



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIII - n. 4 - 2002

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIII - n. 4 - 2002

sommario

	pagina
Ai lettori	1
Umanesimo postmoderno e pratica medica <i>Beppe Rocca</i>	2
Elaborazione del "fenomeno dolore" <i>Sergio Ferri</i>	7
Salute e bioetica – III <i>Giorgio Cosmacini, Roberto Mordacci</i>	15
Problematiche attuali della sperimentazione clinica <i>Silvio Garattini</i>	19
La famiglia e il nuovo welfare <i>Antonio Maggioni</i>	23
Mezzo secolo di Dermatologia Pediatrica in via Pace <i>Carlo Gelmetti</i>	30
La donazione, il prelievo e i trapianti d'organo alla luce della recente normativa sul coordinatore locale: le nuove funzioni della Direzione Sanitaria <i>Ermenegildo Maltagliati, Antonello Rossetti</i>	33
Il nostro Servizio di Endocrinologia: l'Istituto di Scienze Endocrine <i>N.R.</i>	37
I genitori e la TV: la responsabilità nei sogni <i>Gianni Trimarchi</i>	39
Giacomo Bascapè archivista dell'Ospedale Maggiore Un centenario da ricordare <i>Paolo M. Galimberti</i>	42
Un oggetto prezioso nelle raccolte d'arte dell'Ospedale <i>Mariangela Viviani</i>	44
Asterisco	46
Cronista di sanità <i>Antonella Cremonese</i>	47
Recensioni	49
Notizie	51
Cronache amministrative	52
Indice generale dell'annata	55

La copertina

Nell'antica Ca' Granda, oggi sede dell'Università degli Studi: frammento di cornice di cotto della seconda metà del secolo XVI, probabilmente opera del Filarete (da: Liliana Grassi, *Lo Spedale di Poveri del Filarete*)

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

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

ai lettori

Molte domande oggi sulla medicina, su ciò che da sempre ci si aspetta dalla medicina e, di contro, sulle sorprendenti disillusioni che, nonostante i mezzi, le ricerche, i progressi innegabili degli ultimi cinquant'anni, il paziente subisce in crescendo e apertamente denuncia. In apertura del fascicolo il dott. Beppe Rocca, vice direttore scientifico dell'Ospedale.

Essenziale e incontrovertibile l'affermazione del prof. Sergio Ferri, farmacologo, all'inizio del suo intervento sul sempre attuale "fenomeno dolore": affermazione che induce a seguirlo con attenzione nelle pagine successive.

Sotto il titolo "Salute e bioetica", autori Cosmacini-Mordacci, in questa terza parte Roberto Mordacci ci intrattiene in particolare sulle concezioni del rapporto medico-paziente che si concretizzano nel "cosiddetto consenso informato".

Ricerca clinica, sperimentazione clinica, comitati etici in medicina, con il compito di vigilare perché ricerca e sperimentazione siano condotte nell'esclusivo interesse del malato e della sanità pubblica; ribadire la necessità di una campagna d'informazione per creare un fondo di ricerca indipendente dalle sponsorizzazioni delle industrie farmaceutiche, sono i concetti base dell'intervento recente del prof. Silvio Garattini al nostro Comitato etico.

La famiglia che cambia, nelle pagine a firma dell'ing. Antonio Maggioni, coordinatore della Federazione lombarda Centri assistenza alla famiglia: la famiglia, cellula fondamentale della società, ha attraversato una crisi, ma si prospetta un'evoluzione positiva a seguito del rinnovato interesse delle istituzioni per la sua difesa e valorizzazione. Istituzioni e Chiesa cattolica si trovano nuovamente a collaborare, anche attraverso il rilancio dei consultori familiari privati.

La Dermatologia pediatrica dell'Ospedale Policlinico, fondata in anni lontani dall'indimenticato prof. Ferdinando Gianotti, oggi ne porta il nome e nell'iter straordinario del suo insegnamento, delle sue scoperte, è ora un punto di riferimento nazionale per tutte le patologie cutanee del bambino.

Ne scrive per noi il prof. Carlo Gelmetti, responsabile di quella che è attualmente l'Unità operativa di Dermatologia pediatrica.

A firma del direttore sanitario dott. Maltagliati e del dott. Rossetti conosciamo le nuove funzioni della Direzione sanitaria, secondo la recente normativa che regola la donazione, il prelievo, i trapianti d'organo, con l'istituzione del coordinatore locale.

Un'essenziale nota redazionale, sul nostro Servizio di Endocrinologia nell'Istituto universitario di scienze endocrine, ne pone in evidenza la "lunga tradizione endocrinologica in campo assistenziale, di ricerca e accademico".

Una intensa pagina di Gianni Trimarchi su un argomento di "costante" attualità: la televisione, i bambini, i genitori. Bibliografia, esperienza, testimonianze diverse comunicano un fondato sospetto: "che la TV sia spesso più funzionale alle istanze dei genitori, che non a quelle dei bambini". Ci sono però equilibrate considerazioni e deduzioni.

Il dott. Paolo Galimberti ricorda il centenario della nascita di Giacomo Bascapè, prestigioso archivistica dell'Ospedale Maggiore dal 1932 al '67: saggista, storico, scrittore e, si ha piacere di ricordarlo, per anni collaboratore generoso di questa rivista.

In archivio un giusto spazio a un oggetto prezioso e particolare, per la descrizione di Mariangela Viviani.

Prima delle recensioni librarie per le firme di Giuseppe Maiocchi e Vincenzo Bevacqua, prima delle consuete rubriche e dell'indice annuale per autore e argomento, una bella pagina di Antonella Cremonese - nota giornalista del Corriere della Sera e amica della Ca' Granda - dall'esperienza cronacistica di sanità.

Umanesimo postmoderno e pratica medica

BEPPE ROCCA

Il paradosso della medicina moderna

Il primo numero del *British Medical Journal* (BMJ) del 1950 esordiva con un editoriale di Sir Henry Dale che celebrando le recenti scoperte degli antibiotici e del cortisone prevedeva un futuro radioso e senza limiti per la ricerca e la pratica medica. L'emozione che coglieva il lettore era un senso di partecipazione a un'epoca di successi senza precedenti per la medicina occidentale ¹.

Il numero del BMJ del 6 aprile 2002 comunica una sensazione completamente diversa ²: la medicina del nuovo millennio è malata. Essa è afflitta da una crisi analizzabile schematicamente a quattro livelli:

1. Medici e infermieri sono sempre più infelici e disillusi dalla professione ³

2. E' in crescita il numero di persone sane, ansiose per la loro salute e per rischi di ogni genere, che si sentono abbandonate dalla medicina [i cosiddetti *worried well*]

3. Il crescente successo e popolarità delle medicine alternative

4. La spirale apparentemente incontrollabile dei costi delle cure mediche e dei servizi sanitari ⁴.

Visti gli innegabili successi tecnologici degli ultimi cinquant'anni ci si aspetterebbe una professione medica e infermieristica particolarmente soddisfacente. Invece i giovani medici sono annoiati e disillusi. L'Institute of Policy Studies di Londra ha fornito statistiche indicative di un trend reale in questa direzione. (Figura 1).

È importante cercare di capire le ragioni di questa disillusione perché essa contribuisce alla crisi della medicina, al *burn out* di molti colleghi e perché medici e infermieri infelici probabilmente non hanno la passione e il coraggio necessari per affrontare la crisi e uscire dalle difficoltà attuali.

I successi terapeutici della medicina moderna dovrebbero aver ridotto la paura delle malattie e dei rischi della vita quotidiana. Ancora una volta, paradossal-

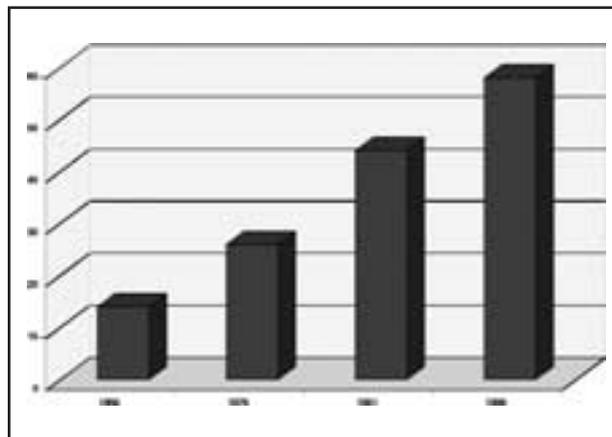


Figura 1. Percentuale di medici pentiti di aver scelto di fare il medico tra i laureati in alcuni anni (coorti)⁵.

mente si è verificato il fenomeno opposto: negli ultimi trent'anni la percentuale delle persone che si dichiarano *preoccupate per la loro salute* è passata dal 10 al 50 per cento ⁶.

I soldi investiti in farmaci e tecnologie sono aumentati in modo impressionante, il costo del personale è diventato insostenibile, i medici prescrivono più farmaci, più esami e dispongono di più tecnologia di quanto non sia mai avvenuto nell'intera storia della medicina ⁷. Negli stessi anni non si è verificato un miglioramento corrispondente dei risultati e neppure un accesso ai servizi socialmente più giusto, in particolare a vantaggio dei gruppi sociali particolarmente soggetti a malattia ⁸.

I successi tecnici e terapeutici della medicina moderna avrebbero dovuto determinare la scomparsa, o almeno spingere ai margini pratiche di medicina alternativa come l'omeopatia e la medicina naturale. Al contrario le medicine alternative godono di popolarità crescente in tutti i paesi occidentali e negli Stati Uniti le visite fornite dalle medicine alternative (425 milioni) hanno superato il numero delle visite dei medici di medicina generale (388 milioni) a partire dal 1993 ⁹.

Quali sono le ragioni di questo successo delle medici-

ne alternative? Quali caratteristiche specifiche della medicina occidentale contribuiscono a questo calo di popolarità?

Cercare di capire l'emergere del paradosso è senza dubbio un compito complesso e sicuramente più elementi hanno contribuito da sfere diverse della società e della cultura, ma dobbiamo riconoscere che *qualcosa è andato storto* nella storia della medicina e il suo effetto è emerso in superficie ed è esploso con la medicina moderna.

Roy Porter suggerisce quali sono gli scopi di una storia della medicina: "Uno degli scopi principali... è ricreare il senso di una medicina che si è costantemente ricreata, demolendo vecchi dogmi, costruendo sul passato, modellando nuove prospettive, e ridefinendo i suoi obiettivi. In un certo senso, naturalmente, la medicina ha sempre avuto come scopo la stessa cosa: *curare chi è sofferente*. Tuttavia ciò che questo ha comportato – in termini di immaginazione, organizzazione, scientificità, umanità – è stato sempre in uno stato di trasformazione¹⁰".

Ma è fuorviante assumere tacitamente che la medicina ha sempre mantenuto nel tempo lo scopo civico di *curare chi è sofferente*. Proprio dall'analisi della storia tormentata della ricerca e della pratica medica emerge il suggerimento di cominciare con una definizione esplicita di quello che dovrebbe essere lo scopo civico della medicina: ciò che la società civile si aspetta da essa e ciò che invece essa è stata ed è diventata concretamente nel corso della sua storia.

La specificità della medicina occidentale

Un modo per cercare di capire la crisi della *medicina ufficiale occidentale* è chiedersi: cosa è specifico di questa tradizione?

Una risposta è stata suggerita da Kleinman. Egli esordisce asserendo che: "c'è qualcosa di specifico riguardo la medicina ufficiale e le sue radici in Occidente, qualcosa di profondamente diverso dalla maggior parte delle pratiche di guarigione di altre culture – per esempio i grandi patrimoni letterari della medicina tradizionale cinese, indù, islamica, e naturalmente le molteplici pratiche di cura descritte dagli etnografi – e allora, cosa possiamo dire per rispondere alla domanda... cosa è specifico della medicina ufficiale occidentale¹¹?"

Quali tradizioni e modelli della cultura occidentale

hanno influito sulla storia della medicina e sulla sua attuale crisi?

Una opposizione caratterizza la cultura occidentale e tende a riemergere nei momenti storici di crisi: si tratta del diverso *scopo* e del diverso *ideale conoscitivo* che divide una élite intellettuale di *creatori di conoscenza* da chi partecipa a pratiche umane, in primo luogo la medicina, la giurisprudenza e l'arte.

Si tratta di analizzare la distanza crescente tra:

1. *L'ideale conoscitivo* della medicina per una élite di *creatori di conoscenza* – filosofi, teologi, metodologi, esperti, scienziati, ricercatori, autori di libri di testo, insegnanti – delle università e degli ospedali ad alta tecnologia che dominano la formazione medica e rappresentano la *high culture* della professione

2. Il *sapere pratico* di chi ha come obiettivo primario la strutturazione di casi della vita come casi clinici con lo scopo di ridurre il dolore, la sofferenza e l'umiliazione delle persone, che è stato svalutato a partire dalla filosofia greca e viene oggi svalutato come *low culture* da chi controlla i fondi per l'insegnamento e la ricerca. Molto sapere pratico è patrimonio di medici pratici, infermieri, tecnici, impiegati agli sportelli con il pubblico, fisioterapisti e altre figure professionali non mediche a contatto quotidiano con i pazienti e le loro famiglie.

Tutti gli operatori partecipando alla strutturazione di casi della vita come casi clinici, diventano portatori di un sapere pratico costituito dalla percezione e dalla memoria globale di casistiche: l'arredo percettivo di somiglianze e differenze che permettono di orientarsi di fronte ai casi concreti sempre diversi della pratica quotidiana.

La relazione tra medici, infermieri, pazienti, stato e mercato è cambiata: è emersa una *dissonanza tra ciò che medici e infermieri pensavano fosse lo scopo della pratica medica e quello che essa è diventata*¹². Oggi medici e infermieri sono infelici perché lo scopo centrale delle professioni sanitarie non è più la cura delle persone ma la distribuzione di farmaci, tecnologie e servizi come un diritto individuale in una medicina di massa di cui non si vivono come protagonisti ma semplici funzionari. È necessario ridare centralità allo *scopo civico della pratica medica*.

Le persone sono sempre più ansiose per rischi di ogni genere grazie ai risultati contraddittori della ricerca



Luke Fildes (1843-1927): *Il dottore*

epidemiologica che stende il suo velo di sospetto su tutti i piaceri e le attività della vita quotidiana. Secondo Le Fanu: “si tratta del *salutismo* – *Healthism*: l’ossessione instillata dai medici per rischi alla salute trascurabili o inesistenti. Giustamente, affermare la loro esistenza in passato sarebbe stato considerato ciarlataneria ¹³”.

Inoltre le persone si rendono sempre più conto *sulla loro pelle*, cioè partecipando alle storie di malattia di persone care, dell’enorme distanza tra le promesse quotidiane della scienza medica pubblicizzate dai mass media e la realtà esistenziale del dolore, la sofferenza e l’umiliazione. Ed è a questo punto che scatta la molla del ricorso alle medicine alternative, disarmate e spesso disoneste, ma invariabilmente centrate sulle persone.

