrae, a sorpresa, dal cappello che porta in testa, infastiditi da un «bastoncino» duro e rigido che viene affondato, impietosamente, nelle loro carni. Molte donne rifiutano un contatto fisico imbarazzante, che comporta un troppo intimo accostamento del volto del medico al loro petto. Chi accetta il nuovo metodo spesso lo fa solo perché crede che il «cilindro» applicato al proprio torace sia il veicolo di una benefica influenza esercitata dal medico, sia cioè uno strumento non diagnostico, ma terapeutico. Chi invece sa che lo strumento serve alla diagnosi, non alla terapia, sente rafforzarsi i buoni motivi che ha per temerlo: la precisione dello stetoscopio può infatti trasformare la speranza che la malattia sia guaribile nella certezza che non lo è.

L'entrata in scena dello stetoscopio è in ritardo, in Italia, dello stesso lasso di tempo che attarda l'uscita di scena del salasso. Nel 1835 Pierre Louis, *chef de clinique* alla Charité di Parigi, pubblica le proprie *Recherches sur les effets de la saignée*, dimostranti con la perentorietà dei dati statistici come le sottrazioni di sangue non tronchino mai una polmonite. Nel 1859 Salvatore Tommasi, clinico medico a Pavia, incomincia a insegnare che il salasso non serve. Trent'anni dopo dirà, rievocando: «Io sono stato il primo, o certo tra i primi clinici italiani, che ho smesso l'uso del salasso nella polmonite nella Scuola pavese, dove, come in tutta la Lombardia, ripetuti salassi erano indiscutibili e dogmatici», come ricorda il Grassi.

La polmonite, che fino al 1860 – ma in alcune parti d'Italia anche dopo – è ritenuta curabile «scientificamente» con il salasso, dopo il 1860 – ma in alcune parti d'Italia anche prima – è ritenuta diagnosticabile «scientificamente» con lo stetoscopio. Quella stessa palestra di medici dove nel 1820 il «cilindro di Laënnec» è considerato cosa inutile e buffa, nel 1857 esprime un «continuatore di Laënnec» nella persona del ventisettenne Guido Baccelli, poi clinico medico alla Sapienza e più volte ministro della Pubblica Istruzione, che col lavoro sull'*Ascoltazione e percussione nella Scuola romana* dà ai futuri medici dell'Italia unita il manifesto metodologico della nuova tecnologia diagnostica.

Primo strumento di diagnosi d'uso generale – precede di qualche decennio l'impiego clinico del termometro -, lo stetoscopio trasforma la pratica della medici-

na, la percezione della malattia da parte del medico, il rapporto medico/paziente. La consuetudine di raccogliere accuratamente l'anamnesi, di ascoltare dal paziente il racconto del suo vissuto, incomincia a cedere il campo a un diverso modo di ascolto, all'auscultazione. La nuova tecnica di rilevamento dei segni somatici di malattia permette al medico di prescindere dalla soggettività dei sintomi riferiti dal paziente e di affidarsi alla oggettività dei segni rilevati dal suo orecchio nel corso dell'«esame» detto appunto «obiettivo». L'epoca del rapporto umano interpersonale, fatto di coinvolgimento reciproco, rischia di trapassare nell'epoca in cui l'*antropologia* medica del malato cede gradatamente il passo alla *tecnologia* medica della sua malattia.

È un rischio, avvertito o inavvertito che sia, scongiurato dal medico di famiglia ottocentesco. Già nel Settecento molti medici, esercenti la «condotta» nelle campagne o nelle città, corrispondevano in modo non più inadeguato alle attese dei loro malati. I nomi di questi medici non hanno il privilegio di essere consegnati alla memoria dei posteri come il nome di quel dottore Matteo Foresti, medico di famiglia «che onora la casa mia – scrive Carlo Goldoni nei suoi *Mémoires* – coll'attuale medica sua assistenza e della cui virtù e saviezza ho avuto rimarchevoli prove». Seppelliti negli archivi comunali o dissolti nell'oblio, i loro nomi sono però scritti idealmente nella carta di identità di quella *figura in positivo*, caratteristica della scena sociale italiana, che è il



*La visita del medico*  
nel quadro di Domenico Induno  
(Collezione Privata)

medico condotto, una figura diametralmente opposta a quella *figura in negativo* che è il medico oggetto della caricatura goldoniana.

«Arte più misera, arte più rotta / non c'è del medico, che va in condotta», recitano i versi del medico-poeta veneto Arnaldo Fusinato. La figura del *medico condotto* oscilla nel chiaroscuro di un incontro e uno scontro: l'incontro di una tra le meno remunerate categorie professionali con una tra le più povere classi sociali, lo scontro tra due diverse culture e mentalità. Nel primo dei due rapporti, i medici condotti sono sentiti dai loro pazienti come interlocutori primari del comune modo di esistere; nel secondo, sono considerati interlocutori meno affidabili dei «mediconi» e retrocessi a oggetti di satira. L'ambivalenza della rappresentazione letteraria del «Molière d'Italia», Goldoni, resta valida per tutto l'Ottocento.

Se è vero che, nella prima metà del secolo, per quanto attiene ai medici condotti, come hanno evidenziato gli studi di Jacques Léonard, la maggior parte della gente ancora nasce, vive e muore senza ricorrere alle loro cure, è anche vero che nello stesso periodo, e più ancora nel prosieguo secolare, assistiamo al farsi strada nell'opinione pubblica, incoraggiata dalla scuola e dalla stampa, dove queste sono presenze recepibili, una nuova fiducia nei progressi sanitari e medici. I risultati non sono insignificanti. Ai malati, alle aspettative loro e delle loro famiglie, il medico condotto applica una tecnologia che, in qualche caso e in qualche modo, è produttiva di salute o di salutare benessere.

Accanto ai presidi di sempre - «la dieta, il riposo, i bagni, l'esercizio, il salasso, i purgativi, i lenitivi» - figurano infusi e tisane reidratanti, *chinacchina* febbrifuga, laudano antidolorifico, digitale cardiotonica, nonché «la forza diuretica di certi rimedi, [...] la sudorifera di certi altri, e di altri ancora la facoltà pettorale», come ricorda Giuseppe Del Chiappa, clinico medico a Pavia. Alla genericità d'azione dei vecchi farmaci - che eliminavano la *materia peccans*, ripristinavano l'equilibrio umorale, disostruivano e decongestionavano - subentra la specificità dei nuovi farmaci, basata sul loro organotropismo elettivo. Il nuovo *recipe* dei medici è in grado non soltanto di alleviare e curare, ma anche, talvolta, di guarire. Inoltre è al medico condotto - non più al barbiere, al conchiaossa, al norcino - che i malati o

le loro famiglie si rivolgono per l'incisione di un ascesso, per la riduzione di una frattura, per il sondaggio di una vescica intasata.

Proprio nei decenni cruciali dell'Ottocento, nell'area cronologica in cui si embricano le due pratiche fondamentali della medicina ottocentesca - il salasso e la stetosopia -, alla crescita tecnologica corrispondono profonde trasformazioni ideologiche e psicosociali. Nelle campagne, un mezzo per comprendere queste trasformazioni negli anni che precedono, accompagnano e seguono l'unificazione del paese, è quello di confrontare la figura del medico condotto con quella dell'altro *intellettuale* del mondo contadino: il prete.

Nell'età della Restaurazione, tra i «doveri del medico riguardo l'ammalato» è annoverata per prima la «famigliarità» e subito dopo la devozione religiosa. «Niun medico» - è detto dal dottor Angeli, il deontologo estensore dell'opuscolo *Il medico giovane al letto del malato* (Imola, 1812) - «poté mai dichiararsi fautore dell'ateismo», che è «macchia per errore di pochissimi ingiustamente contratta». I molti che hanno a cuore la salute dei loro pazienti devono fare sì che il malato «senta il dovere di confessarsi» e devono «consigliare, anzi inculcare» in lui, se si aggrava, l'esigenza della «Comunione per viatico».

Devono inoltre prescrivere l'osservanza del digiuno quaresimale. Per questa prescrizione non mancano gli argomenti: «I contadini mangiano quasi tutto l'anno de' legumi, degli erbaggi, de' frutti. Chi più di loro robusti, nerboruti, e sotto la più improba e non interrotta fatica?». Quasi che la pellagra non si aggiri nella stessa Valle Padana dove vive e scrive l'autore di queste norme deontologiche! A medici implicati nella deontologia, più che nella fisiopatologia dell'alimentazione contadina, egli dà consigli non perché possano limitare i danni certi della fame, ma perché sappiano lesinare gli incerti vantaggi della dispensa dal digiuno. Se i contadini chiedono la dispensa, dice ai medici, «l'affare non appartiene più a voi. Mandateli a consultare il loro confessore, il parroco». E ancora al parroco i medici devono indirizzarsi nei casi di guarigione miracolosa: «Non negate mai i miracoli, e la loro possibilità. [...] Hanno i loro confini le cose possibili. Su certe cose [...] riportatevi a' dotti e prudenti ministri del santuario».

In periodo preunitario gli *schizzi morali* di Carlo Ravizza, calibrati su una realtà sociale - quella lom-

barda – che annovera una metà circa del personale medico-chirurgico disseminata nelle condotte rurali, contemplanò ancora il curato di campagna d'accordo col medico, ciascuno nel suo ruolo, «quegli per l'anima e questi per il corpo, ma alla fin de' conti tutti due per l'uno e per l'altra». «Que' due valentuomini» cercano insieme «impedimento e rimedio» alle malattie, «con avvertimenti igienici e morali adatti al bisogno di ciascuna famiglia» (*Un curato di campagna. Schizzi morali*, Milano, 1852).

Il medico di campagna appare integrato a un sistema benefico-assistenziale che, ravvisate le cause *anche sociali* delle malattie, si prende cura delle condizioni igienico-sanitarie *solo individuali* degli assistiti, somministrando «consigli e conforti» in un contesto culturale di tipo più pedagogico che propriamente scientifico. Questo modello è estensibile al medico della famiglia cittadina, almeno parzialmente. Professione liberale e affinità borghesi installano i medici di preferenza nelle città, dove si concentrano ricchezze, comodità sociali e luoghi di istruzione, in una ripartizione senza equità.

Nelle città, il modello è dunque applicabile prevalentemente alla famiglia borghese. Le parole di Balzac, attinenti alla realtà francese della prima metà dell'Ottocento, si adattano bene anche alla coeva realtà italiana: «Non senza ragione [...] si usa mettere insieme le tre vesti nere: il prete, l'uomo di legge, il medico. L'uno medica le piaghe dell'anima, l'altro quelle della borsa, l'ultimo quelle del corpo. Esse rappresentano la società nelle sue tre fondamenta: la coscienza, la proprietà, la salute».

Alla clericalizzazione e legalizzazione della società civile corrisponde simmetrica, in questa fase, una medicalizzazione che è altrettanto organica a un sistema sociale a suo modo ordinato ed equilibrato, fondato sull'etica dell'educazione e del consenso disciplinato, nel quale l'esigenza di salute, al pari dell'indigenza che spesso sta alla sua radice, è vista più come il prodotto inevitabile di una fisiologica disparità, assegnante al malato il posto che gli compete nella scala gerarchica dei bisogni e dei beni, che come la conseguenza evitabile di una patologica disuguaglianza, che fa scontare in termini di malattia tutta una serie di insufficienze – igieniche, alimentari, abitative, lavorative – che sono prima di tutto carenze d'ordine economico.

Tuttavia un diverso codice di comportamento medico si viene gradatamente configurando in modo autonomo. In un *Discorso della morale del medico* (Milano, 1852), pubblicato nella stessa sede e nello stesso anno degli schizzi morali del Ravizza, il medico Giuseppe Del Chiappa scrive che, se «moralità» e «saviezza» ancora «convien che si abbiano, per così dire, radice nel culto», le stesse doti più naturalmente si sviluppano nel medico che abbia «impreziosito lo ingegno delle sublimi massime della socratica filosofia».

Il medico deve «volare ne' ricetti sacri al dolore, e addurvi, secondo che più lice, sanitate, speranza, consolazione». Il medico che sa consolare, «oltreché palliare ove il guarir non ha luogo», compie opere di misericordia non solo corporale, ma anche spirituale. Egli già contende al prete il riservato dominio di tempi e luoghi dove «la professione del medico è una maniera di sacerdozio», competitiva e alternativa. Sono questi, ad esempio, i temi e i luoghi dei mali incurabili: «Pochi uomini sanno morire. [...] Anche più pochi sanno in qual modo deesi regolare la morte degli altri». Il medico assume in proprio non solo un'importante funzione antropologica, ma anche un'altrettanto importante funzione sociale. «Né i doveri suoi, ancorché molti e gravi, si restringono al piccolo cerchio di un malato [...] ma egli debbe inoltre assai [...] alla salute generale e alla tutela, secondo che è possibile, di tutta la specie umana». In definitiva, «estesi, per fermo, sono i doveri suoi verso la società». Dal preunitario sistema benefico-assistenziale si passa gradatamente al sistema dell'assistenza pubblica, dove il medico, cui «convien di necessità rinvolversi ognora tra lo squallor della umana miseria», non solo combatte clinicamente contro l'*effetto-malattia*, ma anche lotta socialmente contro la *causa-miseria*.