L’applicazione di *evidence* di tipo statistico alle decisioni nel caso concreto – *Evidence Based Medicine* - legittima il tipo di azzardo morale e di prescrizione di massa di tecnologie diagnostiche e terapeutiche derivante dalla de-responsabilizzazione del medico e dell’infermiere e spiega, in gran parte, la spirale crescente dei costi.

Una teoria della pratica medica

Fin dagli esordi della civiltà occidentale, nell’Atene del V secolo, emerse la distanza tra lo scopo civico, umano, storicamente finito del medico e l’ideale conoscitivo del filosofo e più in generale di una élite di creatori riconosciuti di conoscenza.

Al modello di sapere pratico, molto vicino all’arte e alla giurisprudenza dei casi clinici ippocratici, si contrappongono fin dalle origini due modelli di conoscenza vera, universale e oggettiva: la teoria delle idee di Platone e la metafisica delle sostanze-essenze di Aristotele. Il medico pratico si trova a dover affrontare fin dagli esordi del pensiero occidentale la sfida di una élite intellettuale che tende a sottoporlo alla sua egemonia culturale ¹⁴.

La *tradizione razionalista* inaugurata dalla teoria delle idee di Platone tende a considerare la medicina una forma di sapere artigianale che non va confusa con il vero sapere. La conoscenza vera non può basarsi sull’esperienza con casi concreti, ma può essere raggiunta solo mediante la ragione e l’intuizione. Cartesio, Kant e più recentemente Husserl e la

fenomenologia condividono questo ideale conoscitivo. La *tradizione naturalista o empirista* che emerge con Aristotele tende a considerare il soggetto come una sostanza unica e irripetibile - *identità* - che contiene in sé le caratteristiche essenziali - *essenze* - in grado di predire il suo decorso. Anche in questo caso non è la partecipazione civica alla strutturazione di casistiche lo strumento utile per le pratiche umane, ma una ricerca mirata a distinguere le caratteristiche essenziali da quelle accessorie nei soggetti e negli oggetti - persone, farmaci, tecnologie - in grado di fondare un sapere oggettivo universale. Si tratta del modello sviluppato più tardi dalla tradizione empirista di lingua inglese di Bacone, Locke, Hume, Mill, applicato dalla statistica, le scienze sociali empiriche, l'epidemiologia e l'Evidence Based Medicine.

La prima crisi nell'equilibrio precario tra il patrimonio di sapere pratico del medico quotidianamente alle prese con casi concreti e l'ideale di una conoscenza vera universale e globalizzabile di una élite culturale emerge ai tempi della scienza medica alessandrina dalla difficoltà di applicare le conoscenze anatomiche delle strutture nascoste del corpo alla strutturazione dei casi clinici della pratica quotidiana. Per la prima volta il medico ellenistico si trovò di fronte a due modelli di sapere non facilmente integrabili perché originati da pratiche di ricerca orientate a scopi radicalmente diversi: il medico pratico di scuola ippocratica che si valeva di casistiche di casi concreti come modelli per intervenire ad alleviare il dolore, la sofferenza e l'umiliazione delle persone, l'élite di ricercatori e teorici di anatomia che costruiva sistemi complessi di spiegazione dei casi clinici a partire dalla conoscenza razionalista delle strutture nascoste del corpo emerse non dalla pratica con persone sofferenti ma dalla pratica delle autopsie.

Lo scopo dell'élite è produrre conoscenza vera del corpo umano - scienza medica - da applicare in un secondo tempo alla pratica medica. Per il medico pratico la strutturazione del caso clinico è un sapere pratico autonomo. Per l'élite, la medicina è una scienza e la pratica medica è semplicemente l'applicazione della conoscenza vera prodotta dallo scienziato. Il sapere pratico del medico non sarebbe una forma di conoscenza affidabile e la pratica medica sarebbe ridicibile all'applicazione delle conoscenze universali e globalizzabili della scienza al caso con-

creto. La medicina sarebbe una scienza applicata come l'ingegneria, in cui si tratta di costruire ponti applicando il calcolo del cemento che fa parte della scienza delle costruzioni.

Per il medico pratico e l'infermiere il sapere è parte della sua esperienza di vita e della sua formazione professionale. La memoria percettiva globale personale di casi concreti è la sede dell'unica conoscenza possibile solo in parte formalizzabile in casistiche e raccolte di casi paradigmatici applicabili come modelli.

Per l'élite degli scienziati, il sapere affidabile è solo quello prodotto da una scienza che ha come obiettivo la conoscenza vera formalizzabile in grandi sistemi filosofici o logici di enunciati veri, di cui il movimento per l'Evidence Based Medicine è l'esempio più recente.

La strutturazione del dolore, sofferenza e umiliazione del paziente ha lasciato il posto a un susseguirsi ininterrotto di tentativi di fondazione della medicina come scienza applicata della conoscenza vera fornita da scienze di base come l'anatomia, la fisiologia, la biochimica, la microbiologia, la biologia molecolare, la sperimentazione di farmaci e tecnologie, la genetica, ecc.

Il dolore, la sofferenza e l'umiliazione delle persone non è più il centro dell'attenzione. Il paziente è diventato strumento di una ricerca che allo stesso tempo, ambiguamente, lo affascina e lo spaventa: oggetto di una pratica medica che silenziosamente si è trasformata nella sperimentazione continua di nuovi farmaci e tecnologie.

A mio avviso, pratiche umane come la medicina, la giurisprudenza, la produzione artigianale e, in generale tutti i saperi pratici, stanno attraversando oggi il processo di crisi interna e riflessiva, che la sperimentazione tecnica continua senza uno scopo civico ed esistenziale sostenibile ha già causato a suo tempo nell'arte moderna ¹⁵.

Per una nuova teoria della pratica medica e della ricerca che rivaluti l'esperienza e la competenza di tutti i coinvolti nella partecipazione alla strutturazione di casi della vita come casi clinici con lo scopo di ridurre il dolore, la sofferenza e l'umiliazione delle persone, si tratta di risalire a monte della medicina e della storiografia moderna, cioè orientativamente prima delle grandi rivoluzioni alla fine del 1700 e

riscoprire la storia della pratica medica come strutturazione di casi clinici e casistiche in vista di una cura.

La grande tradizione classica di casistiche e di discussione partecipata di casi concreti rappresenta la testimonianza scritta – materializzazione – di ciò che è formalizzabile del sapere pratico della medicina e, attraverso le teorie, gli stili, le scuole, i movimenti che si sono succeduti e incrociati o scontrati nel tempo dovrebbe permetterci di capire come nella percezione e strutturazione del caso si sono applicati certi modelli e non altri, il crescente divario tra sapere pratico e utopia di una conoscenza universale e oggettiva sul modello della metafisica e più tardi della teologia o del metodo scientifico, la relazione tra scuole, grandi movimenti e grandi personalità innovatrici ¹⁶.

La storia della *percezione e strutturazione di casi concreti* ha molti aspetti in comune con la storia della percezione e strutturazione di opere d'arte: le teorie e gli stili che nel corso del tempo scuole e autori diversi hanno applicato alla strutturazione di casi concreti assumono lo stesso ruolo di strumenti che i *modelli canonici* svolgono nella storia dell'arte ¹⁷ e i *precedenti* nella storia della giurisprudenza e del diritto consuetudinario [*common law*] ¹⁸.

Si tratta di riflettere sulle teorie, credenze, forme di spiegazione, concetti di prova, strumenti scientifici e tecnologici, modelli di culture e di vita che nella storia della pratica medica occidentale sono stati applicati con successo o con errori e rischi più o meno gravi, alla percezione e strutturazione di casi della vita come casi clinici rivalutando in questo modo l'esperienza, la formazione e competenza di tutte le persone che possono contribuire alla cura in senso globale, mettendo la cura del paziente al centro di un umanesimo postmoderno della pratica medica.

Note:

- 1 - Dale H. *Advances in Medicinal Therapeutics*. BMJ 1950; 1: 1-7.
- 2 - British Medical Journal 2002;324, (6 April).
- 3 - Smith R. *Why are doctors so unhappy?* BMJ 2001 322:1073-1074.
- 4 - Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. *Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?* BMJ 2002 324: 835-838. Vedi anche Ham C, Alberti KGMM. *The medical profession, the public, and the government*. BMJ 2002 324: 838-842.
- 5 - Isobel Allen. *Doctors and Their Careers*. London, Policy Study Institute 1988; Isobel Allen. *Doctors and Their Careers: A New Generation*. London, Policy Study Institute 1994, citati in Le Fanu

James. *The Rise and Fall of Modern Medicine*. New York, Carroll & Graf Publishers 1999. p. xviii.

6 - Antony King. *Daily Telegraph*. 3 Giugno 1996.

7 - Smith R. *Why are doctors so unhappy?* BMJ 2001 322: 1073-1074.

8 - Office of Health Economics. *Compendium of Health Statistics* 1999.

9 - David Eisenberg. *Unconventional Medicine in the United States: Prevalence Costs and Patterns of Use*. NEJM 1993; 246-252.

10 - Roy Porter, ed. *Cambridge Illustrated History of Medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996, p. 15.

11 - Kleinman A. *What is specific to Western Medicine?* In Bynum WF, Porter R eds. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London: Routledge, 1994. p 16.

12 - *Editor's Choice*. BMJ 2002;324, (6 April). Peter Skrabanek. *The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism*. London, Social Affair Unit 1994.

14 - Viano CA. *La selva delle somiglianze. Il filosofo e il medico*. Einaudi, Torino 1985.

15 - Si veda per esempio Harrison C, Wood P. ed. *Art in Theory, 1900-1990: an Anthology of Changing Ideas*, Oxford, Blackwell 1992 o Levenson M, ed. *The Cambridge Companion to Modernism*. Cambridge, Cambridge University Press 1999.

16 - Una storia della medicina che soddisfi questi requisiti non è ancora stata scritta. Per un inquadramento della pratica medica nell'orizzonte più vasto della cultura ho fatto spesso riferimento alla tradizione della *storia sociale della medicina*, ad esempio Bynum WF, Porter R, eds. *Companion Enciclopedia of the History of Medicine*. London, Routledge 1994. Per gli aspetti più specifici del diverso stile di percezione e strutturazione del caso clinico dei grandi medici innovatori mi sono valso di Pedro Lain Entralgo. *La Historia clinica. Historia y teoria del relato patografico*. Madrid, Editorial Triacastela (1950) 1998 che mi era stato a suo tempo segnalato da Hans Georg Gadamer.

17 - Tutta l'opera di Ernst Gombrich è illuminante per una storia della percezione e strutturazione di casi clinici e casi della vita come altrettante opere d'arte. Si veda a titolo introduttivo: *La storia dell'arte raccontata da Ernst Gombrich*. Milano, Leonardo Arte 1998. Per un'analisi più tecnica: *Art & Illusion. A Study in the psychology of pictorial representation*. London, Phaidon Press 1977. Una serie di saggi con importanti applicazioni al caso clinico si può trovare in *Sentieri verso l'arte. I testi chiave di Ernst Gombrich: un'antologia degli scritti più rappresentativi di Gombrich*, curata e annotata da Richard Woodfield, un grande conoscitore del suo pensiero. Si veda inoltre l'opera di Erwin Panofsky, in particolare: *Il significato nelle arti visive* (1955). Torino, Einaudi 1999.

18 - Per la storia e una introduzione generale al *diritto consuetudinario* (common law): O. W. Holmes, *The Common Law* (1881; new ed., ed. by M. DeWolfe Howe, 1963, repr. 1968). T. F. Plucknett, *Concise History of the Common Law* (5th ed. 1956). H. Potter, *Historical Introduction to English Law and Its Institutions* (4th ed. 1958). A. R. Hogue, *Origins of the Common Law* (1966). R. C. van Caenegem, *The Birth of the English Common Law* (1973). J. H. Baker, *The Legal Profession and the Common Law* (1986). R. L. Abel and P. S. C. Lewis, ed., *The Common Law World* (1988). Per una teoria della formazione della giuria: A. T. Vanderbilt, *Judges and Jurors: Their Functions, Qualifications, and Selection* (1956) P. A. Devlin, *Trial by Jury* (1956).

Elaborazione del “fenomeno dolore”

SERGIO FERRI

Dimensioni del dolore

Nonostante la sua universalità e l'importanza che da sempre la comunità scientifica gli riconosce, il dolore è ancora oggi fra i problemi di più difficile comprensione. È certamente vero che la componente sensoriale, la cosiddetta *dimensione fisiologica-discriminativa* del dolore è fondamentale e consente, fra l'altro, di attribuirgli un particolare valore biologico in quanto segnale di danno e pericolo per l'integrità dell'organismo; è anche vero che, almeno in linea generale, il segnale viene registrato secondo un'intensità proporzionale allo stimolo applicato, tuttavia il “fenomeno” dolore non può essere così semplificato. È esperienza comune, infatti, che stimoli dolorosi della stessa intensità, lesioni di pari entità possono avere un riscontro molto diverso in relazione al soggetto che li subisce ed anche, nello stesso individuo, in momenti e situazioni differenti. Come sottolineato da numerosi Autori, il dolore non va considerato una sensazione specifica variabile, come altre modalità sensoriali, solo per la sua intensità. Alla sua definizione quali-quantitativa concorrono fattori non strettamente sensoriali ma soggettivi, individuali come la personalità dell'interessato, l'insieme delle sue caratteristiche emozionali ed intellettive, il suo assetto psicologico che ne forniscono la particolare *coloritura*. È riscontro non infrequente, d'altronde, come individui in condizioni di ansia o di depressione manifestino una più ridotta soglia di tollerabilità al dolore di cui esibiscono anche una esteriorizzazione abnorme con sviluppi, soprattutto nella forma cronicizzata, spesso esasperati e prolungati. Viceversa, in queste persone, una condizione dolorosa incruenta alimenta gli stati di ansia e depressione. Questo insieme di considerazioni sottolinea, in definitiva, il contributo della

dimensione emozionale-affettiva, accanto a quella fisiologica-discriminativa, all'elaborazione dell'esperienza dolorosa. Ma il fenomeno non si esaurisce ancora in questi confini: nel processo di elaborazione che porta un individuo a riconoscere un segnale come doloroso e a *definirlo* tale, concorrono altri fattori oltre a quelli sensoriali ed emozionali. È importante, infatti, la collocazione che il segnale stesso riceve all'interno delle esperienze personali del soggetto, il tipo di rapporti che questi ha stabilito con gli altri, con l'ambiente e la situazione contingente.

Ogni individuo si è costruito un suo particolare atteggiamento mentale nei confronti del dolore, secondo un processo di sviluppo maturativo, avviato sin dall'età infantile, quando incomincia a riconoscere gli stimoli, distingue quelli dannosi e ne valuta l'importanza.

Le esperienze della vita passata, delineate nelle loro caratteristiche qualitative e quantitative e collegate fra loro in un intricato complesso, vengono registrate nel ricordo con un processo di *memorizzazione* che fa riferimento ai modelli educativi e comportamentali propri del nucleo familiare e sociale di appartenenza, da cui ognuno viene condizionato. Il dolore viene avvertito e manifestato secondo il proprio vissuto, il modo cioè in cui è stato iscritto nell'esperienza passata; viene percepito proporzionalmente al significato che gli viene attribuito, con un livello di tolleranza ed espressione più o meno accentuato, in relazione alle innumerevoli variabili personali, situazionali, sociali. Ammessa l'influenza di una *dimensione cognitivo-valutativa* nella elaborazione complessiva del dolore appare più comprensibile l'efficacia attribuita per il suo controllo a procedure o a “farmaci” obiettivamente sprovvisti di proprietà terapeutiche precise; è questo il caso del *placebo*, una sostanza inerte qualsiasi

che in una buona percentuale di individui si dimostra in grado di rimuovere il dolore con un effetto paragonabile a quello di accertati analgesici. Il placebo racchiude in sé tutti gli elementi di rassicurazione che occorrono ai molti che, vivendo un'esperienza di dolore, vogliono essere soddisfatti nelle loro attese.

Con questa ampia premessa si giunge alla considerazione finale che il dolore deve essere visto come un *fenomeno* a forte componente individuale, che non si esaurisce nella sola componente sensoriale. A un segnale di danno nella sede di una lesione, all'insorgenza cioè di uno *stimolo nocicettivo*, fa riscontro l'attivazione di trasduttori chimici e nervosi; questi ultimi, i nocicettori, sono terminali di fibre nervose sensitive che trasferiscono centralmente l'informazione. È a questo livello che, mediante un'operazione di integrazione, di sintesi con complessi processi mentali e comportamentali, la *nocicezione* diventa una *esperienza di dolore*.

Dolore acuto e dolore cronico

In questo contesto di precisazioni concettuali si colloca la distinzione, di comune riscontro, fra dolore acuto e dolore cronico. Come *dolore acuto* si intende quello di breve durata causato da un danno tissutale che viene visto come un segnale fisiologico per la salvaguardia dell'integrità somatica. Il *dolore cronico*, che si protrae cioè a lungo nel tempo, dopo il normale decorso di una malattia acuta, dopo il tempo di guarigione di una ferita o che si ripresenta a intervalli, sempre per mesi o anni, perde ovviamente questa caratteristica di utilità biologica e pone nel contempo più ardui problemi per la gestione del suo controllo.

Una distinzione che faccia riferimento alla sola durata del fenomeno dolore è certamente imprecisa in sé, sia per l'arbitrarietà del limite temporale sia per l'evidenza di sindromi dolorose che condividono caratteristiche del dolore acuto e del dolore cronico: ne sono esempi le affezioni osteologiche, le miofasciali, le viscerali. Una distinzione troppo netta porta inoltre a trascurare la forte componente soggettiva che si evidenzia

nei soggetti che lamentano dolore cronico, proprio quei fattori psicologici, situazionali, di memorizzazione che tanto contribuiscono all'elaborazione dell'esperienza del dolore nei suoi vari aspetti. Al contrario, però, la contrapposizione acuto-cronico appare utile e stimolante per la comprensione dei circuiti neuronali della nocicezione e delle aree di integrazione nonché dei meccanismi neurochimici di modulazione operanti nei vari casi a livello periferico e centrale.

È frequente in letteratura distinguere un dolore cronico "maligno" (*malignant pain*, secondo la terminologia anglosassone) da uno "non maligno". Il primo indica sostanzialmente il dolore neoplastico, da cancro; il secondo si riferisce a pazienti non cancerosi con normale aspettativa, nel tempo, di vita. In questo specifico contesto si riconoscono le più disparate sindromi dolorose: dalle cefalee (emicranie) alle nevralgie (come la post-erpetica e la trigeminale) sino alle *sindromi da deafferentazione* che insorgono a distanza di tempo dopo una lesione neurologica, chirurgica o traumatica (arto fantasma). Si è propensi oggi ad assimilare a un dolore da deafferentazione svariate esperienze dolorose tendenti alla cronicizzazione come, ad esempio, la già citata nevralgia post-erpetica, ricorrendo ad una formulazione generica di *dolore neuropatico*, derivato cioè da un danno del sistema nervoso.

Quanto all'espressione maligno e non maligno è lecito sollevare una serie di obiezioni, anzitutto quella che fa riferimento ai casi di dolori cronici così laceranti, come nel caso del dolore neuropatico, appunto, da non poter essere altro che definiti maligni qualora una etichetta apparisse proprio necessaria.

L'attenzione primaria deve essere comunque rivolta alla causa o meglio alle cause del dolore, vista la multifattorialità del fenomeno. Purtroppo resta la constatazione che queste cause rimangono troppo spesso un problema biologico e clinico irrisolto, soprattutto per un gran numero di pazienti per il quale il dolore non appare associato a lesioni apparenti o meglio che evidenziano lesioni simili a quelle di persone che in analoghe condizioni non evidenziano affatto dolore.

Vie e neurochimica della nocicezione

Nonostante i molti quesiti ancora senza risposta, si assiste in questi ultimi anni ad un accentuato interesse scientifico sull'argomento "dolore" con rapidi progressi e acquisizioni di determinanti informazioni di carattere neurobiologico.

Dalla periferia, sede di una lesione, l'informazione nocicettiva viene raccolta dalla fibra nervosa, assone a proiezione periferica del neurone afferente primario (sensitivo) il cui soma si trova nel ganglio in prossimità della radice dorsale del nervo somato-sensoriale; da questa fibra l'impulso viene trasmesso, tramite l'assone del ganglio a proiezione centrale, al midollo spinale e da qui all'encefalo.

Il *nocicettore* è appunto il segmento più distale della fibra periferica, privo della protezione degli strati perineurali, che si è specializzato nel riconoscere il segnale nocivo. Fra queste fibre, le più studiate istologicamente e fisiologicamente sono quelle appartenenti al cosiddetto gruppo C, fibre amieliniche di piccolo diametro a conduzione lenta che raccolgono con selettività superiore al 90% solo stimoli nocicettivi.

Queste fibre C sono *polimodali* nel senso che rispondono a varie forme di stimolazione nocicettiva: termica, meccanica e chimica. Altre fibre coinvolte con la nocicezione sono le A δ , amieliniche con diametro medio-piccolo, meno caratterizzate funzionalmente. Secondo le più recenti ricerche, le fibre C possono essere ulteriormente distinte in due sottogruppi. Il primo si caratterizza anatomicamente per il fatto che la proiezione centrale del loro neurone sensoriale affonda negli strati più profondi del corno posteriore del midollo spinale, nell'area conosciuta come *substantia gelatinosa*. Le fibre C del secondo sottogruppo terminano invece più superficialmente all'interno del corno posteriore del midollo e sono riconoscibili, sul piano neurochimico, per il fatto che sintetizzano *peptidi* particolari come la *sostanza P* e il CGRP (*calcitonin-gene-related-peptide*); evidenziano inoltre una specifica affinità recettoriale per la *neurotrofina NGF*, *nerve growth factor*.

Le fibre C del primo sottogruppo esprimono invece recettori per altre *neurotrofine di derivazione*

gliale, come la GDNF. Si precisa dunque sempre più il quadro delle sostanze con compiti di intermediazione nell'attivazione dei nocicettori, tuttavia il loro elenco è in rapida crescita e comprende, oltre a quelli già citati, altri composti di recente riconoscimento come *l'ossido nitrico*, i *donatori di protoni*, varie *tachichinine*, che vanno ad aggiungersi a quelli identificati da molto tempo come la serotonina, l'istamina, la bradichinina, le prostaglandine. L'insieme di questi "mediatori del dolore" è dunque così complesso da meritare pienamente l'appellativo attribuitogli dagli Autori francesi di "soupe périphérique". La maggior parte di queste sostanze attivano direttamente le fibre nervose periferiche, ma altre, come le prostaglandine e la sostanza P, in particolare, ne accentuano solo l'eccitabilità. Quasi tutte poi agiscono indirettamente nel senso che alterano il microambiente delle fibre agendo localmente sui piccoli vasi, con fenomeni di vasocostrizione-vasodilatazione, aumento della permeabilità con travaso di sostanze algogene e la creazione, in definitiva, di un circolo vizioso, autoperpetuante, che influisce sulla fisiologia e biochimica locale: aumenta non solo l'intensità e frequenza di stimolazione delle fibre ma anche, secondo un importante concetto di recente formulazione, si verifica una *sensibilizzazione* della fibra stessa, un riassetto, verso il basso, della loro soglia di stimolazione. Il segnale nocicettivo viene quindi trasmesso in direzione centrale per la sua elaborazione ed integrazione.

La sensibilizzazione può coinvolgere oltre alle fibre specifiche della nocicezione, altre fibre sensitive come i meccano-recettori A β a bassa intensità di stimolazione che non trasmettono abitualmente stimoli nocicettivi e risulta pertanto amplificato il treno di impulsi trasmesso centralmente.

È sempre grazie alle indagini più recenti che si è accertato come nelle fibre C o meglio in vari punti del loro neurone di origine vengano espressi, quasi specificamente rispetto ad altri neuroni sensitivi, una serie di canali ionici molto tipici: due di questi sono *canali per il sodio*, ben distinti dal canale che è alla base dell'attività bioelettrica dei neuroni, fondamentale per l'avvio e la trasmissione degli impulsi nervosi in generale.

La modalità di attivazione di questi canali per il sodio è pur sempre del tipo voltaggio-dipendente, tuttavia essi esibiscono una resistenza alla inattivazione normalmente operata da una tossina, la *tetrodotossina* (TTX) e appaiono coinvolti selettivamente nella genesi, forma e trasmissione dei potenziali d'azione avviati nei nocicettori da stimoli nocicettivi. Analogamente, sono stati identificati sui nocicettori altri canali ionici che vengono attivati da molecole esogene ed endogene caratterizzate da un raggruppamento chimico ben definito, il *vanilloide* (V) nonché da stimoli nocicettivi di natura termica (temperatura oltre i 43°) e dall'abbassamento del pH locale. Questi canali che fungono da recettori (R) sono almeno due, definiti come VR-1 e VR-2. Per curiosità, una delle molecole esogene in grado di attivare uno di questi canali-recettori, il VR-1, è la *capsaicina* principio attivo del ben noto peperoncino piccante che viene pertanto utilizzata per indagini sperimentali sulla trasmissione nocicettiva.

È evidente come tutte queste acquisizioni sulla fisiologia e biochimica della nocicezione non rappresentino solo un contributo importante al chiarimento del "problema dolore" nell'umano: indirettamente, esse sono utilissime per lo sviluppo di modelli sperimentali per la valutazione di nuovi farmaci analgesici, per l'elaborazione di nuove strategie terapeutiche.

L'attenzione dei ricercatori non si è limitata, ovviamente, al distretto periferico dell'organismo e agli eventi che, localmente, possono verificarsi con l'attivazione di determinate vie nervose. Sono state molto esplorate le relazioni che intercorrono fra stimoli dolorosi, di intensità e durata variabile, applicati perifericamente e le modificazioni dell'assetto biochimico ed istologico che si verificano, in risposta, più centralmente, a livello del midollo spinale, nella zona del corno dorsale già menzionata in quanto punto di arrivo finale degli impulsi avviati, perifericamente nelle fibre C e A δ (nocicettori).

In condizioni di protratta stimolazione delle fibre C si evidenzia, spinalmente, l'attivazione di uno dei recettori del *glutammato* noto come NMDA (ac. N-Metil-D-Aspartico); contemporaneamente avviene l'attivazione del recettore proprio della

sostanza P (già citata precedentemente) definito recettore NK-1 tachichinico; 2) l'attivazione dei recettori NK-2 e NK-3 ad opera di omologhi della sostanza P definiti neurochinina A e neurochinina B.

Si è confermato che l'attivazione di queste strutture recettoriali è strettamente correlata ad altri eventi intracellulari, come l'influsso di *calcio* attraverso suoi canali specifici e l'attivazione di enzimi di fosforilazione delle proteine (*proteinkinasi C*), segnali tutti della messa in funzione di complesse tappe del biochimismo cellulare, strettamente collegate fra loro.

I trasmettitori sostanza P e neurochinina A vengono liberati negli strati più superficiali del midollo spinale, sito di impatto delle fibre nocicettive provenienti dalla periferia e diffondono molto agevolmente verso gli strati più interni del midollo stesso. Come conseguenza dell'attivazione dei vari recettori, in particolare NMDA, si verifica, e merita particolare risalto, la messa in opera di enzimi di sintesi dell'*Ossido Nitrico* trasmettitore che a sua volta amplifica gli effetti del glutammato e di altre molecole coinvolte nel biochimismo della nocicezione. Questo complesso di eventi, accertabili sperimentalmente, è ben evidenziabile anche in condizioni patologiche dell'umano: è possibile affermare che ogni tipo di dolore, da infiammazione, da cancro o neuropatico, provoca l'attivazione di vie neurochimiche specifiche, o quantomeno preferenziali, secondo uno schema che si va arricchendo di sempre nuovi componenti.

Modulazione delle afferenze nocicettive

Appare essenziale la necessità di indagare a fondo sui circuiti nervosi spinali e sopraspinali con tutto il loro corredo di trasmettitori chimici, di enzimi e di recettori, per arrivare ad una migliore comprensione del problema del dolore. Per quanto riguarda il midollo spinale è accertato, anzitutto, che determinate strutture neurochimiche si attivano o *compaiono ex novo* all'arrivo di impulsi nocicettivi, gettando nuova luce sulle vie di collegamento esistenti tra neuroni all'interno del midollo e fra il midollo stesso e il cervello,



La cura dei malati, sec. XVII. (Civica Raccolta di Stampe A. Bertarelli, g.c.)

non necessariamente confinate al classico fascio nervoso ascendente spino-talamico. Contemporaneamente, attraverso queste nuove informazioni, ci si può spiegare perché stimoli normalmente *non* dolorosi, mediati da fibre nervose diverse da quelle fin qui accertate per la nocicezione, siano in grado di evocare dolore in seguito ad una lesione nervosa grave (dolore neuropatico).

Tecniche sperimentali di manipolazione genetica che portano ad escludere questo o quel componente del complesso schema del biochimismo neuronale, consentono di comprendere in modo più preciso la “dimensione sensoriale” del dolore e avvicinano anche la comprensione delle correlazioni esistenti fra le varie aree cerebrali preposte alla integrazione ed elaborazione finale del “fenomeno” dolore.

Altre conoscenze sulle aree cerebrali attivate, nell'uomo, dagli stimoli dolorosi sono rese possibili dagli studi di “imaging”: grazie a tecniche come la Tomografia ad emissione di positroni (PET) e la Risonanza Magnetica si riesce a delineare, con buona precisione, le zone corticali e subcorticali coinvolte dall'arrivo degli impulsi nocicettivi provenienti dalla periferia. Gli stimoli protratti sono utili particolarmente per le indagini sul “dolore cronico”, tuttora oscuro in molti suoi aspetti. Come prevedibile, la corteccia somatosensoriale appare la più coinvolta nella componente sensoriale-discriminativa del dolore mentre altre zone cerebrali come la corteccia pre-frontale, l'insula, il cingolato sono maggiormente collegate alla componente affettiva-emozionale nonché ai processi di memorizzazione. È importante sottolineare che tutte queste zone e centri superiori del cervello subiscono una evidente *espansione e riorganizzazione* in condizioni di dolore persistente.