# *Il braccio destro e il braccio sinistro*

ENRICO GHISLANDI

L'ospedale, inteso come luogo deputato al ricovero e alla cura delle persone che per qualunque ragione si siano ammalate, è stato per decenni l'asse portante della nostra organizzazione sanitaria. Oltre agli ospedali vi erano e vi sono le case di cura (in genere per i pazienti benestanti) e i cronici.

I medici e gli infermieri hanno da quasi due secoli considerato gli ospedali e soprattutto quelli universitari come il centro delle attività di formazione professionale, di aggiornamento e verifica, di stimolo alla diffusione delle conquiste della medicina. Gli infermieri trovavano lavoro pressoché solo negli ospedali; i medici potevano scegliere fra l'attività negli ospedali e l'attività libero-professionale o al servizio dei comuni (i medici "condotti").

Nella seconda metà del secolo ventesimo la medicina ha compiuto grandi progressi: crollo della mortalità infantile, enorme riduzione della morbilità e mortalità per malattie infettive, aumento significativo della vita media. Si muore dunque molto meno ora per malattie acute; vi è invece un aumento delle patologie croniche da cui ci si difende con l'aiuto di medici e medicine conservando una salute residua, che però è pur sempre vita. Quest'ultimo fatto ha provocato una estesa medicalizzazione della popolazione con importanti conseguenze organizzative (più medici, più farmaci, più ospedali) ed economiche (progressivo aumento della spesa per la sanità).

Più grave è il problema dei malati non guaribili e destinati a morire, soprattutto per malattie cardiache, circolatorie e tumorali. Nell'evoluzione del quadro sintomatologico di tali ammalati vi è un progressivo estendersi del danno e una progressiva inefficacia dei rimedi disponibili. Si realizza così una fase avanzata della malattia che sfocia in tempi vari nella fase terminale, quando vi è la percezione dell'attesa della morte in un tempo breve, in genere entro i tre mesi. In tali fasi ottenere un durevole ricovero in ospedale dell'ammalato è diventato pressoché impossibile.

Gli ospedali infatti hanno enfatizzato gli aspetti tecno-

logici del loro operare e tendono e divenire sempre di più il luogo deputato alla cura delle fasi iniziali e acute della malattia, confortati in questa scelta dalla consapevolezza che le risorse economiche sono limitate e che perciò occorre stabilire delle priorità. Avviene infatti che i malati non guaribili sono abbandonati da chi ha effettuato la diagnosi iniziale e ha somministrato le prime e le seconde cure. Tali ammalati sono perciò affidati alla cura dei familiari; ma la famiglia non è più, anche numericamente, quella di una volta e spesso non è in grado di organizzare da sola un programma valido di assistenza. Ne consegue che, ad ogni problema più o meno grave del malato o ad ogni *défaillance* dei familiari, il malato viene portato in ospedale e da lì viene dimesso dopo brevi o brevissimi ricoveri o palleggiamenti da un ospedale all'altro, da una corsia all'altra.<sup>(7)</sup>

Questo percorso ha in sé una grossolana ingiustizia perché non è consono al dettato della nostra costituzione (art. 32) e contraddice al bisogno di umana solidarietà. I malati inguaribili non sono malati incurabili da abbandonare; bisogna invece curare anche chi non può guarire, come hanno sempre fatto nei secoli scorsi i medici nostri predecessori, pur non disponendo di terapie efficaci.<sup>(5)</sup>

Non si somministreranno più le cure che tendono a guarire la malattia ("cure causali"), ma si inizieranno le "cure palliative" che hanno per scopo di controllare i sintomi (dolore, febbre, vomito, ecc.) e di migliorare la qualità della vita dei malati non suscettibili di guarigione. Tali terapie, che non sono solo farmacologiche, possono essere attuate anche al domicilio del malato, purché vi sia organizzata un'assistenza domiciliare cui partecipano medico, infermiere, psicologo, assistente sociale, familiari e amici del malato, volontari addestrati e sostenuti, tutte figure che concorrono, integrandosi, a dar vita ad una intensa relazione d'aiuto.<sup>(6)</sup>

Le cure palliative sono nate e si sono sviluppate in ambito oncologico: i malati di tumore che non guarì-

scono sono infatti in Italia un gran numero (quasi 160.000 ogni anno). Ma tali cure si possono estendere anche ai malati di AIDS, ai broncopneumopatici, ai nefropatici, ad alcuni malati neurologici e ai cardiopatici. L'assistenza domiciliare è in gran parte una conquista recente: dopo un accenno nella legge 833 del 1978, il primo progetto è stato formulato nel Piano Sanitario Nazionale 1994-96. Ma la realizzazione ha fatto difetto per molteplici e non tutte valide ragioni, fino a pochissimi anni fa. Tale vuoto assistenziale è stato per fortuna parzialmente riempito dall'intervento di associazioni del privato sociale e di istituzioni non profit che dai primi anni '80 a Milano e poi in varie altre località hanno inviato gratuitamente nelle case degli ammalati di tumore medici e infermieri specificatamente preparati, coadiuvati da volontari addestrati. Finalmente, il Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000 ha ripreso in considerazione il problema dell'assistenza domiciliare e delle cure palliative in maniera più vincolante. Vi si afferma infatti l'obiettivo di "rafforzare la tutela dei soggetti deboli", di "dare assistenza alle persone nella fase terminale della vita", organizzando "forme di assistenza domiciliare che favoriscano il concorso della famiglia e della rete sociale del paziente". E per dare concretezza alle parole, lo Stato ha nel contempo stanziato fondi consistenti per l'assistenza domiciliare.

"Gaudeamus igitur" dunque! Si era diffusa la giustificata impressione di essere stati capiti e ascoltati e di stare per assistere ad una importante rivoluzione nella sanità pubblica. Sembrava soprattutto che fosse stato condiviso e promosso il concetto che, accanto ad una medicina dell'ospedale già strutturata, si stesse finalmente iniziando a diffondere e consolidare una "medicina del territorio" che ha compiti, modalità di lavoro, strutture e responsabilità diverse. Tra le due medicine vi deve essere continuità e non separazione, complementarità e non conflitto. Esse sono il braccio destro e il braccio sinistro di un unico organismo sanitario a cui affidare in circostanze diverse la tutela della salute di ognuno di noi.

Sembrava. Ma la realtà non è ancora così. Le "unità di cure palliative" non sono proliferate; la assistenza domiciliare integrata non si diffonde e segna il passo.<sup>(3)(1)</sup>

Evidentemente, non c'è fretta!

Qualcosa di analogo sta succedendo per gli "hospices", di cui di discusse brevemente su questa rivista

quattro anni fa.<sup>(4)</sup> Gli hospices sono piccoli reparti di degenza per malati per lo più neoplastici in fase avanzata e terminale: strutture con una quindicina di letti, aperte alla presenza dei familiari dei malati, nelle quali alla assistenza sanitaria si unisce una logica umanizzante nelle cure, una visione globale del paziente e della sua famiglia e una ricca disponibilità di risorse di aiuto.<sup>(2)</sup> Anche per queste strutture che in gran parte esulano dallo stile di lavoro degli ospedali e che perciò in gran parte si inseriscono idealmente nella medicina del territorio, lo Stato ha stanziato risorse economiche congrue. Ma anche qui il modello fatica a diffondersi e vi sono assai poche realizzazioni.<sup>(1)</sup>

Ancora una volta, non c'è fretta!

La fretta e il bisogno veramente ci sarebbero: c'è il dolore, la sofferenza, l'abbandono di troppi ammalati; c'è l'opera di supplenza alle carenze delle istituzioni da parte del volontariato e del settore non profit che continua; ci sono dei soldi dello Stato che aspettano di essere spesi; c'è un piano per il territorio che attende di essere pensato, scritto, promulgato e realizzato; ci sono posti di lavoro da creare per i giovani medici e per gli infermieri.

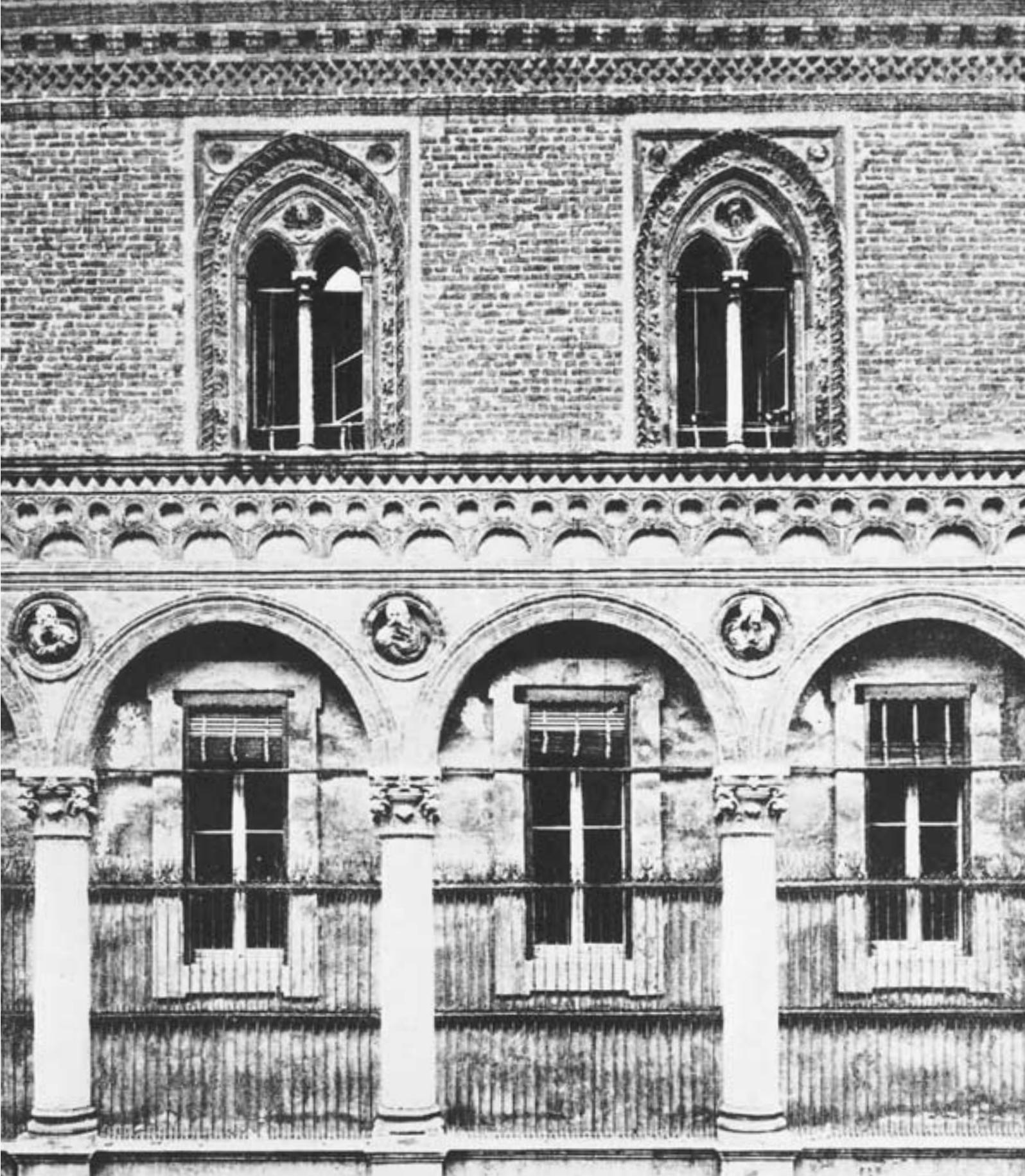
Il problema non è nei finanziamenti, come non lo è stato decenni fa quando per realizzare il programma "un campanile – un ospedale", si sono trovati fondi per costruire troppi ospedali o ospedali faraonici.

Il problema della medicina del territorio, di questo braccio, destro o sinistro che sia, della sanità, di cui vi è gran bisogno, è di mettere nei posti-chiave uomini di buona volontà che abbiano a cuore soprattutto e con i fatti l'aiuto e il sollievo dei sofferenti.