Le indagini cellulari, fisiologiche, istochimiche e farmacologiche a livello cerebrale risultano meno illuminanti rispetto a quelle analoghe condotte sul midollo spinale, tuttavia contribuiscono sensibilmente a perfezionare il nostro approccio all'argomento. Di rilevante importanza è il riconoscimento di aree cerebrali circoscritte a *funzione modulatrice*: numerosi aggregati cellulari come quelli mesencefalici della *Periacqueductale Grigia* (PAG) e quelli annessi al *Nucleus raphe magnum*

(NRM) sono chiaramente inibitori: fibre proprie di questi aggregati stabiliscono circuiti locali di interconnessione con neuroni dell'ipotalamo e dell'amigdala e si proiettano quindi, in senso discendente, al midollo spinale facendo pervenire, nelle lamine I-II-III, impulsi inibitori per i terminali dei neuroni sensoriali primari. Sono ormai numerose le testimonianze a favore di sistemi endogeni naturali di controllo delle afferenze nocicettive, dell'esistenza cioè, di circuiti neuronali inibitori in sede cerebrale e spinale anche se le informazioni in proposito sono ancora incomplete e suscettibili di revisione critica, concettuale e sperimentale. Per quanto riguarda la neurochimica della sinapsi di questi circuiti di interconnessione a funzione modulatrice, sono molti i trasmettitori che appaiono coinvolti.

Neurochimica dei circuiti inibitori

Come è ben noto i *peptidi oppioidi endogeni* (come la met-enkefalina, la dinorfina, la endomorfina, la deltorfina) influenzano le risposte al dolore. I loro recettori (μ , K , δ) sono largamente espressi da neuroni cerebro-spinali e da fibre nocicettive della periferia, in particolare dalle fibre C. Gli oppioidi sono egualmente ben rappresentati in neuroni che dall'encefalo proiettano al midollo. È importante rilevare che la sensibilità agli *oppiacei* (come la morfina) che riproducono gli effetti dei peptidi oppioidi è notevolmente ridotta nel dolore da lesioni nervose (dolore neuropatico) senza che si possano invocare cambiamenti a carico dei recettori specifici degli oppioidi stessi. La sensibilità agli oppioidi-oppiacei può essere in parte ripristinata, sperimentalmente, con la somministrazione sia di antagonisti recettoriali della *colecistochinina* (CCK, un mediatore naturale coinvolto, genericamente, nella trasmissione spinale), sia da antagonisti sintetici del recettore NK-1, già menzionato per il suo coinvolgimento nella mediazione algogena in sede cerebrospinale. Questo complesso di dati sperimentali consente evidentemente di confermare agli oppioidi un ruolo nell'efficienza dei circuiti inibitori spino-encefalici. Più in generale, dilatando il perimetro di osservazione, non appare senza significato la constata-

zione che gli oppioidi-oppiacei, oltre ad un loro intervento sui circuiti di regolazione della nocicezione, sono in grado di produrre, per impatto centrale, effetti gratificanti, di piacere, anche al di fuori di una situazione di dolore: è certamente questa una linea di ricerca promettente per l'approfondimento dei collegamenti fra dimensione sensoriale-discriminativa e dimensione affettiva-emozionale del dolore.

È in questa stessa linea di riflessioni che alcuni ricercatori intendono collocare l'*anandamide*, il composto individuato in anni recenti in varie aree cerebrali. Il riconoscimento dell'*anandamide* è stato reso possibile dalla preliminare scoperta di un suo recettore specifico che è lo stesso ad essere attivato dai principi attivi della Cannabis (come il Δ^9 tetraidrocannabinolo) molecole evidentemente estranee all'organismo, secondo una procedura sperimentale molto simile a quella che ha portato alla individuazione dei peptidi oppioidi. L'*anandamide* non è un peptide ma, chimicamente, un'amide e porta un nome molto suggestivo attribuitogli dal suo scopritore, dal sanscrito: serenità. Fra le funzioni proponibili per l'*anandamide* non possono certamente mancare quelle suggerite dal fatto che il suo recettore (come quello di altri analoghi dell'*anandamide* stessa successivamente individuati nel cervello e in periferia) viene attivato da un composto come la Cannabis che è, anzitutto, uno psicotropo con un impatto sui processi cognitivi e proprio della Cannabis è stato recentemente proposto un utilizzo in clinica come "analgesico" in casi non controllabili con oppiacei.

La complessità dei sistemi neurochimici coinvolti nella modulazione della nocicezione è stata di recente ulteriormente sottolineata dall'isolamento in varie regioni del cervello e del midollo spinale di un eptadecapeptide denominato *nocicettina*, con il relativo recettore. Questo recettore è strutturalmente simile ai recettori degli oppioidi, tuttavia *non* lega i classici oppioidi (enkefaline ed altri) ma solo, specificamente, la *nocicettina*, termine prescelto per la supposta attività *pronocicettiva* del nuovo peptide. In realtà il suo ruolo rimane abbastanza incerto: somministrato soprasspinalmente la *nocicettina* conferma un effetto anti-analgesico, ma a livello spinale evidenzia piuttosto

un'azione analgesica.

La diversità delle risposte potrebbe riflettere una eterogeneità di recettori per la *nocicettina* oppure dipendere da fattori contestuali. La sua diffusa distribuzione nel sistema nervoso, d'altra parte, è indicativa di molteplici ruoli funzionali, distinti da quelli propri di modulazione del dolore. È comunque interessante constatare, anche in un'ottica applicativa, il duraturo effetto anti-oppioide della *nocicettina* centralmente somministrata. Gli studi sulla *nocicettina* che si aggiungono ai molti elaborati in questi ultimi anni, contribuiscono certamente ad arricchire il quadro delle nostre conoscenze, in continua evoluzione, sui meccanismi di elaborazione del dolore, ma evidenziano nello stesso tempo l'estrema complessità dei sistemi neuronali e biochimici coinvolti nel fenomeno ai vari livelli del nevrassa. Per quanto riguarda il dolore cronico, il neuropatico sostanzialmente, la ricerca, pur con progressi incalzanti, è ancora in una fase pionieristica ma, in termini biologici, appare fondamentale l'adattamento del concetto di neuroplasticità anche a questa condizione. Si parla di *neuroplasticità* quando si voglia sottolineare la possibilità che adeguati stimoli esterni o interni, non esclusi quelli di natura psicologica, possano indurre nel neurone modificazioni strutturali e funzionali tali da sconvolgere le abituali correlazioni intercorrenti in queste cellule tra stimolo applicato e risposta. Premesso questo, si è visto precedentemente come stimoli dolorosi intensi e ripetuti inducano modificazioni cellulari, neurochimiche, funzionali a vari livelli del sistema nervoso, dalla periferia dei nocicettori sino al midollo spinale e al cervello: tali eventi, che includono anche cambiamenti dell'espressione genica, devono essere interpretati, appunto come fenomeni di neuroplasticità.

Si pensi, a questo riguardo, e a titolo di esempio, ad una situazione post-chirurgica: in alcuni ambienti ospedalieri può accadere che il dolore venga sottovalutato, ritenuto quasi ineludibile mentre, al contrario, una adeguata terapia potrebbe assicurare ai pazienti la liberazione dal dolore nella grandissima maggioranza dei casi. Un intervento per il controllo del dolore è non solo doveroso per il risultato che produce nell'immediato,

di sollievo della sofferenza, ma risulta efficace nel prevenire o almeno ridurre, in molti casi, la possibilità che i segnali nocicettivi provenienti dalla periferica si fissino nella “memoria” del soggetto (neuroplasticità) e si assista alla evoluzione di un dolore acuto verso la cronicizzazione.

Considerazioni finali

È evidente, in definitiva, la necessità di aprirsi a prospettive più generali per quanto riguarda il controllo del dolore. Le acquisizioni della neurobiologia si possono effettivamente tradurre in utili, pratici strumenti di cura ma è essenziale la loro integrazione in un contesto più ampio di provvedimenti, psicosociali e culturali. Sarà determinante per il conseguimento di soddisfacenti risultati in questa direzione, oltre allo snellimento delle procedure di prescrizione dei farmaci più idonei (già avviata per gli oppiacei) la piena e magari più estesa applicazione delle “linee guida” ufficialmente formulate dal Ministero per i nostri ospedali: allestimento di protocolli specifici per la valutazione dell’intensità e caratteristiche del dolore nelle varie condizioni, in adulti e bambini; adozione di schemi terapeutici adeguati; attuazione di corsi di formazione per personale sanitario specificamente preparato, anche sul piano psicologico, ad un rapporto più diretto con l’assistito in sofferenza; incentivi per la collaborazione tra i vari reparti specialistici ospedalieri.

Accanto a questo complesso di interventi ufficiali si vanno sviluppando, con sempre maggior frequenza, le iniziative promosse da vari Comitati e Fondazioni con intenti innovativi per quanto riguarda le misure di controllo del dolore e con adesione convinta al riconoscimento della multidimensionalità del fenomeno, tanto a lungo argomentato in sede introduttiva. I risultati sinora conseguiti, importanti anche se tuttora carenti per quanto riguarda il dolore cronico, sono certamente indicativi, soprattutto sul versante clinico, del progressivo allontanamento dalle suggestioni cartesiane di separazione fra mente e corpo, con l’orientamento verso una visione più integrata, olistica, dell’individuo e della sua proiezione nel più ampio contesto psico-sociale.

Bibliografia:

- Carr D. B., Song S.O. *Pain and Memory*. Pain, 7/1, 1999
- Dray A., Urban L. Dickenson A. *Pharmacology of chronic pain*. Tips, 15, 190, 1994
- Ferri S. *Il controllo del dolore*. Il pensiero Scientifico Ed. 1-193, 1985
- Hunt S. P., Mantyh P. W. *The molecular dynamics of pain control*. Nature Reviews, 2, 83, 2001
- Levine J.D. *New direction in pain research*. Neuron, 20, 649, 1998
- Melzack R., Wall P.D. *Pain mechanisms*. Science, 150, 971, 1965
- Mogil J.S., Pasternak G.W. *The molecular and behavioral pharmacology of orphanin (nociceptin peptide)*. Pharmacological Reviews, 53/3, 381, 2001

Salute e bioetica – III

GIORGIO COSMACINI, ROBERTO MORDACCI

L'informazione e la scelta delle cure

Le concezioni del rapporto medico-paziente si riflettono nell'interpretazione del significato e delle forme concrete del cosiddetto *consenso informato*. Si tratta di una prassi che, dopo una lunga elaborazione teorica e giuridica iniziata negli anni '50, si è diffusa enormemente negli ultimi vent'anni, soprattutto in riferimento alla sperimentazione clinica. La nozione di consenso informato ha almeno quattro componenti, due legati alla *comunicazione* e due legati alla *libertà* del soggetto.

Il primo elemento è ovviamente quello dell'*informazione*; poiché non si accetta più che il medico prenda decisioni sulle cure senza informare il paziente, il punto problematico è *quanta e quale* informazione debba essere data. Infatti, è ovviamente impossibile fornire tutti i particolari sulla malattia e la terapia proposta, poiché ciò comporterebbe una competenza tecnica che il paziente non può possedere, a meno che non sia un medico egli stesso. D'altra parte, un'informazione troppo laconica, che riduce al minimo le informazioni, rischia di omettere contenuti importanti affinché il paziente possa decidere in modo responsabile. La mediazione è solitamente ricercata in due fasi: fornendo inizialmente tutte le informazioni che sarebbero necessarie per uno standard di "persona ragionevole", con una discreta formazione ma priva di nozioni tecniche; in seconda battuta, adattando progressivamente la comunicazione alla specifica cultura e competenza dei singoli individui, rispondendo alle loro domande e cercando di interpretare correttamente le loro richieste. È un lavoro che esige, da parte del medico, una grande sensibilità comunicativa e psicologica, per la quale l'attuale formazione esclusivamente tecnico-scientifica può rivelarsi insufficiente.

Il secondo elemento riguarda più direttamente il paziente, cioè la sua *comprensione* di ciò che si è

comunicato: non è sufficiente che le informazioni siano state date ma è necessario che siano anche state comprese. Si tratta di un punto difficile da verificare, che dipende sia dal linguaggio impiegato nella comunicazione sia dal grado di confidenza che il paziente ha nell'esplicitare i suoi dubbi o le sue incomprensioni. Non tutto può essere compreso, ma il paziente dovrebbe sentirsi abbastanza sicuro di aver acquisito tutto ciò che gli serve per decidere. Per questo, è opportuno che il consenso informato sia pensato anzitutto come un *processo* e non come un *evento*: si tratta cioè di una comunicazione che richiede un certo tempo, inclusi dei tempi di riflessione, di approfondimento, e di chiarimento reciproco, e che non si conclude con la firma di un modulo scritto, ma continua nel dialogo fra medico e paziente: un consenso può essere revocato in qualsiasi momento.

Il terzo elemento riguarda l'*autonomia* del paziente: un autentico consenso deve essere espresso in assenza di coercizioni e condizionamenti di qualsiasi genere. Ciò non esclude che il medico consigli un trattamento, ma egli deve senz'altro presentare al paziente le varie alternative disponibili, con i relativi vantaggi e svantaggi. La malattia rappresenta certamente un condizionamento, ma solo in casi estremi si può dire che essa privi il paziente della libertà di decidere in modo autonomo; questa capacità, anzi, dovrebbe essere favorita e stimolata dal medico, in modo che il paziente possa interpretare la cura come un percorso personale, non subito ma vissuto attivamente.

L'ultimo elemento è il più complesso: un consenso è valido se è espresso da un paziente dotato di *capacità decisionale* (quella che gli anglosassoni chiamano *competence*), cioè se egli è effettivamente in grado di comprendere le opzioni presentate in rapporto alla sua situazione ed è in grado di scegliere in base a proprie ragioni. Non è sempre facile accertare la

capacità decisionale di una persona: tale capacità può essere presente e valida, o del tutto assente, come nei minori e nei malati mentali più gravi, o intermittente e ambigua, come capita in alcuni disturbi emotivi e mentali. Il dibattito sulla *competence* è in realtà molto intricato, perché anche in casi in cui sia stata dichiarata l'incapacità di intendere e di volere, alcuni sostengono che non manchino del tutto le risorse per rifiutare in base a ragioni un certo trattamento medico, anche se appropriato. In questi casi, occorre dare alla libertà della persona tutta l'autorità che essa è in grado di prendersi.

Ora, questi aspetti del consenso informato devono tradursi nella pratica. Idealmente, come si è detto, ciò avviene tramite una comunicazione continua fra medico e paziente, in cui vi sia tempo per ascoltare, porre domande e riflettere. Di fatto, tuttavia, il consenso informato è stato spesso identificato con il documento scritto che riporta le informazioni e che dovrebbe essere letto e firmato dal paziente: in quest'ottica, la pratica si riduce alla semplice firma in calce ad un modulo prestampato. Invece, il consenso scritto dovrebbe essere solo la *testimonianza* degli aspetti più rilevanti di una comunicazione reale, cioè del dialogo realmente avvenuto fra medico e paziente. Se così non avviene, il consenso informato diventa allora un requisito soltanto burocratico, che ottiene l'effetto opposto a quello sperato: anziché accrescere la fiducia fra medico e paziente, esso fa nascere il sospetto che il medico voglia tutelarsi da possibili sequele legali dovute alla mancata informazione.