#### Bibliografia

- 1 - O. Corli: *Le unità di cura palliative e le organizzazioni non profit nell'Italia del 2000*. G.P.A. edizioni, Milano, 2000.
- 2 - F. Cruciatti: *Sul concetto di hospice*. *Pathos* 8, 2-3, 2001, pagg. 47-55.
- 3 - G. Di Mola: *Cambio di rotta?* *Riv. It. Cure palliative* 3, 2001, pag. 141
- 4 - E. Ghislandi: *E adesso: gli hospices!* *La Ca' Granda* 3, 1998, pagg. 34-35
- 5 - E. Ghislandi: *Curare anche chi non può guarire*. *Rec. prog. Medicina* 91, 1, 2000, pag. 20
- 6 - E. Ghislandi in *Assistenza domiciliare integrata*, a cura di B. Andreoni Masson edit, Milano, 2000, pagg. 250-257
- 7 - E. Ghislandi in *L'educazione come terapia*, a cura di S. Spinanti. *Esseditrice*, Roma, 2001, pagg. 231-242

*Sulla pagina accanto*. Una sorprendente "veduta" dell'antica Ca' Granda prima dei danni bellici: fronte verso via Festa del Perdono (dal volume *Lo Spedale di poveri del Filarete* di Liliana Grassi)



# *L'Ufficio Relazioni con il Pubblico*

## *Finalità e stato di attuazione*

MARIA TERESA BOTTANELLI, GIOVANNI MUTTILLO

Da alcuni anni, hanno assunto un ruolo di fondamentale importanza l'informazione, la comunicazione e la semplificazione dei provvedimenti della pubblica amministrazione.

Gli istituti innovativi, introdotti dalla legge 241/90 che consistono in un "complesso di norme al servizio dei cittadini" per ottenere provvedimenti amministrativi trasparenti, possono trovare la concreta applicazione attraverso gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP). L'URP è una struttura resa obbligatoria nelle Pubbliche Amministrazioni dal Decreto Legislativo 29 del 1993, che finalmente sancisce il primo passo di quel processo che assegna alla circolazione delle informazioni all'interno delle amministrazioni, tra di esse, e con i cittadini un ruolo centrale nel progetto di rinnovamento istituzionale.

Le funzioni istituzionali fondamentali dell'URP prospettate dal legislatore si possono così sintetizzare:

- Iniziative di comunicazione di pubblica utilità.
- Raccolta e trattamento dei reclami e segnalazioni.
- Indagini sul grado di soddisfazione dell'utenza.
- Formulazione di proposte per il miglioramento dell'organizzazione.

Con la direttiva del Presidente del Consiglio dell'11 ottobre 1994 si definiscono le seguenti principali finalità dell'URP:

- ascoltare, informare, rispondere ai diritti di accesso e trasparenza, verificare il gradimento e la qualità dei servizi resi, attivare campagne di comunicazione sui servizi erogati.

E' con la legge 150 del 2000, che vengono ridisegnate funzioni e competenze introducendo il coordinamento dei sistemi informativi, e distinguendo, tra l'altro, le attività di comunicazione dalle attività di informazione e la loro suddivisione in aree ben distinte.

La citata legge, all'art. 6, individua le strutture attraverso cui si realizzano, rispettivamente, l'attività di comunicazione con l'URP, l'attività di informazione con il Portavoce e con l'Ufficio Stampa.

La comunicazione non solo viene definitivamente legittimata ma diventa obbligo istituzionale e quindi viene riconosciuta come un processo essenziale e insostituibile per garantire efficacia, efficienza e trasparenza alle amministrazioni. In effetti essa può rappresentare il motore del cambiamento perché più e meglio di altre discipline garantisce interattività di rapporti tra cittadini e Istituzioni e rappresenta, inoltre, un nuovo terreno di confronto per realizzare non un'adesione acritica ma reali momenti di partecipazione. Sapere, e quindi scegliere e decidere, è infatti, un fondamentale diritto in ogni democrazia. La comunicazione, pertanto, rende ogni singolo cittadino, così come le associazioni che lo rappresentano, davvero protagonista di un rapporto "alla pari" che non può nascere se non dalla conoscenza delle procedure, dalla trasparenza dei percorsi amministrativi, dalla visibilità e dalla partecipazione alle scelte.

Per le attività di informazione il Portavoce rappresenta la figura che ha compiti di diretta collaborazione con l'organo di vertice dell'amministrazione pubblica ai fini dei rapporti di carattere *politico* istituzionale con gli organi di informazione. Tale figura è caratterizzata da una elevata competenza ad un rapporto di fiducia con i vertici dell'ente di cui dovrà saper comunicare orientamenti, scelte e strategie. Discorso diverso per l'Ufficio Stampa che svolge informazione di tipo *culturale* istituzionale. L'ufficio è coordinato da un operatore che assume la qualifica di capo Ufficio Stampa. La sua attività sulla base delle direttive impartite dallo stesso organo di vertice, è quella di creare i collegamenti con i mezzi di informazione. Il capo Ufficio Stampa, giornalista, è responsabile delle strategie e dell'informazione verso i mass media, organizza e dirige l'Ufficio, progetta sistemi informativi, cartacei o elettronici, cura giornalmente la rassegna di quotidiani e periodici, cura l'immagine dell'Ente, anche attraverso pubblicazioni a stampa, mantiene i rapporti con i giornalisti.

Attraverso i principali riferimenti normativi e più in particolare con la legge 150/2000 l'URP si viene a modellare su più livelli per funzioni diverse:

- **informazioni** sull'organizzazione e sulle attività dell'Ente per far conoscere meglio i propri servizi favorendone l'accesso;
- **conoscenza** delle leggi delle disposizioni e dei provvedimenti interni per favorirne l'applicazione;
- **accesso** agli atti, alle procedure e ai regolamenti al fine di garantire il diritto di partecipazione e per semplificare e modernizzare i procedimenti amministrativi;
- **accoglienza** per attuare i processi di verifica della qualità del gradimento dei servizi da parte dei cittadini che conduca ad identificare i "gap" tra bisogni-attese e percezione della qualità del servizio ricevuto;
- **ascolto** per favorire il flusso di comunicazione a due vie, tra chi eroga il servizio e le persone assistite. L'ascolto, oltre ad accrescere la consapevolezza dei cittadini attraverso la possibilità di esprimersi, serve a conoscere l'opinione degli stessi sui servizi ricevuti e sulle modalità di erogazione; consente inoltre di gestire le aspettative quando eccedono le finalità dell'organizzazione, per passare dalla condivisione delle informazioni fino alla elaborazione di soluzioni. Tale ascolto, perché sia credibile e significativo deve essere *trasparente* nel rispettare la riservatezza, *costruttivo* nell'influenzare il processo decisionale e nel tradurre le informazioni in risposte concrete, e *sostenibile* nell'attuazione con adeguate risorse, con metodi e strumenti validi e fattibili organizzativamente.

Questo salto di qualità del ruolo e delle funzioni rappresenta uno degli elementi più innovativi del provvedimento legislativo e ribadisce anche il dovere per le strutture pubbliche della valutazione della qualità dei servizi, con verifiche sul rispetto degli standard fissati e sul grado di soddisfazione degli utenti.

Anche la Regione Lombardia con la legge n. 31/97 ha permesso di procedere verso il processo dell'accreditamento delle strutture sanitarie, pubbliche e private, ha sancito anche l'introduzione nelle stesse di sistemi di verifica e di controllo della qualità delle prestazioni e dell'efficienza delle risorse finanziarie.

La norma ha previsto l'individuazione di aree di sviluppo del sistema qualità in Regione Lombardia, ed i relativi contributi economici per le strutture sanitarie pubbliche che si sono impegnate in progetti di miglioramento della qualità nelle aree d'intervento individuate.

La Delibera di Giunta Regionale DGR 46582/99 "*Individuazione delle aree dei primi indicatori per l'attuazione del sistema qualità delle strutture sanitarie lombarde; approvazione della procedura di riparto dei finanziamenti alle aziende sanitarie pubbliche per l'introduzione e lo sviluppo di sistemi di qualità aziendali*" ha permesso inoltre di finanziare dei progetti che le strutture sanitarie hanno presentato per implementare il sistema di qualità aziendale.

Gli studi sulla qualità dimostrano che oggi è importante per chi programma e gestisce servizi sanitari, porre l'attenzione non solo alla qualità erogata, ma anche a quella percepita da chi ne fruisce, dato che è lui, l'utente, il protagonista del progetto di salute, considerato non solo con i suoi bisogni e attese, ma anche con le sue potenzialità e le sue risorse. Così come non può considerarsi unicamente la dimensione tecnica e oggettiva della qualità, bensì anche quella percepita dall'utenza.

Quest'ultima si può definire come la *differenza fra le aspettative dell'utente e le prestazioni effettivamente ricevute, quindi la soddisfazione dell'utenza*. Si basa sulla filosofia della *customer satisfaction*, termine in voga per le aziende che operano sul mercato, e per essere efficacemente praticata, deve innanzitutto stimolare la *voce* dell'utenza, deve, cioè, favorire un'acquisizione di consapevolezza da parte degli utenti circa i propri interessi e diritti. Sviluppare la politica della qualità percepita dall'utenza significa affrontare una serie di questioni organizzative e scelte metodologiche:

1. L'identificazione delle dimensioni della qualità generale e di uno specifico servizio o struttura soggetta a valutazione.
2. La messa a punto di uno strumento di misurazione, che per lo più consiste in un questionario di soddisfazione (strutturato con domande dicotomiche e scale di giudizio).
3. La costruzione di campioni rappresentativi dell'utenza di riferimento, oppure il monitoraggio su tutta l'utenza potenziale coinvolta nelle prestazioni

di ricovero ed ambulatoriali.

4. La messa a punto di procedure di somministrazione dello strumento (autocompilazione o intervista “faccia a faccia”, modalità di promozione, sensibilizzazione e facilitazione per la compilazione dello strumento; decisione sul momento della compilazione: ad esempio durante il ricovero o al momento della dimissione).

5. L’elaborazione e l’utilizzo dei dati: ha una finalità conoscitiva oppure non disgiunta dall’intervento né dal controllo dell’operatività delle strutture e degli operatori stessi, qualora ve ne sia necessità.

Quindi il percorso di valutazione condotto dall’URP deve tener presente *la relazione esistente tra organizzazione, operatori e persone assistite*.

L’utilizzo della valutazione non deve apparire come un processo esterno, imposto, vocato al controllo, bensì come strumento di cui ciascun attore si è appropriato; la valutazione diventa immediatamente un veicolo di comunicazione, di scambio di interazione nel servizio; anche se questo accade già naturalmente nei servizi, questa occasione aiuta a realizzare una comunicazione organizzata e finalizzata, quindi più densa e importante.

Ma vediamo in concreto il modello organizzativo dell’URP.

L’URP per la tipologia delle funzioni che svolge deve essere necessariamente collocato come Ufficio di Staff, direttamente dipendente dal massimo livello della dirigenza collegato in relazione diretta, con tutte le strutture organizzative e funzionali dell’Ente. L’articolazione dell’URP per l’area “*Front office*” prevede il compito di fornire informazioni agli utenti sulle attività, competenze, servizi dell’Ente, sullo stato dei procedimenti e sugli atti, di ricevere istanze e reclami, di assicurare il diritto di accesso e di partecipazione e rilascio di documentazione. La seconda area è riferita alle attività di “*Back office*” con l’obiettivo di favorire il processo di comunicazione interna ed esterna, tenendo i rapporti con altre istituzioni. L’elaborazione delle informazioni e la gestione e la verifica dei flussi informativi dovrebbero consentire al responsabile dell’URP di promuovere iniziative tese da un lato ad incidere sull’efficienza dell’Amministrazione, proponendo adeguate soluzioni alle disfunzioni rilevate dalle indagini di soddisfazione previste, dal-

l’altro, stimolare l’Amministrazione a sviluppare una politica di “*qualità del servizio*” verso il cittadino.

Per quanto riguarda la struttura organizzativa la legislazione vigente prevede che venga individuato il responsabile dell’Ufficio (interno all’organizzazione) e che il medesimo debba essere provvisto della qualifica dirigenziale, al fine di garantire un adeguato livello di rappresentatività e concreta capacità di dialogo e collaborazione con l’amministrazione di appartenenza e gli stessi utenti o organi istituzionali esterni. L’Ufficio si avvale di personale con approfondita conoscenza dell’organizzazione, con specifiche capacità comunicative-relazionali nell’accoglienza.

Anche il nostro Ente ha istituito l’URP con sede in via F. Sforza 35 presso il padiglione ex convitto infermieri; gli orari di apertura al pubblico sono dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 14,30 alle 16,00. Gli utenti possono accedere direttamente presso la sede degli uffici negli orari stabiliti, oppure possono contattare gli operatori attraverso la linea telefonica dedicata che risponde al n. 02/55033103, o tramite fax al n.02/55185528 o tramite posta elettronica [urp@policlinico.mi.it](mailto:urp@policlinico.mi.it). Le funzioni principali rivolte all’utenza sono sia di ascolto, informazione sui servizi, percorsi e modalità di accesso, accoglienza, tutela, partecipazione, sia di valutazione dell’efficacia ed efficienza dei servizi erogati.

Per quanto riguarda la tutela, l’URP provvede a ricevere le segnalazioni e i reclami in qualunque forma presentati dai cittadini; il responsabile dell’ufficio provvede a dare immediata risposta per le segnalazioni che non comportano la predisposizione dell’attività istruttoria nei confronti dei direttori di dipartimento o dei dirigenti responsabili delle unità operative coinvolti. Periodicamente le segnalazioni e i reclami vengono classificati allo scopo di favorire, attraverso l’analisi comparata dei dati, l’adozione delle azioni di miglioramento della qualità dei servizi.

Un sistema di gestione del reclamo deve essere concettualizzato ed applicato nel contesto di *un progetto di miglioramento integrale della qualità dei servizi*: Carta dei servizi, standard ed indicatori di qualità, indagini di soddisfazione, autovalutazione e sistema di gestione dei reclami sono strumenti che

possono e devono essere utilizzati dall'Ospedale per realizzare delle innovazioni sostanziali nella gestione e trasformare il rapporto con l'utenza. Chi presenta un reclamo, infatti, attiva un "sensore", compie un gesto attivo di partecipazione diretta e costruttiva, dimostrando la sua fiducia nell'istituzione. L'Ospedale, per dimostrare di essere in grado di meritare questa fiducia, deve a sua volta identificare e riconoscere i suoi punti di debolezza e garantire che vengano messe in atto azioni migliorative. Se questo avviene, la tutela dei diritti del singolo porta a favorire un modello di salute come "Benessere Comunitario". Anche l'URP dell'Ospedale Maggiore ha avviato un'azione di monitoraggio della qualità percepita dagli utenti attraverso la somministrazione di schede di valutazione.

La valutazione serve a stimolare una riflessione sui punti di forza e debolezza, al fine di mettere immediatamente all'ordine del giorno i necessari interventi per migliorare quegli aspetti del servizio che riporteranno un giudizio mediocre o negativo.

Dare voce alle persone stesse al termine della loro degenza significa analizzare criticamente tutti gli aspetti, positivi e negativi, che compongono la vita e l'organizzazione dell'Ospedale Maggiore. I bisogni degli utenti non sono solo di cura, o di assistenza, ma anche di informazione e di orientamento, non di meno comfort e relazione nel riconoscimento della loro dignità, della loro libertà di scelte sempre più responsabili e consapevoli, di cittadini, prima che di persone assistite.

### Bibliografia

Careri M., Cattaneo R., *Cambiare la Pubblica Amministrazione*, Laterza, Bari, 1999

Cortesi Gay A., *L'informazione un diritto del cittadino*, Franco Angeli, Milano 1994

Faccioli F., *Comunicazione pubblica e cultura del servizio-modelli, attori, percorsi*, Carocci, Roma 2000

Rovinetti A., *Diritto di parola, strategie, professioni, tecnologie della comunicazione pubblica*, Il Sole 24 Ore, Milano 2000

### Wweb guida

[www.compublica.it](http://www.compublica.it)

Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica ed Istituzionale

[www.privacy.it](http://www.privacy.it) Il Garante della Privacy

[www.urp.it](http://www.urp.it) Urp degli Urp

### Nonostante tutto, la vita può essere meravigliosa

«Procedi con calma tra il frastuono e la fretta, e ricorda quale pace possa esservi nel silenzio. Per quanto puoi, senza cedimenti, mantieniti in buoni rapporti con tutti. Esponi la tua opinione con tranquilla chiarezza, e ascolta gli altri: pur se noiosi e incolti, hanno anch'essi una loro storia. Evita le persone volgari e prepotenti: costituiscono un tormento per lo spirito. Se insisti nel confrontarti con gli altri, rischi di diventare borioso e amaro, perché sempre esisteranno individui migliori e peggiori di te.

«Godi dei tuoi successi e anche dei tuoi progetti. Mantieni interesse per la tua professione, per quanto umile: essa costituisce un vero patrimonio nella mutevole fortuna del tempo.

«Usa prudenza nei tuoi affari, perché il mondo è pieno d'inganno. Ma questo non ti renda cieco a quanto vi è di virtù: molti sono coloro che perseguono alti ideali e dovunque la vita è colma di eroismo.

«Sii te stesso. Soprattutto non fingere negli affetti. Non ostentare cinismo verso l'amore, perché, pur di fronte a qualsiasi delusione e aridità, esso resta perenne come il sempreverde. Accetta docile la saggezza dell'età, lasciando con serenità le cose della giovinezza. Coltiva la forza d'animo, per difenderti nelle calamità improvvise. Ma non tormentarti con delle fantasie: molte paure nascono da stanchezza e solitudine. Al di là d'una sana disciplina, sii tollerante con te stesso. Tu sei figlio dell'universo non meno degli alberi e delle stelle, ed hai pieno diritto d'esistere. E, convinto o non convinto che tu ne sia, non v'è dubbio che l'universo si stia evolvendo a dovere.

«Perciò sta in pace con Dio, qualunque sia il concetto che hai di lui. E quali che siano i tuoi affanni e aspirazioni, nella chiassosa confusione dell'esistenza, mantieniti in pace col tuo spirito. Nonostante i suoi inganni, travagli e sogni infranti, questo è pur sempre un mondo meraviglioso. Sii prudente. Sforzati d'essere felice».

(Manoscritto del 1692 trovato a Baltimora nell'antica chiesa di San Paolo)

# Tra le statue del Duomo in cerca degli Sforza

ERNESTO BRIVIO

Era uno dei primi anni del Cinquecento, in un soleggiato pomeriggio di primavera.

Ambrogio de' Mementis si aggirava tra i vicoli e i cortili che costeggiavano su due lati il Laghetto *a pus del Domm*, vicino al Duomo; sul terzo lato, quello orientale, sopravviveva quanto era rimasto della medievale facciata con portico di Santo Stefano in Brolo, distrutta nell'incendio del 1075, mentre il lato a mezzogiorno era in gran parte occupato dai materiali che dovevano servire per la costruzione del grande Ospedale, la Ca' Granda dei milanesi, del quale già si scorgeva l'imponente fabbricato filaretiano.

Era un quartiere singolare, quello, vera immagine della laboriosa città: un andirivieni di barconi che portavano sabbia calce e mattoni, marmi e legnami, viveri e masserizie; uno scoppiettare di comandi e di grida roche per incitare e dar ordini, al quale si mescolava l'acuto cicaleccio di voci femminili; un continuo cigolare di funi e di argani (*i falconi*) per lo scarico delle pesanti merci. Tutto ciò accompagnava un'attività frenetica, punteggiata dai colpi di mazzetta sulla pietra e sul marmo, dal martellare sulle incudini, dalle urla dei carrettieri e dai muggiti dei buoi intenti al trasporto dei massi e dei materiali da costruzione; su tutto, s'alzava in azzurrognoli nemi il fumo delle fucine dei fabbri e dei forni dei maestri vetrai.

Ambrogio, col passo cauto ma con l'occhio vigile e la memoria pronta del vecchio milanese, s'aggirava fermandosi a guardare, anzi a gustare, quanto avveniva e lo registrava nella propria memoria che veniva da lontano e andava continuamente ad arricchirsi. La sua non era solo curiosità, bensì e soprattutto orgoglio di appartenere ad una umanità, così varia operosa appassionata, così generosa di offrire - ogni uomo e ogni donna per quanto gli competeva - il meglio delle proprie capacità.

Le spalle rivolte al Naviglio interno, guardando a settentrione la riva opposta del Laghetto occupata dalla banchina di scarico dei materiali per la cattedrale e

dalle più vicine botteghe di artigiani e artisti che operavano per il cantiere del Duomo, Ambrogio rifletteva e tornava indietro con la memoria ai lontani anni della sua prima giovinezza. Volse poi lo sguardo verso la basilica di Santo Stefano e il suo occhio colse il pilastro del portico sotto il quale il 26 dicembre 1476 fu assassinato Galeazzo Maria Sforza. Fu come aprire una diga e far defluire l'irruenza della memoria.

Gli tornò in mente il ricordo - un po' nebuloso, perché erano gli anni dell'infanzia - dei torbidi che generarono la Repubblica Ambrosiana e del giorno in cui Francesco Sforza entrò in città conquistando il ducato visconteo tra il giubilo dei milanesi. Ben più nitida gli tornò alla mente la fondazione della Ca' Granda, nell'aprile del 1457, il giorno esatto gli sfuggiva ma non l'evento, ricordato da una lapide posta sul parapetto della terrazza, al centro della fronte, di cui conservava una vaga memoria.

Esultava Ambrogio perché il progetto del toscano Antonio Averlino, detto il Filarete, - dallo stesso avviato, ripreso poi dai vari Solari, tra i quali il grande Guiniforte, con gli interventi del Gadio e dell'Amadeo - era ormai quasi concluso nel suo meraviglioso corpo centrale, luminoso nella pietra e nell'intonaco e rosseggiante nel cotto.

Una constatazione improvvisa illuminò la mente del nostro milanese, ormai giunto nel nuovo secolo, al quale mai avrebbe pensato di metter piede. A Milano, entro il lucente nastro dei Navigli, tre grandi "fabbriche" innalzavano estesi e alti ponteggi sulla minuta tessitura della città, interrotta solamente da ciuffi di verde e dallo sveltire dagli slanciati campanili di Sant'Antonio abate, di San Gottardo in Corte e dal tiburio della basilica degli Apostoli e di San Nazaro Maggiore. Ed erano tutte "fabbriche" ducali: il Castello e il Duomo, iniziati dai Visconti e ripresi dagli Sforza, in particolare da Francesco e poi da Galeazzo Maria e da Ludovico il Moro, mentre la Ca' Granda fu

voluta e avviata con grandezza d'idee dal primo duca del casato Sforza. Erano soprattutto due le imponenti realtà che attiravano il consenso e l'orgoglio del nostro Ambrogio: lo *Spedale dei poveri* e la *Cattedrale*. Gli pareva di toccare nel Duomo la fede del popolo di Milano, nell'Ospedale la sua generosa carità: e in entrambi, assieme, la solida speranza per un futuro di bene, cui avrebbero potuto attingere le generazioni venturose.

Grand'uomo il duca Francesco Sforza, pensava il de' Mementis; aveva voluto che la Ca' Granda fosse all'avanguardia nella cura e assistenza ai malati, agli orfani, ai poveri, sia per il personale medico e infermieristico (già era ben nota in città l'opera instancabile, sapiente e consolatrice delle religiose) sia per le tecniche chirurgiche e le innovative dotazioni e attenzioni igieniche. I milanesi d'allora erano certi del risultato, perché avevano sperimentato con quale perizia e impegno lo Sforza avesse già positivamente affrontato le molte precarie situazioni che affliggevano Milano e il suo territorio: sul piano politico-militare, per quanto riguardava l'ordine e il rispetto della civile convivenza, per garantire alla popolazione cibo e serenità, per rilanciare l'economia e la produttività del ducato. E quale sogno più grande per un uomo di questa statura che usare il potere per un'opera indispensabile e meritoria come il grande Ospedale? Non c'erano guerre e mecenatismi che potessero dargli maggior lustro e riconoscenza, e Ambrogio, come tanti suoi concittadini, ne era pienamente convinto. Non a caso, però, quanto lo Sforza aveva concepito era stato affidato all'architetto allora più celebre, il Filarete: il duca esigeva per il nuovo *Spedale dei poveri*, oltre alla funzionalità di strutture, impianti e corsie, anche una veste artistica di grande nobiltà, per il dovuto rispetto – come sembra suggerito dallo zio del duca, l'austero e pio arcivescovo di Milano Gabriele Carlo Sforza - alla sofferenza dei più umili, nei quali il duca doveva scorgere il volto di Cristo nei momenti più drammatici della sua passione.

Ambrogio aveva notato che, con la stabilità e una certa prosperità portate dall'avvento dello Sforza, anche i lavori della "gran macchina del Duomo" avevano quasi ripreso il ritmo dei primi trent'anni del cantiere visconteo.