Le diverse teorie morali implicano interpretazioni diverse del significato e dei limiti del consenso. Nell'ottica paternalistica, è chiaro che il consenso informato è superfluo: poiché il paziente deve affidarsi al medico come a colui che conosce il suo autentico bene (almeno per quanto riguarda la salute), non è necessaria l'informazione sui trattamenti adottati. Per la verità, in molti casi il consenso non è realmente necessario, perché è in qualche modo implicito nel solo fatto di rivolgersi al medico per ricevere un determinato tipo di cure; in altri casi, non è neppure possibile né opportuno, come nelle situazioni di urgenza, in Pronto Soccorso, e quando il paziente non può esprimere direttamente un consenso, che però risulta evidente dal suo comporta-

mento. In tal caso si parla di *consenso presunto*. Nell'interpretazione contrattualistica, il consenso informato è letteralmente un contratto, in cui si stabiliscono i termini della relazione fra medico e paziente; in questa prospettiva, esso assume realmente un valore vincolante e perciò richiede un'analisi accurata da parte di entrambi i soggetti.

Il consenso può però anche essere inserito nel quadro del più ampio patto terapeutico: esso diviene allora il momento in cui l'obiettivo comune della cura viene precisato nei modi e nei tempi, e rappresenta il documento di un passaggio cruciale della relazione.

Il problema centrale della comunicazione fra medico e paziente è certamente il linguaggio: i consensi dovrebbero tracciare le forme fondamentali di un linguaggio condiviso, privo delle complicazioni del gergo scientifico ma più preciso e meno ambiguo del linguaggio comune. L'elaborazione di questo linguaggio non può certo avvenire su moduli prestampati, ma è affidata soprattutto alla comunicazione viva e dialogica fra medico e paziente; per questo occorre tempo, una risorsa sempre più scarsa nelle corsie d'ospedale, che spesso non hanno nemmeno spazi adatti per garantire la necessaria riservatezza dei colloqui.

Per comunicare certi contenuti, però, il problema non è rappresentato dai termini tecnici, e nemmeno dai tempi e dagli spazi, bensì da ciò che si ha da dire: talvolta, si tratta di una verità troppo amara per poter essere detta con totale franchezza.

Etica della malattia ed etica della salute

La bioetica è stata per lo più interpretata secondo due punti di vista originari. Da un lato, essa è stata vista anzitutto come l'*etica per il medico*, o addirittura come un aggiornamento dell'etica medica ippocratica o della deontologia professionale: essa quindi prevederebbe un insieme di principi e regole cui soprattutto il personale medico e sanitario dovrebbe attenersi nella relazione con il paziente, come il rispetto dell'autonomia, la cura del benessere del malato, il non infliggere danno, il limitare la sofferenza inevitabile e l'equità nelle scelte in caso di risorse scarse. D'altro canto, la bioetica è stata considerata come una nuova fondazione dell'*etica pubblica*, vale a dire come la riformulazione

di un'etica condivisibile nelle complesse società pluralistiche contemporanee, in cui sono venute meno le evidenze morali comuni, quelle convinzioni cioè che, traducendosi anche in convenzioni e in costume, costituiscono la trama di una convivenza civile dal profilo riconoscibile. Poiché i confini della consuetudine e dei valori condivisi sono sempre più labili e irriconoscibili nelle società multietniche, e poiché al contempo gli sviluppi vorticosi delle scienze biomediche non concedono molto spazio alla riflessione, la bioetica è stata proposta come ricerca delle regole minime della decisione pubblica, come definizione delle procedure che dovrebbero garantire il rispetto delle opinioni di tutti, senza penalizzare alcuna tradizione morale. Entrambe queste interpretazioni hanno dei limiti che non è difficile evidenziare: da una parte, la bioetica non riguarda certamente il solo personale sanitario, ma è un insieme di questioni che sollecitano ogni persona alla riflessione sul significato delle cure nel contesto della vita contemporanea; d'altro canto, la bioetica non può essere soltanto un insieme di regole procedurali, che non entrano mai nel merito di che cosa sia più ragionevole pensare e fare, che rifiuta il confronto con gli argomenti di principio e i problemi morali come sfide alla nostra capacità di trovare ragioni valide per agire. Soprattutto, entrambe le interpretazioni non considerano abbastanza a fondo la posizione del *soggetto* nelle questioni bioetiche, del paziente, come colui che, anzitutto, deve prendere decisioni fondamentali sulla propria vita e la propria salute. Questo compito presuppone un impegno specificamente morale e non solo psicologico da parte del soggetto: di fronte alla malattia, e in generale di fronte alle scelte che riguardano la salute e la vita, non possiamo sottrarci all'esigenza di riflettere criticamente sulle *nostre* ragioni per agire, mettendo le nostre scelte e i nostri criteri in gioco nell'argomentazione con gli altri, ma anche solo con noi stessi. Si tratta cioè di dare forma al tipo di persona che intendiamo essere e testimoniare, di rendere concreti i nostri principi astratti di condotta. La prospettiva del soggetto agente, cioè "in prima persona", è spesso trascurata dalla bioetica, ed è un merito della tradizione dell'etica delle virtù aver cercato di rimetterla al centro dell'attenzione.

Possiamo distinguere due aspetti di questo punto di vista, che possiamo chiamare rispettivamente *etica della malattia* ed *etica della salute*. La malattia impone una sfida che ci è impossibile evitare: il compito di ricercare le possibili risposte ai molti "perché", che affiorano nel periodo di minaccia per la vita e la salute, è indiscutibilmente un compito personale, per il quale, come si è detto, il supporto della comunità di appartenenza è fondamentale ma insufficiente. Inoltre, nella cultura contemporanea manca spesso proprio quell'insieme di convinzioni comuni che, riaffermate con forza, permettevano in altre epoche di sostenere con minore precarietà la ricerca; la necessità di argomentare a favore dei propri valori e delle proprie ragioni oggi è indubbiamente più pressante. Una volta che siano stati rispettati tutti i nostri diritti, ci si ritrova con l'esigenza di dare un senso alla nostra malattia: nel linguaggio delle virtù, ciò comporta coraggio, cioè capacità di affrontare il pericolo, e temperanza, cioè capacità di non farsi sopraffare dall'emotività. Comporta anche una certa riflessività, cioè l'accettazione del compito della riflessione come esigenza umana, come base per il rispetto di sé e degli altri. Occorre poi che, sulle singole questioni, come accettare o rifiutare una terapia, scegliere una forma di procreazione artificiale o l'adozione, si entri nel merito delle ragioni a favore e contro, e non ci si limiti a ritenere che ogni opinione può ben essere valida, purché si garantisca la libertà. Questo punto contrappone dunque abbastanza nettamente le etiche libertarie a quelle delle virtù e a quelle dei doveri (e in parte anche all'utilitarismo): mentre le prime ritengono che non sia compito dell'etica criticare le opinioni morali dei soggetti, le seconde affermano che il soggetto stesso non può accontentarsi di un'opinione che non abbia superato il vaglio della critica razionale, cioè del confronto con le argomentazioni di altre prospettive e con la propria capacità critica. In questo senso *l'etica della malattia* è il tentativo di riflettere criticamente sulle proprie ragioni per agire nel contesto biomedico, ragionando in prima persona e non riferendosi semplicemente alle procedure da seguire nel contesto pubblico. I dibattiti sul rispetto dei diritti si affiancano, ma non sostituiscono il ragionare su che cosa sia realmente più giustificato fare nelle varie circostanze.

ze, dato il tipo di persona che intendo essere e dato, in generale, che sono una persona umana.

Di fronte alla sfida della malattia, il paziente deve quindi avere l'opportunità, il tempo e il modo di mettere in campo i propri valori, di discuterli con i familiari e con il medico, di trovare interlocutori che, cercando di dare un senso alla sua sofferenza, accettino di mettere in discussione le proprie risposte.

L'altro aspetto riguarda *l'etica della salute*: quest'ultima è un bene rilevante della persona, che richiede di essere tutelato non soltanto dal medico ma anche dal soggetto stesso. Vi è dunque una certa *responsabilità* per la propria salute, che riguarda ad esempio le abitudini alimentari, l'attività fisica, la prevenzione e tutti quegli aspetti che non è possibile né opportuno demandare al controllo del medico o del sistema sanitario. È noto che uno stile di vita sano diminuisce assai significativamente il rischio di vari tipi di patologie, ad esempio quelle cardiovascolari e alcune forme di tumori. La scelta di fumare intensamente, per non parlare dell'uso di droghe, è certamente un atto di irresponsabilità, verso la propria salute e, in questo senso, costituisce una mancanza nei confronti di quelli che Kant, con la tradizione deontologica, chiamava "doveri verso se stessi". Il rispetto di sé riguarda certamente in primo luogo il corpo, la cui integrità è un bene e che non deve essere deturpato o minacciato se non per il bene complessivo della persona. In questa prospettiva, ad esempio, il dono di un organo per trapianto da vivente ha certamente un alto valore solidaristico, ma non deve mettere in pericolo la persona che dona: per questo sono permesse solo le donazioni di organi "doppi". In questa categoria rientrano anche quei trattamenti che, pur non essendo obbligatori, sono una buona regola sanitaria di prevenzione di alcune importanti patologie: ad esempio, una verifica dei valori ematici a scadenze regolari, il pap-test per le donne, soprattutto a partire dalla menopausa, una frequentazione cadenzata del proprio medico di base.

Più in profondità, però, vi è un aspetto per cui malattia e salute costituiscono un argomento di riflessione morale per gli umani in termini del tutto generali. Si tratta della prospettiva per cui ogni persona deve assegnare alla preoccupazione per la salute il *giusto peso* nell'insieme delle proprie

occupazioni e dei propri obiettivi esistenziali. Un'ossessiva cura della salute o un atteggiamento addirittura patofobico, cioè dominato dal terrore della malattia e della morte, è altrettanto fuori luogo che una completa trascuratezza. Entrambi i comportamenti sono il segnale di una manchevole riflessione sul valore della salute nell'arco della vita. La ricerca sul senso della malattia e della morte appare allora un compito irrinunciabile per il soggetto, che ha lo scopo di permettergli di inquadrare le questioni relative alla salute nell'orizzonte dei valori per cui egli intende spendere la propria vita. Questo inquadramento è essenziale per assegnare alla vita, alla malattia e alla morte un possibile significato nell'arco dell'esistenza, in modo da poter affrontare questi eventi con una migliore consapevolezza e in modo attivo. È così che può capitare che alcuni malati preferiscano riconoscere il limite delle cure a cui sono sottoposti e richiedano di non procedere oltre, ritenendo di aver ben vissuto e di essere pronti ad attendere serenamente, per quanto possibile, l'ultimo evento.

Problematiche attuali della sperimentazione clinica

SILVIO GARATTINI

Con l'avvento dei Comitati Etici in Italia si è dato un impulso considerevole alla ricerca clinica.

Tuttavia non sempre questa ricerca viene fatta nell'interesse degli ammalati o della sanità pubblica, molto spesso si tratta di sperimentazioni che hanno come obiettivo quello di servire interessi economici che si traducono nella conquista di una frazione più o meno grande del mercato farmaceutico.

Per questa ragione i Comitati etici devono essere più attenti ai progetti che vengono sottoposti alla loro approvazione. Molti dati indicano che l'attività è molto più orientata a problemi regolatori ed assicurativi piuttosto che a comprendere il significato e la utilità della sperimentazione. Sotto questo aspetto sembra cruciale la discussione di tre problemi: la legittimità dell'impiego del placebo, il limite nell'utilizzo dei parametri surrogati per misurare l'efficacia dei farmaci, l'abuso degli studi basati sul disegno sperimentale dell'equivalenza o della non-inferiorità.

La legittimità dell'impegno del placebo

La recente revisione della dichiarazione di Helsinki ripropone in modo più deciso la non-eticità dell'impiego del placebo quando già esistono trattamenti disponibili per quell'indicazione per cui si propone una sperimentazione. Questa posizione ha suscitato molta discussione fra chi ritiene assolutamente indispensabile l'impiego del placebo per ragioni scientifiche e chi rinnega in modo assoluto l'impiego del placebo. Il problema è in realtà molto controverso se si considerano anziché i sacri principi, le condizioni delle varie tipologie della sperimentazione clinica.

Anzitutto va sottolineato che il divieto non è assoluto secondo la stessa dichiarazione di Helsinki.

Esistono almeno due grandi categorie di studi per cui è legittimo l'impiego del placebo: quando si tratti di patologie minori che non mettono a rischio l'ammalato e quando non esista alcun rimedio per

una determinata patologia clinica. Nel primo caso qualora si tratti ad esempio di dolori di lieve entità o di eritemi cutanei o di tosse da raffreddamento non sembra un problema, sempre con un chiaro consenso informato, utilizzare il placebo. Nel secondo caso la discussione deve essere più articolata. Esistono veramente patologie per cui non vi sono rimedi disponibili? È molto difficile sostenere che non esistano trattamenti per la maggior parte delle malattie più comuni sia acute, sia croniche. Il problema si pone invece in modo molto più evidente per la maggior parte delle malattie rare dove l'impiego del placebo è non solo possibile, ma dovrebbe essere richiesto per dare certezza all'efficacia del nuovo trattamento proposto. Si sostiene da parte di molti che il trattamento con il placebo sia indispensabile anche quando esista un farmaco di riferimento. Si propone in questo senso placebo, trattamento di riferimento e nuovo farmaco, tipicamente per il trattamento della depressione. Il placebo servirebbe da discriminante per essere sicuri che il farmaco di riferimento sia veramente efficace nel contesto di quella specifica sperimentazione. Un caso recentissimo è quello della sperimentazione dell'estratto di iperico per il trattamento della depressione. Il risultato indicava una inefficacia dell'iperico rispetto al placebo. Tuttavia lo studio non poteva essere conclusivo perché anche il farmaco di riferimento non era differente dal placebo. Se ne deduce quindi che la presenza del placebo ha permesso di concludere erroneamente una eguaglianza fra il nuovo e il vecchio trattamento perché solo il placebo ha dimostrato che erano tutti e due inattivi. In realtà questa conclusione può essere criticata se utilizzata per sostenere la utilità del placebo. Infatti esistono altri schemi sperimentali che potrebbero essere utilizzati aumentando ad esempio la numerosità del campione. Se il farmaco di riferimento è convalidato da precedenti studi controllati

non vi è dubbio che mostrerà la sua efficacia utilizzando un campione sufficientemente ampio e soprattutto se si utilizzerà per il nuovo farmaco un disegno atto a dimostrarne la superiorità. Va sottolineato che quando lo scopo sia quello di dimostrare la superiorità - e dovrebbe sempre essere così - in termini di efficacia, di tollerabilità o di compliance, l'impiego del placebo diviene totalmente inutile. Un altro schema sperimentale è quello di utilizzare almeno inizialmente un disegno a due bracci: uno con il farmaco di riferimento e l'altro con lo stesso farmaco associato al nuovo farmaco, sempre ricercando la superiorità. Si può anche decidere di utilizzare il placebo, ma in condizioni eticamente accettabili. Per rimanere all'esempio del trattamento della depressione, si può scegliere anziché una popolazione normale, un gruppo di pazienti che non rispondono a tutti i trattamenti antidepressivi, nel qual caso diventa legittima la randomizzazione con placebo perché ricadiamo nella situazione in cui per quei pazienti non esiste un trattamento.