*A un mese dal suo ingresso a Milano (16 febbraio 1450), il 15 marzo 1450, Francesco Sforza conferma*



*Francesco Sforza. Duomo di Milano, gigante del fianco meridionale, marmo di Candoglia. Maestro lombardo, seconda metà del sec. XV. I fieri e marcati tratti del volto, la lunga capigliatura ondulata, la precoce calvizie, il ricco cinturone, i tre anelli gemmati tra loro intrecciati (una delle insegne araldiche sforzesche) riconducono alla nota iconografia del duca, qui nell'atto di brandire una pesante picca da guerra.*

*tutti i privilegi spettanti alla Veneranda Fabbrica, alla quale, per commemorare la presa di possesso del ducato, destina l'oblazione imposta a tutti i salariati del territorio della decima del loro stipendio mensile. Per la ripresa dei lavori - per altro mai smessi, anche se ridotti di molto - è indetta ( 16 agosto 1452) la posa della prima pietra per le fondamenta del resto del tempio, che verrà officiata dall'arcivescovo Giovanni Visconti.*

Malgrado i guasti, risplendevano di magica luce le vetrate dei tre grandi finestrone absidali, di alcune finestre del transetto e del fianco meridionale, verso la Corte Ducale. La loro luce-colore creava un'atmosfera di misticismo nella quale il Nostro volentieri si immergeva. Verso le incipienti navate s'allungava la selva dei piloni, alberi marmorei dai quali in alto, sopra i capitelli, grandi reliquiari di marmo di Candoglia, che mostravano decine e decine di statue di santi – ma, si chiedeva Ambrogio, come avranno potuto farli, così preziosi, così lontani? -, si aprivano le robu-



Galeazzo Maria Sforza. Museo del Duomo di Milano, marmo di Candoglia. Attribuita a lungo all'Amadeo, è assegnata dagli studi più recenti a Benedetto da Briosco (1483?): particolare.

ste fronde degli archi delle crociere. Ricordava d'aver sentito che il figlio di Francesco, Galeazzo Maria, non si era particolarmente interessato al cantiere della cattedrale e che portò avanti l'impresa paterna dell'Ospedale come un compito da non trascurare perché ereditato e perché il popolo ne attendeva la conclusione; ma senza particolare interesse e senza quella passione che aveva animato, con il padre, anche la madre, Bianca Maria Visconti. Quanto al Duomo, aveva apprezzato l'impegno di Galeazzo Maria nel difendere i diritti della Veneranda Fabbrica sulla piazza e, come si vociferava, nell'aver assegnato in uso perpetuo alla stessa i monti di Candoglia, dai quali si estraeva il rosato marmo esclusivo per il tempio.

*Il privilegio ducale per l'escavazione dei marmi nei territori di Mergozzo, Albo e Bracchio è datato da Pavia, il 21 agosto 1473: Esso, tra l'altro, stabilisce che il duca volle "quod ubique reperirentur lapides et seritii, possent per agentes nomine praefatae fabricae cavari sine solutione."*

Ora che la cupola – che bel fiore, vero? – si apre al centro del Duomo, de' Mementis non si capacitava delle difficoltà, dei rinvii, delle discussioni, dei concorsi che la sua costruzione aveva richiesto. Ricorda, da giovane, che i quattro arconi gotici che la sostengono erano già popolati da tante statue e che i

busti dei grandi Padri *Ambroeus*, *Agostin*, *Gerolum* e papa *Gregori* guardavano giù da tonde finestre poste al centro di strani grandi triangoli. Ma la cupola, allora, non c'era: gravava, in alto, quel nero buco coperto alla meglio da assiti, fino a quando – era ormai uomo maturo – smontata la selva dei ponti di lavoro, delle *andadore* e delle scale, finalmente il 24 settembre 1500 – la ricorda bene la data, perché corse al Duomo per unirsi ai milanesi festanti – la cupola venne conclusa.

*Il nostro Ambrogio non poteva sapere che fu merito del figlio quindicenne di Galeazzo Maria, Gian Galeazzo Sforza; il giovane duca per suggerimento, ne siamo certi, della madre Bona di Savoia, il 14 giugno 1481 incarica Pietro da Figino e Giovanni da Pergamo di recarsi dallo zio Ludovico il Moro, tutore del giovane duca e dello stato, perché inviasse una sua lettera ai magistrati di Argentina (Strasburgo), affinché suggerissero qualche esperto ingegnere in grado di dare pareri per la costruzione della cupola del tiburio. La missiva fu affidata a Giovanni Antonio de Glaxiate che lasciò Milano il 17 successivo, recando con sé una pianta del Duomo edificato fino a quel tempo. Il disegno fu ritrovato nel 1962 dall'estensore di questa nota presso il Musée de l'Oeuvre de Notre Dame di Strasburgo. Questa iniziativa avviò a conclusione l'arduo problema. Da Strasburgo non venne nessuno aiuto; vennero incaricati i migliori architetti italiani che diedero disegni e modelli: Leonardo da Vinci, Luca Fancelli, Francesco di Giorgio Martini, Simone da Sirtori, Giovanni Battagio, Giovanni Antonio Amadeo e Gian Giacomo Dolcebuono. Venne poi invitato Donato Bramante che, nella sua famosa "Opinio super tiburium", anziché esprimere un parere da esperto, diede una sua soluzione. La cupola venne poi realizzata su progetto dell'Amadeo e del Dolcebuono, architetti della Fabbrica.*

Era ormai sera: un *magon* stringeva la gola di Ambrogio. Questi ricordi lo commuovevano. La mente ritornava ai *so vecc*; quanto gli era dato da vedere lo riempiva di stupore e, prima di ritornare a casa, volse lo sguardo al Laghetto e poi giù giù fin dove il canale s'immetteva nel Naviglio e con la fantasia, mossa dalla gratitudine, risaliva quelle acque fino al Toce, ai piedi di quella montagna dal quale il Duomo ha tratto la sua veste: era il suo inno all'uomo e al creato, la sua lode al Creatore.

# *Arte in Ticino 1803-1870\**

## *Esposte opere di proprietà dell'Ospedale Maggiore*

SERGIO REBORA

I legami che uniscono il Cantone Ticino e la Lombardia, antichi e consolidati nel tempo, interessano anche l'ambito della cultura. A tale proposito fornisce un nuovo contributo la bella e documentata rassegna dal titolo *Arte in Ticino: la ricerca di un'appartenenza 1803-1870*, organizzata dalla Direzione dei Musei della Città di Lugano presso Villa Ciani, sede del Museo di Belle Arti. Questo evento è il primo di quattro momenti che, per la prima volta, illustrano l'arte ticinese a partire dalla nascita del Cantone elvetico, di cui ricorre il bicentenario nel prossimo 2003.

Come è noto, l'importanza straordinaria dell'Accademia di Brera in età neoclassica, negli anni della Restaurazione e anche dopo l'Unità d'Italia esercitava un richiamo estremamente intenso sugli aspiranti artisti, anche quelli di provenienza geografica extra lombarda. In primo piano, anche dal punto di vista quantitativo, per tutto l'arco del diciannovesimo secolo si segnala la presenza di numerosi giovani provenienti proprio dal cantone, iscritti ai corsi di ornato per diventare bravi decoratori. Alcuni di loro, quelli maggiormente versati per le discipline artistiche, continuavano poi il loro percorso di studio accedendo alle scuole di pittura e scultura; dalle esposizioni annuali di belle arti indette dall'Accademia nei locali del prestigioso palazzo di Brera transitavano anche molti artisti che si erano formati altrove, utilizzando la circostanza come una "vetrina" utile a ottenere nuove commissioni di dipinti e sculture.

Il patrimonio artistico dell'Ospedale Maggiore di Milano offre preziose testimonianze del rapporto tra gli artisti ticinesi e Milano, a cominciare, naturalmente, da quella miniera inesauribile che è la Quadreria dei ritratti dei benefattori. Spiccano infatti in questo settore le effigi pittoriche, un po'

*La preghiera del mattino* (1846), scultore Vincenzo Vela



\* *Arte in Ticino: la ricerca di un'appartenenza 1803-1870*. Lugano, Museo di Belle Arti, Villa Ciani, 5 ottobre 2001 -10 marzo 2002

fredde nella loro compassata eleganza, eseguite da Giovanni Battista e Abbondio Bagutti, padre e figlio operanti con successo nel primo quarto del XIX secolo: del primo le collezioni della Ca' Granda possiedono il ritratto di Pietro Antonio Volonterio (1807), del secondo quelli di Giovan Pietro Cicogna Clerici (1813), Francesco Werich (1816 circa) e Giovan Antonio Rossi (1816).

Con la composizione allegorica in memoria di Giacinta Riva Ratti (1861), realizzata da Giuseppe Tencalla, esponente di una dinastia di decoratori originari di Bissone, entriamo nella dimensione scenografica del paesaggio ambientato da macchiette di gusto romantico, secondo i modi diffusi da Giuseppe Canella e Giovanni Migliara.

Ma gli artisti ticinesi si sono cimentati, e con ampio successo, anche nella scultura: di Francesco Somaini l'Ospedale Maggiore possiede il ritratto in marmo a mezzo busto di Giovanni Antonio Valtorta (1848), che già preannuncia le istanze del verismo che avrebbero contraddistinto la produzione di lombardi e ticinesi del secondo Ottocento. La documentazione degli sviluppi nella scultura culmina nella *Pregliera del mattino* (1846), capolavoro di Vincenzo Vela e vertice del gusto tardo romantico. La delicata ed espressiva figura femminile, che interpreta simbolicamente le istanze patriottiche del tempo, è giunta alle raccolte della Ca' Granda con il generoso legato della contessa Lidia Caprara Morando Attendolo Bolognini (1946), a sua volta erede testamentaria della duchessa Eugenia Litta Visconti Arese Attendolo Bolognini, che la conservava nella cappella funeraria di famiglia di Santa Maria delle Selve in Vedano al Lambro. Restituite alla originaria dignità artistica grazie ai restauri finanziati dalla Città di Lugano, che ha organizzato la rassegna, le opere saranno visibili al pubblico fino al 10 marzo 2002. In occasione dell'esposizione è stato pubblicato un documentato volume: l'opera non è il semplice catalogo della mostra, ma un autorevole compendio sull'arte e sugli artisti ticinesi.



A destra, dall'alto:  
Ritratto di Francesco Werich (1816), pittore Abbondio Bagutti  
Allegoria in memoria di Giacinta Riva Ratti, (1861-62), pittore Giuseppe Tencalla

# Notiziario

## Riconoscimenti

Il Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della Salute, ha conferito al prof. *Piero Pietri*, già direttore della I Clinica chirurgica universitaria, la medaglia d'oro "al Merito della Sanità Pubblica". Dalla motivazione del prestigioso riconoscimento:

*"Ordinario di clinica chirurgica f.r. all'Università di Milano. Fondatore della Società italiana di chirurgia ambulatoriale e day surgery, ne ha presieduto per anni le principali attività di servizio. Da un decennio è direttore della Scuola di specializzazione in chirurgia generale dell'Università di Milano, prima in Italia nell'ambito chirurgico a recepire le nuove normative europee. È coordinatore nazionale delle Scuole di specializzazione mediche di area chirurgica"*.

\*\*\*\*\*

## L'Università di Milano, premiata in ricerca

*L'Università degli Studi di Milano ha vinto la competizione nazionale e si è vista riconosciuta la possibilità di realizzare due Centri di eccellenza per la ricerca, il primo dei quali è il Centro di Eccellenza per lo studio delle malattie del sistema nervoso (CEND), diretto dal prof. Guglielmo Scarlato. Il Centro, presentato alla stampa nella Sala di Rappresentanza, il 22 novembre scorso, sarà dedicato allo studio di malattie socialmente rilevanti quali: corea di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, distrofia muscolare di Duchenne,*

*miopatia a corpi inclusi, sclerosi laterale amiotrofica, malattia da prioni, schizofrenia, patologie degenerative da alterazioni mitocondriali.*

L'Università di Milano vince la competizione nazionale per la ricerca italiana e, grazie al proprio patrimonio scientifico, si è vista riconoscere dal MURST ben due Centri di Eccellenza, il primo dei quali per lo studio delle malattie degenerative del sistema nervoso centrale e periferico: studio dei meccanismi molecolari per la diagnosi, la prevenzione e il trattamento (CEND).

Il CEND, diretto dal prof. Guglielmo Scarlato, direttore del Dipartimento di Scienze Neurologiche del nostro ateneo, studierà patologie e terapie mediche per le seguenti malattie: il morbo di Alzheimer, il morbo di Parkinson, la distrofia muscolare di Duchenne, la schizofrenia, e altre affezioni, poco conosciute ma di rilevanza sociale quali la corea di Huntington, la miopatia a corpi inclusi, la sclerosi laterale amiotrofica, la malattia da prioni.

Ricordiamo che i Centri di eccellenza nascono su input del Ministero della Ricerca proprio con l'intento di trovare "l'eccellenza" all'interno della ricerca e per indicare soluzioni oggi non fruibili per quelle affezioni per le quali non esistono terapie efficaci.

Il CEND ha ottenuto un finanziamento dal MURST di 3 miliardi e 453 milioni di lire solo per il primo triennio di attività e, grazie a questo stanziamento, verranno acquistate strumentazioni di elevata specializzazione e saranno costruite strutture di col-

legamento tra i diversi gruppi afferenti all'Istituto.

Caratteristica infatti del CEND è proprio quella di essere un centro virtuale dove gruppi di ricerca, separati tra loro ed ubicati in sedi differenti, opereranno "realmente" in "unione" grazie a sofisticati sistemi di comunicazione.

I gruppi che afferiranno al Centro di eccellenza appartengono a due Istituti (Istituto di Endocrinologia della Facoltà di Farmacia e Istituto di Patologia Generale della Facoltà di Medicina) e a sei Dipartimenti (tre della Facoltà di Medicina: Dipartimento di Scienze Neurologiche, Dipartimento di Farmacologia Medica, Dipartimento di Chimica e Biochimica Medica, uno della Facoltà di Farmacia: Dipartimento di Scienze Farmacologiche e uno della Facoltà di Veterinaria: Dipartimento di Patologia Animale).

Per il taglio virtuale del nastro è stata scelta la Sala di Rappresentanza dell'Università e alla cerimonia di inaugurazione hanno partecipato il Rettore prof. Enrico Decleva e i più autorevoli esponenti dell'ateneo.

"La nostra Università – commenta il prof. Decleva – vuole diventare il punto di riferimento per la ricerca e siamo molto onorati che il Ministero ci abbia riconosciuto questa leadership".

"Siamo molto soddisfatti – afferma la prof.ssa Adriana Maggi, vicedirettrice del CEND – perché è la prima volta che in Italia si realizza un centro virtuale dove però la comunicazione e l'operosità sono reali".

"Nel nostro Istituto – spiega il prof. Scarlato – sono presenti sistemi informatici e laboratori di ricerca così

all'avanguardia che sarà possibile operare da sedi distaccate come se si fosse tutti raggruppati in un singolo edificio”.

\*\*\*\*\*

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

Nel mese che porta al pensiero dei defunti, si rinnova il desiderio di non venir meno alla consuetudine affettuosa che l'Ospedale Maggiore da sempre conserva e con rinnovata convinzione propone, di accomunare in un momento di riflessione, di preghiera e suffragio quanti fra i benefattori, gli amministratori, i visitatori, i volontari e i dipendenti della nostra Istituzione non sono più fra noi.

Il 20 novembre don Daniele Grassi e mons. Piero Cresseri hanno concelebrato una S. Messa nella secentesca Chiesa dell'Annunciata.

Riportiamo ora l'omelia che don Daniele Grassi ha rivolto ai presenti:

«Siamo qui a celebrare il ricordo di coloro, benefattori, amministratori, visitatori, volontari, dipendenti, che lungo i secoli hanno fatto del bene all'Ospedale Maggiore con il loro impegno e con le loro risorse.

Benché la liturgia ci offra dei notevoli spunti di riflessione in entrambe le letture, vi devo confessare che istintivamente, quando mi è stata assegnata la celebrazione di questa messa, mi è venuta in mente una frase tratta dal carne *Dei Sepolcri* di Ugo Foscolo. Voi sapete che questa composizione fu dettata dallo sdegno che l'autore provava in seguito all'editto di Saint Cloud, che per diversi motivi ordinava che le sepolture avvenissero fuori dai recinti urbani. Una delle tesi con cui il Foscolo si opponeva a tale deliberazione era “A egregie cose l'animo accendono l'urne dei forti o Pindemonte”, un'idea espressa con il linguaggio del tempo, ma che conserva una perenne attualità. Basti pensare alla venerazione di cui sono circondate le tombe dei

Papi in Vaticano e quelle dei nostri Arcivescovi nel Duomo di Milano (ultima in ordine di tempo quella del card. Schuster, insigne testimone del nostro tempo). Evidentemente l'Ospedale Maggiore non può conservare le spoglie dei suoi illustri benefattori che avevano contribuito all'edificazione o al miglioramento del nostro nosocomio. La vista di questi quadri e il ricordo di queste persone dovrebbero suscitare in noi il desiderio di compiere cose egregie, continuando nel solco da loro tracciato, tuttavia da tempo vediamo che i buoni propositi si scontrano con ostacoli insormontabili; la nostra fede ci dice che uno di questi impedimenti, che noi tendiamo a sottovalutare, è l'egoismo che il peccato suscita nel cuore umano.

Un rovesciamento di questo egoismo lo vediamo descritto nella figura evangelica di Zaccheo, che passa dall' avida rapacità di chi occupa una posizione importante e non perde l'occasione per sfruttarla, alla straordinarietà di un dono che va molto oltre la restituzione del maltolto (potremmo considerare Zaccheo patrono dei dipendenti pubblici o di chi lavora per la pubblica amministrazione). Zaccheo incontra lo sguardo di Gesù che gli ispira un rinnovamento che l'evangelista Luca esprime fin dall'inizio del brano con i verbi di movimento, che denotano contemporaneamente la fretta e la gioia di questo cambiamento. Zaccheo “cercava di vedere” e, non riuscendoci “corse avanti”, “salì” poi, su indicazione di Gesù, “scese in fretta” e in seguito, in casa sua, “alzatosi” manifestò al Signore che in lui era avvenuta una trasformazione. L'ex-pubblicano dimostra un grande slancio interiore, l'entusiasmo di chi scopre che una vita sbagliata può essere riscattata se ci si affida a Colui che, condividendo la nostra umanità, ci ha mostrato che essa può essere liberata dal peccato e dalla mediocrità.

Di fronte a questo quadro largamente positivo presentato dal Vangelo, la

prima lettura, tratta dall'Apocalisse, ci ha avvertito però che la nostra fragilità è sempre in agguato e lo slancio della conversione può affievolirsi di fronte alle difficoltà che la vita ci fa incontrare. Il secondo e il terzo capitolo dell'Apocalisse contengono sette lettere che l'apostolo Giovanni, sotto la dettatura del Signore, scrive a sette grandi comunità cristiane dell'Asia Minore, tra le prime ad essere raggiunte dall'annuncio evangelico; la loro situazione però, accanto a elementi positivi, mostra qualche problema, soprattutto la difficoltà a mantenere lo slancio iniziale. Nelle due epistole che abbiamo ascoltato oggi ci sono dei vigorosi richiami; abbiamo trovato in entrambi i testi il ritornello “mostrati zelante e ravvediti”; soprattutto la chiesa di Laodicea viene investita da violenti rimproveri. Questa comunità si è adagiata nella sua mediocrità, in un atteggiamento di autosufficienza spirituale che l'apostolo denuncia: “Tu dici: sono ricco, mi sono arricchito, non ho bisogno di nulla, ma non sai di essere un infelice, un miserabile, povero, cieco e nudo”.

È la mancanza di carità che rende questa comunità sterile, spoglia, oggetto del ripudio del Signore: “Sto per vomitarti dalla mia bocca”. Viene proposta una terapia: tre elementi caratteristici della città; l'oro (Laodicea era una sede finanziaria), il collirio (la città aveva ospitato una scuola di oculistica) e le vesti (molti erano gli occupati nella lavorazione dei tessuti) devono essere utilizzati perché la rifioritura della città deve partire dalle sue specificità.

Accogliamo questi inviti al rinnovamento anche per il nostro Ospedale Maggiore Policlinico, che ha un livello di eccellenza che lo rende un punto di riferimento per diverse specialità. Occorre però che l'attività incessante e preziosa che il nostro centro svolge possa trovare una sede più accogliente e moderna per poter essere praticata meglio. Ci auguriamo che il ricordo

degli “uomini forti” che hanno contribuito alla vita di questo ospedale ci spinga a realizzare “cose egregie” senza frapporre troppi indugi. Lo slancio di Zaccheo pervada tutte le persone a cui è affidata la sorte del nostro ente e noi sacerdoti saremo lieti di poter benedire delle strutture in cui possa continuare la gloriosa tradizione dell’assistenza e della cura qui, nel cuore della città».

Presenti in chiesa il vice commissario dott. Clemente Luciano, il direttore amministrativo dott.ssa Franca Mosconi, rappresentanze di funzionari, medici, del personale religioso e laico, di visitatori, volontari, dipendenti a riposo, familiari degli scomparsi.

La celebrazione è stata accompagnata da canti liturgici. All’organo il maestro Ennio Brugola.

## *Notizie di casa*

### **Collaboratori che hanno lasciato il servizio nell’anno 2001**

- *Maria Vincenza Alessandrino* (ausiliaria specializzata);
- *Giancarlo Baldazzi* (infermiere generico);
- *Alberto Battaglia* (infermiere generico);
- *Rita Bonacossa* (collaboratore amministrativo professionale);
- *Umberto Bonfanti* (operatore tecnico);
- *Anna Cariello* (ausiliaria specializzata);
- *dott.ssa Daniela Castagnone* (primario radiologo);
- *Rino Danelutto* (commesso);
- *Mario Donato* (operatore tecnico);
- *Carla Gatti* (coadiutore amministrativo);
- *dott. Roberto Germiniani* (aiuto medico chirurgo);
- *Dott. Carloalberto Giovannelli* (dirigente medico);
- *Mattea Miranda* (infermiera generica);

- *Pietrina C. Pala* (ausiliaria specializzata);
- *Oliviero Pisoni* (dirigente amministrativo);
- *Galileo Porta* (infermiere generico);
- *Ermenegildo Rota* (infermiere generico);
- *dott.ssa Lorena Sampieri* (dirigente medico);
- *Paolo Signorini* (operatore tecnico);
- *dott. Giorgio Signoroni* (dirigente medico anestesista);
- *Angela Zuppini* (tecnico di laboratorio).

### **Nuovi indirizzi e cambi di indirizzo**

Informiamo i dipendenti universitari e opedalieri che nuovi indirizzi e cambi eventuali di recapito devono essere segnalati tempestivamente e direttamente alla direzione della rivista “la Ca’ Granda”, via F. Sforza 28, 20122 Milano, tel. 02.5503.8376, fax 5503.8264.

# *Cronache amministrative*

quarto trimestre 2001

*a cura del Commissario straordinario dell'IRCCS Ospedale Maggiore*

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

## ***a - affari generali e legale***

- Legge 11-2-1994 n.109 Art. 14; Decreto del Ministero dei lavori pubblici 21.6.2001: programma triennale 2002/2004 ed elenco annuale dei lavori 2002;
- adesione al "Consorzio Lombardia Libera energie";
- affidamento di incarico professionale per il servizio di medico competente;
- rendicontazione periodica della deliberazione n.10 del 9.1.2001 ad oggetto: "Servizio tecnico spese correnti in economia per manutenzione apparecchiature medico-scientifiche anno 2001";
- appalto lavori di riorganizzazione distributiva e adeguamento tecnologico del padiglione guardia/ accettazione / pronto soccorso: costituzione di collegio tecnico cui affidare le necessarie verifiche in materia di igiene ospedaliera e di impiantistica sanitaria in ordine alla proposta di variante in corso d'opera n.1 (cosiddetta "archeologica") e alla proposta di variante in corso d'opera n.2 (cosiddetta "agosto 2001");
- trattativa privata per il condizionamento del laboratorio di analisi situato al piano seminterrato del pad. Valetudo di via Pace 9: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura e l'installazione di un impianto di condizionamento nella sala riunioni di palazzo uffici: aggiudicazione;
- fornitura in opera di un nuovo impianto di condizionamento per le camere operatorie al primo piano del pad. Cesarina Riva: aggiudicazione;

- appalto della manutenzione giardini dell'Ospedale: proroga del contratto d'appalto in corso;
- convenzione con l'Associazione volontari ospedalieri "AVO";
- accordo con l'Associazione per l'Abbazia di Mirasole per l'utilizzo a fini formativi di parte del complesso abbaziale di Mirasole: approvazione della convenzione;
- affidamento mediante procedura negoziata del servizio di consulenza e di brokeraggio assicurativo: aggiudicazione del contratto.

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

- convenzione tra l'Ospedale Maggiore e la "Fondazione Luigi Villa. Centro studi di patologia molecolare applicata alla clinica" per il potenziamento della collaborazione scientifica nell'ambito di attività di ricerca di comune interesse: rinnovo;
- accordo di collaborazione e gemellaggio tra il Centro trapianti di midollo dell'Ospedale Maggiore di Milano e il Centro di ematologia dell'Ospedale pediatrico universitario di Damasco (Repubblica araba siriana);
- designazione del nuovo coordinatore e approvazione del regolamento del dipartimento di medicina trasfusionale e di ematologia (DMTE) della Città di Milano Centro;
- istituzione di una commissione "Prevenzione e sicurezza" nell'ambito dell'attuazione delle norme in materia di salute e sicurezza dei luoghi di lavoro;
- "Giornate di aggiornamento di color doppler vascolare", Milano, 13-15 marzo; 15-17 maggio, 18-20 settembre 2002;

- manifestazione “Il cancro alla tiroide” organizzata dall’Istituto di scienze endocrine, padiglione Monteggia, 19-1-2002;
- Convegno “La gestione del paziente con epatite B”, 6-12-2001.