In realtà l'impiego del placebo ha molto più spesso ragioni di carattere economico (lo studio costa di meno perché richiede meno pazienti) o di opportunità (è più facile che un nuovo farmaco sia meglio del placebo piuttosto che di un altro farmaco esistente) anziché ragioni di carattere scientifico.

I parametri surrogati

Lo scopo di una sperimentazione clinica dovrebbe essere sempre quello di diminuire la mortalità o la morbilità oppure di migliorare la qualità di vita. Molto spesso essendo questo obiettivo complesso e di lunga durata, si preferisce utilizzare dei parametri surrogati perché si ritiene che siano collegati ai parametri primari (hard end-points) di cui sopra. La misura dell'attività antidepressiva, ipocolesterolemizzante o ipoglicemizzante è appunto riferita a parametri surrogati perché si ritiene che siano una espressione della riduzione di infarto, ictus, arteriosclerosi o di complicazioni diabetiche.

Di fronte ad esperimenti clinici che comportino parametri surrogati il Comitato Etico dovrebbe sempre riflettere sul reale beneficio per i pazienti e per la sanità pubblica perché non sempre questi parametri sono sinonimo di beneficio. Qualche anno fa l'Organizzazione Mondiale della Sanità –

sotto la spinta delle associazioni scientifiche dell'ipertensione sostenuta da industrie farmaceutiche interessate – aveva elaborato un libretto, distribuito in due milioni di copie, in cui si sosteneva che l'importante era diminuire la pressione arteriosa, mentre non era significativo quale dei sei gruppi di farmaci (diuretici, β -bloccanti adrenergici, calcio antagonisti, ACE inibitori, inibitori dei recettori dell'angiotensina II, α -bloccanti adrenergici) venisse utilizzato. Le smentite arrivavano purtroppo molto rapidamente. Uno studio denominato Allaht veniva interrotto perché, a parità di effetti antiipertensivi, un bloccante α -adrenergico (doxazosina) proteggeva due volte e mezzo meno di un diuretico (clortalidone) dall'insufficienza cardiaca. In un altro studio un calcio antagonista (amlodipina) non dava benefici alle funzioni renali rispetto ad un inibitore dei recettori dell'angiotensina-II (irbersartan) sempre a parità di effetti antiipertensivi. Anche recentemente ha destato scalpore il fatto che la cerivastatina, il più potente ipocolesterolemizzante disponibile, desse luogo a raddoppiamenti e a disturbi della muscolatura scheletrica con frequenza maggiore rispetto alle altre statine.

Questi esempi mostrano che assumere un'equivalenza fra effetti surrogati ed effetti terapeutici non è suffragato dalle conoscenze scientifiche; infatti ogni farmaco proprio perché ha una sua caratteristica struttura chimica può avere accanto all'effetto desiderato altri effetti specifici che possono condizionare il risultato terapeutico. Per questo è necessario che per ogni farmaco si debba dare la dimostrazione dell'efficacia terapeutica. Da qui la domanda che si deve porre il Comitato Etico: è giusto continuare ad approvare protocolli di fase III sulla base di parametri surrogati quando abbiamo già parecchi farmaci che hanno dimostrato un'efficacia terapeutica?

Non dimentichiamo che questi farmaci entreranno in concorrenza con gli altri farmaci senza che il pubblico si possa rendere conto della reale differenza di efficacia.

Gli studi di equivalenza

In questi ultimi anni quasi tutti gli studi clinici che vengono proposti per l'approvazione di un nuovo farmaco vengono eseguiti con il disegno dell'equi-

valenza o della non-inferiorità, mentre raramente viene applicato lo schema della superiorità. Equivalenza o non-inferiorità sono termini ambigui perché non esiste una definizione. Un esempio: supponiamo di avere come riferimento un farmaco fibrinolitico che salva in media dall'infarto miocardico 25 persone per ogni mille trattate. Se vogliamo comparare un nuovo fibrinolitico cosa possiamo accettare come equivalenza? Un morto in più o cinque morti in più (o in meno)? È chiaro che ogni risposta è soggettiva. Anche se rispondiamo che non deve essere statisticamente differente non risolviamo il problema, perché anche la precisione statistica dipende dalla numerosità del campione utilizzato. Qui sta infatti il nocciolo del problema, perché gli schemi di equivalenza o di non inferiorità comportano un numero minore di pazienti – con le relative implicazioni economiche – rispetto agli studi di superiorità. Per dare un'idea dei numeri in gioco si può ricordare che per i farmaci antidepressivi uno studio che stabilisca una equivalenza con una approssimazione del 5% richiede 1200 pazienti, mentre un'approssimazione al 2% ne richiede 8000. Molti degli studi di confronto riportati in letteratura concludono per una equivalenza, ma in realtà si poteva avere una differenza del 20%. Molti degli studi condotti con il criterio della equivalenza in realtà sono fatti per non cercare una differenza. Molto spesso l'equivalenza viene ricercata in condizioni che sono a priori vantaggiose per il nuovo farmaco rispetto a quello di riferimento. Basta impiegare ad esempio una dose del farmaco di riferimento che non sia quella ottimale per diminuirne l'efficacia o per aumentarne la tossicità. Di fronte ad uno studio di equivalenza il Comitato Etico dovrebbe rendere ben chiaro al paziente nel documento per il consenso informato quale sia effettivamente lo scopo della ricerca. Quanti pazienti accetterebbero di entrare in uno studio in cui si dicesse chiaramente: "questa ricerca ha solo uno scopo commerciale e serve solo per ottenere una autorizzazione alla immissione sul mercato; la sua partecipazione non servirà a stabilire se il nuovo farmaco sia meglio o peggio di quelli esistenti e non si sa a maggior ragione se avrà più o meno effetti tossici". Chiaramente gli studi di equivalenza dovrebbero essere rifiutati come non etici a meno che l'equiva-

lenza – stabilendone bene i limiti – non comporti altri tipi di vantaggio. Potremmo accettare l'equivalenza se un farmaco avesse un meccanismo d'azione completamente differente da quello di confronto; oppure se a parità di equivalenza vi fossero meno effetti collaterali (nel qual caso sarebbe tuttavia uno studio di superiorità per quanto riguarda la tollerabilità); oppure ancora se fosse dichiarato a priori che in caso di equivalenze il nuovo farmaco venisse posto sul mercato ad un prezzo inferiore a quello degli altri farmaci esistenti per la stessa indicazione.

Per concludere, i Comitati Etici hanno un compito essenziale, quello di evitare che i pazienti sottoposti ad uno studio clinico diventino puramente un mezzo per sostenere interessi economici. Occorre che la comprensione di questi problemi avvenga a livello di molti Comitati Etici per lanciare un segnale alle industrie farmaceutiche, alle società scientifiche ed ai singoli ricercatori. Occorre anche promuovere una campagna di informazione per creare un fondo indipendente per gli studi clinici controllati. Un sistema rispettoso degli interessi della sanità pubblica non può dipendere per l'innovazione soltanto dall'industria farmaceutica. Spetta ai Comitati Etici sollevare questi problemi per trovare adeguate soluzioni.

Ingresso all'antica Ca'Granda dal Naviglio (opera dell'ing. Attilio Arrigoni, 1695).
Particolare del frontone con la colomba dell'Ospedale.



La famiglia e il nuovo welfare

ANTONIO MAGGIONI

Che cosa è la famiglia ? Per la risposta non è fuori luogo, tanto per cominciare, rifarsi alla Costituzione della Repubblica che (all'art. 29) definisce la famiglia "società naturale fondata sul matrimonio" e alla Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo che (all'art. 12) sancisce che "l'uomo e la donna hanno il diritto di sposarsi e di fondare una famiglia secondo le leggi nazionali che regolano l'esercizio di questo diritto".

E' però la famiglia un valore fermo, da tutti riconosciuto e salvaguardato ? Non è così semplice, e lo vediamo nella vita di tutti i giorni. Constatiamo che gli stili di vita e i criteri di convivenza e accettazione sociale si modificano, che il senso religioso o etico dell'individuo è spesso affievolito, che il martellante permissivismo e l'esaltazione mediatica della "differenza" che distingue dalla massa propongono altri modelli.

Non si può dunque sfuggire a un confronto, ad una rimeditazione sul "che fare", per tener conto dei processi di cambiamento e insieme difendere e promuovere l'identità vera della famiglia, fornendole, accanto al sostegno del pensiero religioso, il supporto laico del riconoscimento del suo ruolo essenziale per il bene-essere sociale. Ed è questo riconoscimento che si è venuto delineando nel pensare al nuovo welfare.

Forse è utile, per meglio metter in evidenza il significato e il contenuto di valori della famiglia, vederne sinteticamente alcuni aspetti.

In primis, vi è l'aspetto giuridico che certamente, attraverso il patto matrimoniale, a valenza pubblica, caratterizza la società naturale "famiglia" ed ha importanti implicazioni anche economiche. Questo aspetto, che viene dai tempi lontani degli albori della nostra cultura greco-romana e giudaico-cristiana, è necessario, ma non sufficiente per declinare la famiglia, anche perché, da solo, non assicura lo sviluppo e il perfezionamento della persona:

essere famiglia richiede più di un contratto.

Un secondo aspetto è quello affettivo che si esprime attraverso l'amore tra i coniugi, e verso i discendenti e gli ascendenti, secondo progetti di vita condivisi, all'insegna della nota formula "in ricchezza e povertà, in salute e malattia": un patto e un'alleanza stabile e durevole, cellula di fecondità e di solidarietà intergenerazionale. Ma anche questo, da solo, non basta. Non tanto perché un patto siffatto è esposto alle incertezze della vita, quanto perché sottende il rischio del riemergere del libero arbitrio dell'individuo nello scegliere e modificare l'oggetto dei propri interessi primari, anche affettivi.

Un terzo aspetto è quello etico-religioso, aspetto decisivo e totalizzante per il credente, non solo cristiano, e per le persone comunque ricche di sensibilità morale. Il concetto etico-religioso abbraccia e include le valenze del diritto e dell'amore, ma, di fatto, una ampia parte della popolazione, nel mondo secolarizzato e con una religiosità residuale e confusa, non lo fa proprio, o lo fa in modo occasionale e ininfluenza sui rapporti familiari

In sostanza, è solo la compresenza degli elementi giuridici, affettivi ed etico-religiosi che può dar corpo alla "società naturale" chiamata "famiglia" dalla nostra Costituzione e dal comune sentire .

Luci e ombre

Negli ultimi decenni si è visto a livello mondiale, un serrato confronto sulla istituzione "famiglia", in funzione, come si è accennato, dei riaffermati diritti dell'individuo, del riconoscimento della pari dignità alla donna, della mobilità geografica delle persone per motivi economici, delle aperture multiculturali, dei vari modelli di convivenza, dell'affievolirsi talora del senso del divino e della trascendenza. Nel frattempo il progresso scientifico continuava a correre e ad aprire nuovi scenari, con nuovi problemi etici.

Limitiamoci alla situazione italiana: negli ultimi 30 anni, con la società che cambia, cambia anche la legislazione, con la regolamentazione del divorzio, dell'aborto, con la nuova legge di famiglia, con il welfare state che si afferma e poi entra in crisi. Per la famiglia appaiono segni di sbandamento, ma, da ultimo, sembra delinearsi una reazione positiva.

Le luci risiedono nel fatto che, almeno in Italia, la famiglia continua ad essere la struttura portante del bene-essere sociale; anzi, come vedremo più oltre, la consapevolezza della sua importanza nel complesso delle Istituzioni è in crescita e stimola nuove iniziative politiche per la famiglia: in questo campo la Regione Lombardia è antesignana.

Siffatto risveglio di attenzione, sul quale la Chiesa cattolica ha lavorato a lungo, smentisce dunque chi profetizzava, quasi auspicandola, l'estinzione della famiglia.

Torna bene qui citare un passaggio pungente da un testo del Cardinale Tettamanzi, una parafrasi della parabola evangelica del buon Samaritano. Ecco, in sintesi: il viandante assalito lungo la strada è la Famiglia; i briganti che lo spogliano sono i Tempi Moderni (i nostri); il primo passante è un sociologo che "passò per quella strada, vide la Famiglia, la studiò a lungo e disse: ormai è morta; poi passò accanto uno psicologo che sentenziò: l'istituzione familiare è oppressiva, meglio così; passò anche un prete, che si mise a sgridare la Famiglia: perché non hai resistito meglio? Il buon Samaritano infine è il Signore che passa, ha compassione, cura le ferite e consegna la Famiglia alla Chiesa perché ne abbia cura: ristorala con la mia Parola e il mio Pane, al mio ritorno ti chiederò conto di lei.

E sulla missione della Chiesa per la famiglia ci soffermeremo più oltre, accennando ai Consultori di ispirazione cristiana.

Un sicuro punto di luce risiede nell'animo giovanile che, nonostante la secolarizzazione e la libertà sessuale, continua, come è naturale, a trovare nell'amore, nella gioia del matrimonio e nel progetto di vita in comune (magari in età un po' più matura che per il passato), e infine nella poesia della generazione dei figli, i veri valori della esistenza.

Punto di luce è lo spirito del volontariato, una grande onda in crescita in questi anni, che investe tutte le età anagrafiche, che nasce nella famiglia ed esce

ad aiutare le altre famiglie, più deboli o bisognose o sfortunate.

E' la sussidiarietà orizzontale che va pervadendo e arricchendo le comunità.

Punto di luce, infine è la sempre più diffusa consapevolezza delle Istituzioni pubbliche - impallidite le illusioni del welfare state che garantiva tutti, dalla culla alla bara - che è la famiglia la chiave e la risorsa sociale primaria per la salvaguardia e la promozione della qualità della vita.

Le ombre, poi, sono tante: basta guardarsi intorno, al di là della prosa della vita di tutti i giorni, che consuma regole e affetti: tra individualismo sfrenato, cultura di massa dissacrante, esigenze della organizzazione del lavoro moderna, lavoro femminile non agevolato da opportuni sostegni a favore della maternità, percentuale crescente di figli che nascono fuori dal matrimonio, diffuso relativismo etico, più gli apprendisti stregoni sulle coppie di fatto, sulla libera sessualità, sul multiculturalismo acritico, vi sono abbastanza motivi per stare all'erta, e impegnarsi perché la comprensione dell'altro, la difesa dei suoi diritti di pensiero e di scelte di vita, la solidarietà e la relazione d'aiuto non pregiudichino l'identità vera ed il valore fondamentale della famiglia, così come essa è nella nostra tradizione di civiltà e come la Costituzione l'ha chiaramente definita.

Il buon Samaritano. Richiamo allegorico alla struttura familiare: vedasi testo in questa pagina. (Hendrik Met de Bles, soprannominato "il Civetta", Napoli, Gallerie di Capodimonte).