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

- assegnazione di finanziamenti per progetti di ricerca corrente 1999: istituzione di 151 borse di ricerca;
- ricerca corrente 1999: borse di ricerca istituite con deliberazione n. 2162 del 19.11.2001, approvazione dei verbali di concorso e conseguente assegnazione di 137 borse di ricerca.

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

- trasformazione di posti d’organico;
- trasformazione di un posto di assistente amministrativo in un posto di assistente tecnico;
- assunzione di otto ausiliari specializzati (contingente tecnico/economale) a tempo determinato a part-time (50%) a seguito di avviamento del centro per l’impiego di Milano;
- assunzione a tempo indeterminato di un collaboratore professionale sanitario, tecnico di neurofisiopatologia a tempo pieno;
- indizione di selezione interna per la copertura di 19 posti di coadiutore amministrativo esperto;
- pagamento contributo spese agli allievi del primo anno del corso di diploma universitario infermieristico (anno accademico 2000/2001);
- accordo collettivo quadro del 7.8.1998: presa d’atto della costituzione R.S.U. dell’Istituto;
- indizione di concorso pubblico nonché di pubblica selezione, per la copertura di 40 posti di collaboratore professionale sanitario, infermiere, a tempo pieno: formalizzazione dell’ordinanza commissariale d’urgenza n. 84 del 31.10.2001;
- indizione di concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di due posti di assistente amministrativo a tempo pieno;
- indizione di concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di 6 posti di collaboratore professionale sanitario – tecnico sanitario di radiologia medica – a tempo pieno: formalizzazione dell’ordinanza commissariale d’urgenza n. 98 del 4.2.2001;
- riconduzione dei posti di organico di applicazione CCNL comparto sanità: biennio economico 2000/2001 sottoscritto in data 20.9.2001;

- unificazione delle unità operative di radiologia;
- affidamento della responsabilità del Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti;
- inquadramento nella qualifica di operatore tecnico addetto all’assistenza di 17 ausiliari specializzati;
- indizione di avviso pubblico per la copertura di un posto di dirigente medico, direttore di presidio ospedaliero con attribuzione dell’incarico di direzione di struttura complessa;
- concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di un posto di dirigente amministrativo per l’Ufficio relazioni con il pubblico: approvazione dei verbali rassegnati dalla commissione esaminatrice e conseguenti adempimenti;
- applicazione D.P.R. 27.3.2001 n.220: regolamento recante la disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale.

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

- trattativa privata per la fornitura annuale di provette da prelievo per biologia molecolare per la determinazione HCV RNA con tecnologia Nat: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di: piastre di laboratorio e linee arterovenose per emodialisi: aggiudicazione;
- trattativa privata per la stipulazione di un contratto semestrale per la fornitura di reagenti e strumenti per la determinazione HCV RNA con tecnologia Nat: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di filo di sutura, poliammide monofilamento, per trenta mesi: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura triennale di elettrodi per ECG e monitoraggio: aggiudicazione;
- acquisto di apparecchiature finalizzate all’attività di ricerca, finanziamento del Ministero della Sanità, in conto capitale 1999, di lire 5.180.440.000;
- trattativa privata per la fornitura di materiale di consumo per interventi di cataratta e vitrectomia con apparecchiatura dedicata a doppio utilizzo (facemulsificazione vitrectomia) in service: aggiudicazione;
- acquisto di diversi presidi per il Centro trasfusionale;
- acquisto di dieci carrelli per emergenza e anestesia per i diversi reparti dell’Ospedale;
- indizione di trattativa privata diretta per l’assistenza tecnica apparecchiature in dotazione ai pazienti

in trattamento dialitico domiciliare per due anni;

- trattativa privata per la fornitura di liquido sterile per reinfusione con bicarbonato; aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di arredi e attrezzature diverse per i nuovi locali TAC e RMN pad. Beretta neuro: aggiudicazione;
- indizione di pubblico incanto per la fornitura di materiale monouso in tessuto non tessuto (TNT) sterile e non sterile, per diciotto mesi;
- acquisto di accessori e ricambi per elettrobisturi RTO 400TA;
- acquisto di tre contenitori criobiologici modello espace 330 della ditta Air liquide sanità per il Centro trasfusionale e immunologia dei trapianti, pad. Marangoni: aggiudicazione;
- acquisto di reagenti e radionuclidi necessari ai diversi reparti e laboratori diagnostici per l'anno 2002;
- licitazione privata per l'acquisizione di un sistema di monitoraggio per terapie intensive per il servizio di anestesia e rianimazione pad. E. Vecla e rianimazione pad. Beretta ovest: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di materiale ortopedico: aggiudicazione; acquisto di cinque ricetrasmittenti/telefax da tavolo per diversi reparti dell'Ospedale;
- licitazione 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: aggiudicazione definitiva;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di materiale angiografico per procedure diagnostiche ed interventistiche per il servizio di radiologia chirurgica del pad. Zonda;
- trattativa privata per la fornitura di: lancette pungidito, materiale di consumo per saturimetri e ossimetri, siringhe per emogasanalisi: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di materiale per infusione di farmaci chemioterapici: aggiudicazione;
- materiale originale Kodak per il servizio di fisica sanitaria : aggiudicazione;
- sperimentazione di sistemi/sacche per dialisi peritoneale continua (CAPD) per un anno: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura bien-

nale di cateteri venosi centrali;

- indizione di trattativa privata per l'acquisizione di un monitoraggio Magnitude ed un ventilatore amagnetico da installare presso la nuova risonanza magnetica pad. Beretta ovest;
- aggiudicazione di licitazione privata per l'affidamento del servizio trasporto malati, suddiviso in lotti per due anni;
- messa a norma del deposito temporaneo di rifiuti ospedalieri liquidi, pericolosi a rischio chimico;
- estensione del servizio di prenotazione telefonica delle prestazioni sanitarie (call center) all'area di via Pace per il periodo 17.12.2001-15.4.2002;
- servizio di ritiro, trasporto e smaltimento di rifiuti ingombranti (arredi di tipo diverso dismessi e fuori uso), apparecchiature elettriche (computer e stampanti irreparabili e fuori uso) e frigoriferi (irreparabili e fuori uso);
- aggiudicazione per l'affidamento di una consulenza specialistica a supporto dell'attività dell'ufficio valutazione e miglioramento della qualità per l'applicazione del sistema di qualità aziendale;
- noleggio di fotocopiatrici per diversi reparti dell'Ente per 4 anni dall'1.1.2002: utilizzo di convenzione;
- acquisto di materiali necessari per il Servizio beni culturali;
- appalto servizio di pulizia e sanificazione parti comuni e spazi sanitari, ampliamento servizio estensione dell'attuale servizio per padiglioni Graneli e Pasini per il periodo 1.1.2002-31.3.2002;
- aggiudicazione della trattativa privata per l'affidamento del servizio di manutenzione presidi antincendio, coordinamento e corsi d'addestramento antincendio per tre anni;
- modificazione del Regolamento per gli acquisti e le spese da effettuarsi in economia approvato con deliberazione n.566 del 13.3.1992; aggiornamento dell'importo massimo di spesa autorizzato per gli acquisti e le spese da effettuarsi in economia ed integrazione novero dei funzionari delegati all'effettuazione di dette spese;
- acquisto di trecento armadietti spogliatoio per il personale infermieristico: aggiudicazione;
- pubblico incanto per il rinnovo abbonamenti a pubblicazioni e riviste per la biblioteca scientifica per due anni con decorrenza dall'1.1.2002: appro-

vazione della documentazione di gara;  
- trattativa privata per la fornitura triennale di vetreria, plastica e varie da laboratorio: aggiudicazione;  
- acquisto di una affrancatrice postale predisposta per l'Euro e bilancia elettronica per l'Ufficio protocollo;  
- affidamento del servizio sostitutivo mensa presso il magazzino di Rozzano per un semestre.

#### ***f - servizio tecnico***

- riparazione dell'unità di memorizzazione di massa, hard disk e scheda di controllo dell'impianto di risonanza magnetica Magnetom 63/84, matricola MR102504225, in dotazione presso il servizio di neuroradiologia del padiglione Granelli;  
- spese correnti in economia per la manutenzione per l'anno 2002 di: apparecchiature e impianti termomeccanici; apparecchiature e impianti elettrici e apparecchiature medico-scientifiche;  
- spese correnti in economia per il 2002 per la manutenzione edile e per l'acquisto di articoli tecnici.

#### ***g - servizio patrimoniale***

- aggiudicazione dell'appalto dei lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria occorrente nei lotti: Fallavecchia/ Mirasole/ Magenta, Sesto Calende/ Vernate/ Linarolo; Zelo Buon Persico/ Bertonico/ Brianza; Milano zona ovest; e Milano zona est;  
- indizione di licitazioni private per la vendita di 5.222 piante da abbattere entro l'annata agraria 2001/2002.

#### ***h - servizio beni culturali***

- affidamento all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano della realizzazione del programma di interventi di recupero e di valorizzazione del patrimonio storico artistico dell'Ospedale Maggiore;  
- convenzione per lo svolgimento di attività di volontariato a supporto del servizio beni culturali.

#### ***i - ragioneria***

- convenzione tra la Regione Lombardia e l'Ospedale Maggiore per il funzionamento del Centro regionale di riferimento per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti presso il Centro trasfusionale e di immunologia trapianti: rinnovo;  
- Banca del sangue raro: tipizzazione dei donatori e organizzazione raccolta e trasferimento campioni.

#### ***l - informatica***

- aggiudicazione dell'appalto concorso per la fornitura del sistema informatico amministrativo dell'Ospedale;  
- aggiudicazione della trattativa privata per la realizzazione di interventi urgenti di estensione della rete fonia dati esistente;  
- aggiudicazione della trattativa privata per l'acquisto e il noleggio di personale computer completi di software di base.

#### ***m - contributi e beneficenza***

Sono pervenute le seguenti donazioni e oblazioni: attrezzature informatiche dal Lions Club Milano Alto Milanese; attrezzature varie dai signori Maria Luisa Brambilla e Rosario Briguglio; un insufflatore/aspiratore per laparoscopia da parte del prof. Emanuele Montanari; quattro materassini ad aria con compressore dalla signora Bona Orsi Mangelli; uno scanner Scanjet 6350 e un computer Celeron dalla Società Biostatistica Sas e dalla signora Germana Salina Dossena; una stampante multifunzionale dal signor Giuseppe Rabolini; strumenti diagnostici per il Centro trasfusionale e immunologia dei trapianti dalla ditta Becton Dickinson; un sistema Immucor ABS dalla Immucor Italia s.r.l.; un software e scanner dalla società Oxoid S.p.A.; un software Quani reparto dalla Società Pfizer italiana S.p.A.; un personal computer con monitor, modem, masterizzatore e stampante dalla Roche S.p.A.; una fotocopiatrice dalla Fondazione "Il sangue"; due lavastoviglie dalla Commissione visitatori-visitatrici. È stata accettata una oblazione in memoria della signora Maria Longoni Strada.

---

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

# Indice generale dell'annata 2001

## *per autore*

### **Belli, Carlo**

Il dolore toracico

*fascicolo 1-2 - pagg. 55-56*

Sovrappeso, obesità: considerazioni di un cardiologo

*fascicolo 3 - pagg. 11-13 (ill.)*

### **Bevacqua, Vincenzo**

C'era una volta Milano a croci e colori

*fascicolo 3 - pagg. 39-42 (ill.)*

D. Pizzagalli: La Signora di Milano (rec.)

*fascicolo 1-2 - pagg. 73-74*

### **Bompiani, Adriano**

Bioetica in Europa, oggi

*fascicolo 1-2 - pagg. 26-32*

### **Bottanelli, Maria Teresa**

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico: finalità e stato di attuazione

*fascicolo 4 - pagg. 30-33*

### **Brambilla, Italo**

Vivere e sopravvivere con l'ossigeno

*fascicolo 3 - pagg. 18-19*

### **Bressan, Livio**

Malattia di Alzheimer: è possibile un moderno approccio rieducativo con l'arte e la musica?

*fascicolo 3 - pagg. 25-29*

### **Brivio, Ernesto**

Tra le statue del Duomo in cerca degli Sforza

*fascicolo 4 - pagg. 34-36 (ill.)*

### **Cenedella, Cristina**

La Milano napoleonica: breve indagine nei Luoghi Pii tra il 1796 e il 1814

*fascicolo 1-2 - pagg. 67-70 (ill.)*

### **Cislaghi, Ferdinando**

Il complesso di Laio e la vita ospedaliera

*fascicolo 3 - pagg. 37-38*

### **Cosmacini, Giorgio**

Biografia della Ca'Granda

Uomini e idee dell'Ospedale Maggiore di Milano

*fascicolo 1-2 - pagg. 10-22 (ill.)*

"Curare e aver cura" nel primo Ottocento

*fascicolo 4 - pagg. 18-27 (ill.)*

Memoria e storia

*fascicolo 3 - pagg. 14-17*

### **Dal Sasso, Giancarlo**

I diritti umani dell'utente nel servizio sanitario

*fascicolo 1-2 - pagg. 44-54 (ill.)*

Ospedale umano, logica aziendale, personale motivato

*fascicolo 4 - pagg. 3-8*

### **Faieta, Elena**

La protes digitale negli adolescenti sordi preverbalmente

*fascicolo 3 - pagg. 8-10 (ill.)*

### **Fogazzi, Giovanni Battista**

Il dott. Carlo Leopoldo Rovida, un grande medico del passato che lavorò presso l'Ospedale Maggiore di Milano

*fascicolo 1-2 - pagg. 62-64 (ill.)*

### **Galimberti, Paolo**

Misericorditer relaxaverint - Le indulgenze per gli ospedali milanesi

*fascicolo 3 - pagg. 20-24 (ill.)*

### **Ghislandi, Enrico**

Il braccio destro e il braccio sinistro

*fascicolo 4 - pagg. 27-28*

### **Guareschi Cazzullo, Adriana**

La depressione infantile

*fascicolo 4 - pagg. 13-17 (ill.)*

### **Maiocchi, Giuseppe**

Così prende vita un nuovo farmaco: dal suo concepimento alla sua nascita

*fascicolo 1-2 - pagg. 33-43 (ill.)*

### **Muttillio, Giovanni**

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico: finalità e stato di attuazione

*fascicolo 4 - pagg. 30-33*

### **Passarelli, Gisella**

Mirasole

*fascicolo 3 - pagg. 45*

### **Ponticelli, Claudio**

Il dott. Carlo Leopoldo Rovida, un grande medico del passato che lavorò presso l'Ospedale Maggiore di Milano

*fascicolo 1-2 - pagg. 62-64 (ill.)*

### **Randazzo, Antonio**

Considerazioni eterodosse sulla pittura contemporanea

*fascicolo 3 - pagg. 33-36 (ill.)*

Un saluto al nuovo Ministro

*fascicolo 3 - pagg. 3*

### **Rebora, Segio**

Arte in Ticino 1803-1870

Esposte opere di proprietà dell'Ospedale Maggiore

*fascicolo 4 - pagg. 37-38 (ill.)*

### **Renzi, Luigi**

Il commiato dell'ultimo segretario generale dell'Ospedale Maggiore

*fascicolo 1-2 - pagg. 23-25 (ill.)*

### **Sironi, Vittorio**

C. L. Cazzullo: Storia breve della psichiatria itaiana (rec.)

*fascicolo 1-2 - pagg. 72-73*

### **Todini, Loredana**

La protesi digitale negli adolescenti sordi preverbal  
*fascicolo 3 - pagg. 8-10 (ill.)*

**Vergani, Carlo**

La medicina della complessità e l'invecchiamento  
della popolazione

*fascicolo 3 - pagg. 4-7 (ill.)*

**Vitale, Marco**

Microcredito oggi. Riflessioni su antiche e recenti esperienze

*fascicolo 4 - pagg. 9-11*

**Zaghis, Arturo**

La protesi digitale negli adolescenti sordi preverbal

*fascicolo 3 - pagg. 8-10 (ill.)*

**Zennaro, Fernando**

Che cosa è la day surgery?

*fascicolo 1-2 - pagg. 65-66*

*per argomento*

**Abbazia di Mirasole**

L'estate domenicale a Mirasole

*fascicolo 3 - pag. 45*

A Mirasole il primo Corso di bioetica

*fascicolo 3 - pagg. 44-45*

Mirasole - Gisella Passarelli

*fascicolo 3 - pag. 45*

**Arte**

Arte in Ticino 1803-1870. Esposte opere di proprietà  
dell'Ospedale Maggiore - Sergio Reborà

*fascicolo 4 - pagg. 37-38 (ill.)*

Considerazioni eterodosse sulla pittura contemporanea -  
Antonio Randazzo

*fascicolo 3 - pagg. 33-36 (ill.)*

Una tela per la vita - La beneficenza all'Ospedale Maggiore -  
Giorgio Cosmacini

*fascicolo 3 - pagg. 31-32*

Un quadro dell'Ospedale, un restauro di importanza storica

*fascicolo 3 - pag. 44*

**Audiologia**

La protesi digitale negli adolescenti sordi preverbal -

L. Todini, E. Faieta, A. Zaghis

*fascicolo 3 - pagg. 8-10 (ill.)*

L'orecchio da non dimenticare. Appunti sempre attuali di  
Massimo Del Bo - E. Amigoni Del Bo (a cura di) - (rec.),  
Umberto Ambrosetti

*fascicolo 3 - pagg. 43-44*

**Bioetica**

Bioetica in Europa, oggi - Adriano Bompiani

*fascicolo 1-2 - pagg. 26-32*

A Mirasole il primo Corso di bioetica

*fascicolo 3 - pagg. 44-45*

**Cardiologia**

Il dolore toracico - Carlo Belli

*fascicolo 1-2 - pagg. 55-56*

Sovrappeso, obesità: considerazioni di un cardiologo -  
Carlo Belli

*fascicolo 3 - pagg. 11-13 (ill.)*

**Cazzullo, Carlo Lorenzo**

Riconoscimenti - premi

*fascicolo 3 - pag. 45*

**Chirurgia**

Che cosa è la day surgery? - Fernando Zennaro

*fascicolo 1-2 - pagg. 65-66*

**Decleva, Enrico**

Il nostro saluto al nuovo rettore dell'Università prof. Decleva  
e un pensiero riconoscente al prof. Mantegazza

*fascicolo 4 - pag. 2 (ill.)*

**Del Bo, Massimo**

L'orecchio da non dimenticare. Appunti sempre attuali di  
Massimo Del Bo - E. Amigoni Del Bo (a cura di) - (rec.),  
Umberto Ambrosetti

*fascicolo 3 - pagg. 43-44 (ill.)*

**Economia**

Microcredito oggi. Riflessioni su antiche e recenti esperienze -  
Marco Vitale

*fascicolo 4 - pagg. 9-11*

**Fisiopatologia respiratoria**

Vivere e sopravvivere con l'ossigeno - Italo Brambilla

*fascicolo 3 - pagg. 18-19*

**Geriatría**

La medicina della complessità e l'invecchiamento  
della popolazione - Carlo Vergani

*fascicolo 3 - pagg. 4-7 (ill.)*

**Mantegazza, Paolo**

Il nostro saluto al nuovo rettore dell'Università prof. Decleva  
e un pensiero riconoscente al prof. Mantegazza

*fascicolo 4 - pag. 2 (ill.)*

**Neurologia**

Malattia di Alzheimer: è possibile un moderno  
approccio rieducativo con l'arte e la musica? - Livio Bressan

*fascicolo 3 - pagg. 25-29*

L'Università di Milano, premiata in ricerca

*fascicolo 4 - pag. 39-40*

**Ospedale Maggiore**

Arte in Ticino 1803-1870. Esposte opere di proprietà  
dell'Ospedale Maggiore - Sergio Reborà

*fascicolo 4 - pagg. 37-38 (ill.)*

Biografia della Ca'Granda. Uomini e idee dell'Ospedale  
Maggiore di Milano - Giorgio Cosmacini

*fascicolo 1-2 - pagg. 10-22 (ill.)*

Che cosa è la day surgery? - Fernando Zennaro

*fascicolo 1-2 - pagg. 65-66*

Il commiato dell'ultimo segretario generale dell'Ospedale  
Maggiore - Luigi Renzi

*fascicolo 1-2 - pagg. 23-25 (ill.)*

Il dott. Carlo Leopoldo Rovida, un grande medico del passato  
che lavorò presso l'Ospedale Maggiore di Milano - G. B.

Fogazzi, C. Ponticelli

*fascicolo 1-2 - pagg. 62-64 (ill.)*

Festa del Perdono 2001

*fascicolo 1-2 - pagg. 2-9 (ill.)*

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

*fascicolo 4 - pagg. 39-40*

Premi ai migliori studenti, figli di dipendenti ospedalieri

*fascicolo 3 - pag. 45*

Un quadro dell'Ospedale, un restauro di importanza storica

*fascicolo 3 - pag. 44*

Riconoscimenti - Piero Pietri

*fascicolo 4 - pag. 40-41*

Riunione del Consiglio dell'Associazione Commissione  
Visitatori e Visitatrici

*fascicolo 3 - pag. 45*

Un saluto al nuovo Ministro - Antonio Randazzo

*fascicolo 3 - pag. 3*

Tra le statue del Duomo in cerca degli Sforza - Ernesto Brivio

*fascicolo 4 - pagg. 34-36 (ill.)*

Una tela per la vita. La beneficenza all'Ospedale Maggiore -  
Giorgio Cosmacini

*fascicolo 3 - pagg. 31-32*

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico: finalità e stato di attuazione -  
Maria Teresa Bottanelli, Giovanni Muttillio

*fascicolo 4 - pagg. 30-33*

#### **Pietri, Piero**

Riconoscimenti

*fascicolo 4 - pag. 39*

#### **Problemi del paziente**

Il braccio destro e il braccio sinistro - Enrico Ghislandi

*fascicolo 4 - pagg. 27-29*

I diritti umani dell'utente nel servizio sanitario -

Giancarlo Dal Sasso

*fascicolo 1-2 - pagg. 44-54 (ill.)*

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico: finalità e stato di attuazione -  
Maria Teresa Bottanelli, Giovanni Muttillio

*fascicolo 4 - pagg. 30-33*

#### **Psichiatria**

La depressione infantile - Adriana Guareschi Cazzullo

*fascicolo 4 - pagg. 13-17 (ill.)*

Storia breve della psichiatria italiana - C. L. Cazzullo - (rec.)

A. Sironi

*fascicolo 1-2 - pagg. 72-73*

#### **Sanità**

Il braccio destro e il braccio sinistro - Enrico Ghislandi

*fascicolo 4 - pagg. 27-28*

I diritti umani dell'utente nel servizio sanitario -

Giancarlo Dal Sasso

*fascicolo 1-2 - pagg. 44-54*

Ospedale umano, logica aziendale, personale motivato -

Giancarlo Dal Sasso

*fascicolo 4 - pagg. 3-8*

#### **Scienze farmaceutiche**

Così prende vita un nuovo farmaco: dal suo concepimento  
alla sua nascita - Giuseppe Maiocchi

*fascicolo 1-2 - pagg. 33-43 (ill.)*

#### **Storia della Medicina**

Biografia della Ca'Granda. Uomini e idee dell'Ospedale  
Maggiore di Milano - Giorgio Cosmacini

*fascicolo 1-2 - pagg. 10-22 (ill.)*

"Curare e aver cura" nel primo Ottocento - Giorgio Cosmacini

*fascicolo 4 - pagg. 18-26 (ill.)*

Il dott. Carlo Leopoldo Rovida, un grande medico del passato  
che lavorò presso l'Ospedale Maggiore di Milano - G. B.

Fogazzi, C. Ponticelli

*fascicolo 1-2 - pagg. 62-64 (ill.)*

Memoria e storia - Giorgio Cosmacini

*fascicolo 3 - pagg. 14-17*

#### **Storia di Milano**

C'era una volta Milano a croci e colori - Vincenzo Bevacqua  
*fascicolo 3 - pagg. 39-42 (ill.)*

La Milano napoleonica: breve indagine nei Luoghi Pii  
tra il 1796 e il 1814 - Cristina Cenedella

*fascicolo 1-2 - pagg. 67-70 (ill.)*

Misericorditer relaxaverint - Le indulgenze per gli ospedali  
milanesi - Paolo Galimberti

*fascicolo 3 - pagg. 20-24 (ill.)*

Tra le statue del Duomo in cerca degli Sforza - Ernesto Brivio  
*fascicolo 4 - pagg. 34-36 (ill.)*

#### **Università**

Il nostro saluto al nuovo rettore dell'Università prof. Decleva  
e un pensiero riconoscente al prof. Mantegazza

*fascicolo 4 - pag. 2 (ill.)*

L'Università di Milano, premiata in ricerca

*fascicolo 4 - pag. 39-40*

Riconoscimenti - Piero Pietri

*fascicolo 4 - pag. 39*





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

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