Politiche per la famiglia

Intanto che il mondo cambiava - anzi, un po' dopo - il Legislatore interveniva .

Dall'Opera Nazionale Maternità e Infanzia ai più recenti progetti per la famiglia, passando per una serie di iniziative, leggi e disposizioni normative, nazionali e regionali, si è accumulato un corpus iuris di grande spessore. Per brevità, e con particolare riferimento alla situazione a noi più vicina, quella della Lombardia, che è emblematica delle tendenze sociologiche e culturali in atto, ci si può limitare a ricordare tre recenti provvedimenti: la legge regionale lombarda n° 23/1999 "Politiche regionali per la Famiglia", la legge n° 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali " e il Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 della Lombardia.

Con la prima legge sopracitata, approvata a larga maggioranza dopo un lunghissimo iter di discussioni e di incomprensioni, la Regione Lombardia ha avviato un autonomo e innovativo processo di riconoscimento e sostegno alla famiglia, molto articolato, per far fronte alle diverse esigenze, dalla casa agli asili-nido, dalla procreazione ai rapporti intergenerazionali, dalla tutela dei più deboli al disagio psichico, fino alla formazione e all'aggiornamento degli operatori dei servizi alla famiglia.

Questa legge recita, all'art. 1, "la Regione promuove il servizio pubblico alla famiglia e realizza un'organica e integrata politica di sostegno al nucleo familiare" (e vale sottolineare che nel concetto di servizio pubblico sono comprese anche le strutture private senza fini di lucro, associazioni e formazioni del privato sociale). Tra gli obiettivi, elencati nell'art. 2, il primo è "favorire la formazione e lo sviluppo delle famiglie mediante la rimozione degli ostacoli che si presentano nelle diverse fasi della vita familiare, con particolare riguardo a quelli di carattere abitativo, lavorativo ed economico". All'art. 3 sono previste agevolazioni finanziarie per l'accesso alla prima casa per giovani sposi. Nel seguito dell'art. 4 vengono promossi servizi socio-educativi per la prima infanzia, soprattutto per le famiglie numerose e monoparentali. E, infine, all'art. 5 , in attuazione del

principio di sussidiarietà orizzontale, viene promosso e riconosciuto ufficialmente l'associazionismo familiare, quale nuova leva di intervento di solidarietà.

La legge quadro 328, promulgata alla fine dell'anno 2000, definisce, sempre alla luce del principio di sussidiarietà, le funzioni in campo sociale dello Stato e delle Istituzioni locali e il livello di coinvolgimento dei soggetti del privato sociale (incluse le ONLUS e il Volontariato), nonché gli impegni del Fondo nazionale per le politiche sociali, fissato ogni anno dalla legge finanziaria. Tra i dettati di rilievo di questa legge quadro hanno particolare evidenza le disposizioni per l'attuazione dei Piani di Zona (art. 19) che, tra l'altro, prevedono interventi economici (buoni) volti al mantenimento a domicilio dei soggetti fragili, e, inoltre, servizi di pronto intervento sociale e "ricoveri di sollievo" in rapporto alla domiciliarità.

I Piani di Zona, declinati poi in dettaglio nella circolare 7 del 29 aprile 2002 della Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia, sono intesi come lo strumento programmatico dei Comuni, in accordo con le ASL, per i servizi sociali sul territorio, per definire bisogni e priorità e precisare i livelli essenziali delle prestazioni. E' in questa sede che possono esser messi a fuoco sistemi locali di intervento fondati su prestazioni complementari tra le risorse pubbliche e le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto del privato sociale: in potenza, il Piano di Zona trasforma il territorio in comunità e offre alle formazioni del privato sociale, per esempio alle associazioni di solidarietà familiare e ai Consultori e ai Centri di ascolto, occasione di azione e di responsabilizzazione.

Con il nuovo Piano Socio Sanitario 2002-2004, la Regione Lombardia, ancora una volta, segna passi molto innovativi, riorientando il welfare verso nuovi modelli assistenziali, organizzativamente più liberi e responsabilizzati, sempre sulla base del concetto della centralità del cittadino e del principio di sussidiarietà. Per quanto riguarda la famiglia, il Piano indica priorità nella salute materno-infantile, nella tutela dei minori e della adolescenza, favorisce l'adozione e si propone di rinforzare la solidarietà intergenerazionale con l'aiuto econo-

mico di Voucher e di buoni, al fine di limitare l'emarginazione degli anziani nei nuclei familiari più bisognosi.

Il programma sperimentale del Buono Socio-Sanitario è stato attivato nel gennaio 2001 e dovrebbe concludersi a fine anno 2002. Si tratta, come noto, di un contributo economico alla copertura dei costi sopportati dalle famiglie per l'assistenza in casa di anziani non autosufficienti. Iniziative siffatte sono state avviate anche in altre Regioni: da tempo, in Emilia Romagna e, più recentemente, in Liguria e altrove. Dal luglio 2002, sulla base del nuovo Piano Socio Sanitario lombardo, è partita una seconda fase di sperimentazione, con il cosiddetto Voucher Socio-Sanitario: mentre il Buono contribuisce genericamente alle spese, alleviandone il peso per le famiglie bisognose, il Voucher è titolo specifico per fare acquisti di prestazioni di assistenza domiciliare integrata, erogate da caregivers professionali, scelti liberamente dalle famiglie entro elenchi di soggetti accreditati dalla Regione, a garanzia della qualità del servizio.

La sperimentazione, per ora interessa due ASL lombarde: quella di Lecco, con trecentomila abitanti, e quella di Milano 3, con baricentro a Monza e con circa un milione di abitanti. La percentuale di anziani ultrasessantacinquenni sull'intera popolazione è oggi di circa il 16 % e si avvia a superare il 20% entro la fine del decennio.

Sia per il Buono che per il Voucher, l'obiettivo è di evitare o ritardare il ricovero dei non autosufficienti in residenze sanitarie protette, con vantaggio evidente delle persone interessate ma anche con minori costi a carico della comunità.

Ma l'assistenza domiciliare è un campo in cui anche la rete delle associazioni di volontariato può aumentare la propria efficacia per migliorare la qualità della vita dei soggetti fisicamente o psichicamente deboli, con progetti innovativi che possono trovare sostegno finanziario regionale.

Da ultimo, e lo vedremo presto con la ripresa autunnale dell'attività politica, potrebbero concretarsi, in toto o in parte, i progetti per la famiglia contenuti nel Libro Bianco sul Welfare. Notava il Corriere della Sera il 14 agosto scorso "Alla fine bisognerà fare i conti e vedere se ci sono i soldi in cassa. Ma le intenzioni sono di battaglia: favorire

in tutti i modi la famiglia (quella fondata sul matrimonio, non le coppie di fatto) e, soprattutto, la natalità".

Speriamo si pensi anche alle situazioni monoparentali, perché un figlio è un dono da proteggere. E tra gli interventi a favore della maternità non si può non ricordare l'iniziativa sperimentale per scongiurare interruzioni di gravidanza che il Comune di Milano ha promosso nel 1999 in aiuto alle gestanti in difficoltà economiche.

Comunque, le intenzioni per il futuro fanno ressa: detrazioni fiscali per i figli, ancora Buoni per anziani non autosufficienti, agevolazioni per asili nido in ufficio e altre provvidenze, tra le quali, nella calura ferragostana, verrebbero ad inserirsi nuove Mutue di solidarietà, anno sabbatico per i neo-padri, contributi alle spese della cerimonia matrimoniale, riduzione dell'IVA sui pannolini e così via. Tra tutto, veramente incisivo potrebbe essere un intervento del Ministero della Giustizia per l'istituzione nei tribunali di sezioni per le cause familiari, riservando queste cause alle mani di magistrati di adatta esperienza e formazione etica.

Tutto bene dunque? Si vedrà, e resta il fatto che lo Stato e in genere le Istituzioni pubbliche, nella loro azione di sostegno della famiglia, sono, per loro struttura e cultura, più "capaci" in campo economico. Ma la famiglia non è solo un soggetto economico e, soprattutto, non è un contenitore in cui basta riversare un po' di soldi per risolvere i problemi.

Il disagio della famiglia, quando malauguratamente c'è, richiede interventi a largo spettro, analisi e simpatia, educazione mirata, consulenza e accompagnamento. Ecco che, accanto alle provvidenze economiche, v'è l'esigenza di offrire altre risorse immateriali, finalizzate alla promozione della cultura della famiglia e del bene-essere familiare, alla prevenzione dell'insorgere del disagio, alla cura a tutto tondo delle situazioni degradate o conflittuali. Tra queste risorse, in prima linea, sono certamente i Consulenti familiari.

I Consulenti familiari

Non è il caso di illustrarne la storia: basti ricordare che la istituzione dei Consulenti familiari con la legge 405/75 di fatto valorizzava, in forme anche

nuove, strutture già da tempo in essere in ambito socio-sanitario perché corrispondevano a precise esigenze di assistenza della popolazione.

Il Consultorio è una struttura socio-sanitaria, che nasce in ambito materno-infantile ma si estende a tutte le fasce di età. Nel sistema lombardo i Consultori pubblici dipendono dai Dipartimenti di Assistenza Socio-Sanitaria Integrata (A.S.S.I.) delle ASL, e coprono una larga serie di campi di intervento, dalla maternità alla protezione dei minori, dalla adozione internazionale alla violenza in famiglia, dal disagio adolescenziale alle devianze, con un'ottica, spesso, di "riduzione del danno" a fianco dell'impegno alla "prevenzione del danno".

Interessante è stato l'affiancarsi ai Consultori pubblici di una rete di Consultori privati, soprattutto di orientamento cristiano. Nei pubblici, in quanto facenti parte delle ASL, tendono a prevalere aspetti medico-sanitari o di assistenza sociale; nei privati tendono a prevalere gli aspetti psicologici e morali, con riferimento al matrimonio, alla vita di coppia, alla genitorialità, all'adolescenza, ai rapporti intergenerazionali. Comune ai Consultori pubblici e privati è l'ottica antropologica, privilegiando forse nei pubblici la persona e privilegiando la famiglia nei privati. In entrambi i casi, forte è la spinta per la formazione degli operatori e per l'educazione para-scolastica dei giovani; in entrambi i casi, il Consultorio è porto di arrivo di problemi, anche inesplorati o non compresi, e porto di partenza di possibilità di vita nuova, con carichi di bene-essere per la società familiare tanto maggiori quanto maggiore è la qualificazione professionale ed etica dei suoi Operatori.

I Consultori familiari privati

La rete dei Consultori privati nasce essenzialmente per l'impegno del volontariato cattolico, simboleggiato dalla figura del Consulente Familiare che si affianca allo psicologo, al ginecologo, all'avvocato, al moralista e agli altri specialisti nella gestione dei casi personali e familiari e nel tutoring durante il periodo di accompagnamento.

Il loro funzionamento, in quanto strutture a valenza anche sanitaria, è autorizzato dalle ASL, sulla base di determinati requisiti strutturali e organizzativi.

Già negli anni '40, don Paolo Liggeri si era fatto promotore di associazioni di iniziativa cristiana per l'aiuto ai giovani nel matrimonio, oggi raccolte nell'UCIPEM (Unione Consultori Prematrimoniali e Matrimoniali), con una decina di centri in Lombardia.

Anni dopo, nel 1976, don G. Battista Guzzetti promuoveva la costituzione, specialmente da parte delle parrocchie dei vari Decanati, nell'ambito della pastorale familiare delle Diocesi, di associazioni di ispirazione cristiana, con una missione precisa, che è bello citare da un suo scritto del 1980: "Nei nostri consultori si offrono soprattutto servizio a Cristo nei fratelli bisognosi e amore ai più piccoli - non sempre di età o di ragione o di mezzi economici, ma necessariamente sempre piccoli di serenità e di felicità".

Queste ultime associazioni, oggi una quarantina in Lombardia, sono riunite nella Fe.L.Ce.A.F. - Federazione Lombarda dei Centri di Assistenza alla Famiglia - ONLUS, fondata dallo stesso don Guzzetti per l'indirizzo, il coordinamento, la rappresentanza dei Centri federati e per la cura della formazione degli operatori. La Federazione è a sua volta associata alla Confederazione Italiana Consultori familiari di ispirazione cristiana, di cui fu per molti anni Assistente Ecclesiastico l'ancor giovane mons. Dionigi Tettamanzi.

Nelle parole del Cardinale Martini dell'ottobre 1997 si ritrova la rinforzata missione, con l'enfasi del passaggio dal curare al prevenire: "Mi auguro e attendo che i Consultori - pur continuando a svolgere con impegno ed intelligenza un'opera di consulenza per i casi difficili e le situazioni patologiche - siano realtà propositiva in ordine alla prevenzione e all'educazione, in particolare nei confronti degli adolescenti, dei giovani e dei fidanzati. E' necessario quindi che le nostre comunità cristiane, i loro pastori, gli operatori e i collaboratori pastorali, pur con tutte le opportune distinzioni, promuovano, valorizzino e sostengano i Consultori familiari di ispirazione cristiana e quelli di iniziativa cristiana, quali aiuti preziosi oggi disponibili per la salvaguardia e la promozione della famiglia".

Nei tempi più recenti, nelle attività consultoriali si è posto l'elemento innovativo dell'accreditamento

dei Consultori privati da parte dell'Ente Regione, non solo in Lombardia, ma comunque con la Lombardia all'avanguardia. Questo accreditamento comporta il soddisfacimento di ulteriori requisiti aggiuntivi a quelli della semplice autorizzazione ASL, e costituisce titolo per accedere al sostegno economico regionale, alla pari con i Consultori pubblici.

Si sono aperti quindi nuovi orizzonti di intervento, di crescita della qualità dei servizi, ma anche di possibilità di collaborazione tra Consultori pubblici e privati, non tanto in base ad una ripartizione e specializzazione dei campi di intervento, quanto di osmosi di culture e di orientamento a servizi integrati.

Rifiutata ogni autoreferenzialità dei Consultori privati e ogni pretesa di omologazione da parte dei Consultori pubblici, dato per scontato il pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona nella nostra società che cambia, il dialogo pubblico-privato può divenire concertazione, soprattutto nelle attività di educazione alla salute e di accompagnamento, nella bioetica e nella prevenzione della violenza in famiglia, magari rinviando le pratiche abortive fuori dell'ambito consultoriale verso l'area più strettamente sanitaria, una volta esperite le azioni di sostegno psico-fisico delle incipienti gravidanze. E dal campo culturale la collaborazione può passare anche all'area giuridica, per nuove proposte di leggi o soluzioni a favore della famiglia.

La discussione su cosa fare per la famiglia anche in ambito consultoriale potrebbe trovare nuove linee guida, con le quali, salva l'identità e salvi i valori, acquista senso andare insieme, pubblico e privato sociale, innanzitutto a prevenire il malessere e poi a correre in aiuto ai più deboli, agli svantaggiati, ai diversi, agli sfortunati, ai devianti, all'umanità più fragile con le sue diverse facce.

Nuove iniziative

L'attenzione per la famiglia delle Istituzioni, delle strutture del privato sociale, delle Chiese cristiane è motivo di fiducia, ma occorre vigilanza. C'è anche il rischio che la politica "pro famiglia" diventi una moda, un veicolo usato per fini elettorali.

Il Cardinale Martini invita ad usare, nell'apostolato per la famiglia, "sobrietà e comprensione".

Un Vescovo, suo stretto collaboratore, indicava recentemente agli operatori di un Consultorio tre riferimenti: l'esempio di vita, senza il quale non vale dare consiglio; le regole, cioè l'identificazione dei valori in cui credere e a cui attenersi; il dialogo, che è l'apertura per l'aiuto all'Altro, che è la ricerca della comprensione. Tre motivi che ispirano anche la "lettera alle nostre famiglie" della Conferenza Episcopale Lombarda.

La Federazione dei Consultori di ispirazione cristiana, per parte sua, sta portando avanti la proposta di rafforzare, se possibile, il patto matrimoniale con la sottoscrizione da parte dei giovani sposi, di un "progetto di vita" che investe i temi fondamentali della genitorialità, dell'educazione dei figli e della solidarietà intergenerazionale, rendendo espliciti impegni che sono impliciti nel momento in cui si fonda una nuova famiglia; il tutto all'interno di una formula detta "Camera delle decisioni familiari" intesa quale struttura di alta professionalità ma di sostanziale volontariato a sostegno e riferimento giuridico per prevenire e contrastare la fragilità familiare.

Da ultimo, per i Consultori, quali erogatori di servizi multidisciplinari per la famiglia, si stanno ipotizzando sul piano nazionale iniziative per indirizzare appositi fondi ad una ricerca scientifica finalizzata ad accrescere il patrimonio culturale nelle discipline che concorrono alla qualità delle prestazioni consultoriali.

E sarà importante vedere la definizione e la realizzazione delle proposte avanzate nel Libro Bianco del Welfare.

Conclusione

Ma allora, quale famiglia per gli anni 2000? Può essere che la famiglia trovi nuovi aiuti? Dall'esterno, o nella welfare community, o nell'interno dell'animo umano? Possiamo condividere una "vision" che mette la famiglia al centro degli interessi della comunità?

Questa è la sfida del nuovo welfare, dove la famiglia è soggetto che va aiutato anche economicamente, ma dove è chiaro che occorre costruire soprattutto sui valori, impegnarsi per la loro difesa e per educare i giovani a far propri questi valori. Qui il ruolo di Consultori ben impostati può

esser veramente fondamentale. Pubblico e privato possono operare insieme per il meglio, puntando sui temi che uniscono. Carità e intelligenza contro fondamentalismo e retorica.

Don Mazzi ha detto “non mi interessa la teoria, ma l’incontro con la persona”. Il gallese Rowan Williams, arcivescovo di Canterbury, vola alto : “Se c’è una cosa che desidero ardentemente è vedere di nuovo il cristianesimo capace di catturare l’immaginazione della nostra cultura, di suscitare le più forti energie del nostro pensare e sentire”. In entrambi i casi, parole stimolanti.

Don Liggeri, che difendeva il matrimonio sancito pubblicamente, perché destinato a inserirsi in un contesto sociale, avanzava la riflessione: “Nonostante la insensatezza di molti, il matrimonio rimane un fatto straordinariamente umano e ad un tempo sovrumano. La ragione può illuminare, la legge può tutelare, la religione garantire il conforto della benedizione divina e, per i cristiani, la garanzia di uno speciale sacramento; ma nella sua genuina originalità, il matrimonio fondamentalmente è uno slancio personale e profondo, alieno da calcoli, imposizioni e pedaggi di qualsiasi genere, fino al punto di sovvertire l’originario ordine naturale degli affetti: l’uomo lascerà il padre e la madre e si unirà alla sua donna; e saranno due in una sola carne”.

Ma ritorniamo al Cardinale Martini, quando ricorda che per “un’ esperienza familiare vissuta in pienezza, a una parentela basata su un fatto biologico deve accompagnarsi, fino all’esserne l’anima, una comunanza interiore e una comunanza di valori”; e, citando S.Ambrogio: “i legami spirituali sono più sacri di quelli dei corpi”.

Così, accanto alla famiglia “società naturale”, alla famiglia “risorsa”, alla famiglia “bene-essere”, viene proposta, sempre con “sobrietà e comprensione”, la famiglia “vocazione” e la famiglia “bellezza”: e qui ritroviamo tutto lo stile del Cardinale Martini che conosciamo.

Bibliografia:

Carlo Maria Martini: *I valori della famiglia e della persona e il Consultorio Familiare* - ottobre 1997

Goffredo Grassani: *Politiche regionali per la famiglia e accreditamento dei Consulenti* - in *Consulenti Familiari Oggi*, n. 1, marzo 2000

Carlo Maria Martini: *Famiglia e Politica - Discorso per la vigilia di S. Ambrogio* - Centro Ambrosiano, dicembre 2000

Conferenza Episcopale Lombarda: *Seguire Gesù sulle strade dell’amore e della vita* (Lettera alle nostre famiglie) - Centro Ambrosiano, settembre 2001

Dionigi Tettamanzi: *La famiglia odierna tra speranze e inquietudini* - in *Consulenti Familiari Oggi*, n. 4, dicembre 2001

Carlo Maria Martini: *Lettera ai genitori - Discorso per la natività di S. Giovanni Battista*, giugno 2002

Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale – Regione Lombardia; *Politiche Sociali News*, anno 2002

Mezzo secolo di Dermatologia Pediatrica in via Pace

CARLO GELMETTI

Cinquant'anni fa un giovane medico che lavorava come volontario nella Clinica Dermatologica dell'Ospedale Maggiore diretta allora dal professor Agostino Crosti cominciava ad interessarsi alle malattie della pelle dei bambini dopo avere compreso che i pediatri trattavano le dermatopatie del bambino senza conoscerle, mentre i dermatologi che queste dermatopatie conoscevano almeno in teoria, si trovavano in grandi difficoltà avendo una limitata esperienza pediatrica. Quel giovane medico si chiamava Ferdinando Gianotti, ora riconosciuto fondatore della Dermatologia Pediatrica italiana e compianto maestro di questa disciplina, al cui nome veniva dedicato nel 1996 il nuovo padiglione di Dermatologia Pediatrica della via Pace.

In effetti, la Dermatologia Pediatrica comprende obbligatoriamente due aspetti: la diagnostica dermatologica e la formazione pediatrica. La prima infatti è indispensabile per un corretto inquadramento della lesione e non differisce sostanzialmente da quella dell'adulto, la seconda invece è necessaria per integrare la semeiotica specifica nel quadro peculiare delle problematiche evolutive del bambino e delle sue specificità terapeutiche. Per fare pochi esempi, si ricordi che l'anamnesi dermatologica del bambino comporta delle particolarità; basti pensare a quelle dermatopatie esantematiche costituite da lesioni fugaci e paucisintomatiche che possono sfuggire all'attenzione dei genitori. La semeiotica inoltre può presentare differenze notevoli da quella dell'adulto; nel lattante, per esempio, la coordinazione motoria è imperfetta e pertanto il sintomo del prurito, fondamentale nella diagnostica dermatologica, può presentarsi camuffato da irrequietezza, irritabilità e difficoltà all'addormentamento e via di questo passo.

La giustezza e l'importanza delle intuizioni di Gianotti sono dimostrate dall'eccezionale espansione di questa branca medica alla quale sono dedicate rivi-

ste scientifiche citate nell'Index Medicus e numerose Società scientifiche. Attualmente infatti esistono una Società internazionale di Dermatologia Pediatrica, una europea e varie nazionali tra cui la nordamericana e la giapponese e la recente Società italiana di Dermatologia Pediatrica che terrà il suo primo congresso nazionale a Roma nella primavera del 2003.

La realtà attuale della Dermatologia Pediatrica milanese, grazie anche alla ristrutturazione edile ed organizzativa del 1996, è quella di una struttura che offre oltre 11.500 prestazioni all'anno, aperta non soltanto alla città e alla regione ma che si è qualificata come punto di riferimento nazionale per tutte le patologie cutanee del bambino. Nell'ambito dell'Unità operativa complessa I diretta dal prof. Ruggero Caputo, l'Unità operativa semplice di Dermatologia Pediatrica è diretta da chi scrive e in essa lavorano i dottori Stefano Cambiaghi, Riccardo Cavalli e Lucia Restano. La dottoressa Cristiana Colonna ha un contratto come borsista.

Oltre alle prestazioni ambulatoriali e di day-hospital di dermatologia generale, l'Unità operativa integra altre attività.

In particolare il Centro per le Malattie Cutanee Ereditarie (CMCE) attualmente coordinato dal dottor Gian Luca Tadini prosegue l'impegno nella diagnosi prenatale delle genodermatosi. Il CMCE è attualmente diretto dal prof. Ruggero Caputo affiancato dai colleghi: Umberto Nicolini (associato di ostetricia e ginecologia); Faustina Lalatta (esperto di genetica); Nicola Principi (ordinario di Pediatria); Elvio Alessi, Carlo Crosti (ordinari di Dermatologia) e Carlo Gelmetti (straordinario di Dermatologia).

Ad oggi il CMCE ha arruolato più di 2000 pazienti, tra cui più di 200 affetti da epidermolisi bollosa ereditaria e più di 100 da ittiosi congenita, anche se la patologia più frequente è la neurofibromatosi di

tipo I. Il follow-up clinico è correlato delle indagini che comprendono gli esami istologici tradizionali e istochimici con immunofluorescenza e quelli ultrastrutturali con microscopia elettronica a scansione e a trasmissione. Tali procedure sono alla base della diagnosi prenatale effettuata nei casi letali o potenzialmente tali (25 procedure dal 1989 ad oggi). Inoltre è proseguita l'indagine sulle patologie cutanee a mosaico tra le quali è stata individuata una nuova patologia definita come facomatosi pigmento-cheratotica.

Il CMCE è promotore e titolare dei Registri Italiani per le epidermolisi bollose ereditarie e per le ittiosi congenite in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità e con le associazioni dei familiari e dei pazienti. Inoltre Il CMCE ha edito una serie di Linee Guida per la diagnosi delle malattie cutanee ereditarie nell'ambito del "Progetto Genodermatosi" dedicato all'insegnamento di queste malattie ai dermatologi

italiani. L'attività didattica si è incentrata sulla formazione dei medici specializzandi sia con lezioni teoriche che pratiche e sull'attività di preparazione alla tesi di laurea per dieci candidati dal 1989 al 2000. Il CMCE ha inoltre fornito il proprio contributo a circa cento congressi nazionali ed internazionali ed ha pubblicato circa 200 lavori scientifici. Il CMCE, che ha anche organizzato dal 1993 ad oggi 5 simposi nazionali ed uno internazionale, intende approfondire gli studi sulle malattie pigmentarie a mosaico per lo studio del gene NEMO.

L'ambulatorio angiomi, operativo da molti anni, ha avuto un notevole impulso dal 1999, anno in cui è stato acquistato, con l'essenziale contributo della direzione scientifica, un moderno laser vascolare. Tale apparecchio, affidato al dott. Riccardo Cavalli e uno dei primi operativi in una struttura pubblica in Italia, ha permesso il trattamento di numerose anomalie vascolari per le quali era prima necessa-

Via Pace. Un po' di colore e di verde per i piccoli ospiti della Dermatologia Pediatrica che s'affacciano dai lettini.



rio un viaggio all'estero o, quanto meno, un dirottamento del paziente in strutture private non convenzionate col SSN.

Le malformazioni vascolari capillari (più comunemente conosciute come "angiomi piani" o come "macchie a vino di porto") sono trattate in regime di day-hospital. Fino ad oggi più di 250 pazienti affetti da questa patologia sono stati trattati con successo nel nostro centro. Il laser vascolare si è inoltre rivelato di grande efficacia nella guarigione degli angiomi capillari immaturi ulcerati dei neonati e dei lattanti. La mancanza di una possibilità di sedazione dei pazienti limita il campo di applicazione, soprattutto nei bambini più piccoli. La futura fusione del nostro Ospedale con gli Istituti Clinici di Perfezionamento che sono dotati di servizi di anestesiology pediatrica dovrebbe portare a un decisivo miglioramento dell'assistenza.

L'ambulatorio della dermatite atopica, affidato alla dott.ssa Colonna, opera da vari anni in collaborazione con alcuni centri di allergologia pediatrica (Clinica De Marchi, Ospedale Melloni) e si è occupato negli ultimi anni delle sperimentazioni cliniche dei nuovi farmaci immunomodulatori topici come il tacrolimus ed il pimecrolimus in studi clinici policentrici internazionali che hanno portato un rilevante contributo alla definizione del profilo clinico di queste nuove molecole.

Tra gli altri studi in corso va anche citato quello in collaborazione con i virologi dell'Ospedale San Raffaele, incentrato sullo studio degli herpesvirus 6, 7 e 8 nella patogenesi della pitiriasi rosea di Gibert. Il prestigio della Dermatologia Pediatrica milanese continua ad essere riconosciuto anche in campo internazionale. Insieme al prof. Giuseppe Fabrizi dell'Università Cattolica del Sacro Cuore infatti, all'autore di questo articolo sono state affidate la presidenza e l'organizzazione del prossimo congresso mondiale che si svolgerà a Roma nel 2004. Inoltre, consulenze per casi clinici di particolare difficoltà sono continuamente richieste dall'Italia e dall'estero. La mancanza di fondi e la mancanza di una foresteria annessa all'Ospedale limitano la possibilità di soddisfare tutte le richieste di medici, dermatologi e pediatri che da ogni parte del mondo chiedono di frequentare "stages" di formazione.

Un nostro progetto di ricerca elaborato dal CMCE

ha vinto, quest'anno, un cospicuo finanziamento del prestigioso Johnson's Institute of Pediatrics: si è acquistato così un eco-color-doppler di ultima generazione (essenziale per lo studio delle patologie vascolari) e si finanzierà la costruzione di una camera sterile destinata al trattamento delle epidermolisi bollose più gravi.

"Last but not least", chi scrive è stato chiamato dall'Università degli Studi di Milano a ricoprire un posto di professore di prima fascia nell'Istituto di Scienze Dermatologiche diretto dal prof. Elvio Alessi a partire dal corrente anno accademico. È forse un segno dell'apprezzamento che la comunità accademica milanese nutre nei confronti della nostra Dermatologia Pediatrica, il cui futuro è quello di un'integrazione sempre più stretta con tutte le competenze ad essa complementari. La Dermatologia Pediatrica, (come del resto la Dermatologia "tout court") non serve a curare solo le malattie della pelle del bambino, ma l'intero bambino diagnosticato attraverso la sua pelle. In questo senso, la specialità è quindi considerata come il centro propulsore della pediatria "esterna", o, per dirla in altri termini, come il potenziale fulcro di coordinamento di un grande numero di competenze mediche e chirurgiche orientate alla pediatria.

Nonostante la cronica penuria di personale paramedico ed amministrativo e nonostante i gravi ritardi nella informatizzazione delle strutture, la Dermatologia Pediatrica milanese non ha smesso di progredire. Le collaborazioni fondamentali sviluppate in questi anni nel campo delle dermatiti allergiche (con i pediatri, gli immunologi e gli allergologi), degli angiomi (con i chirurghi vascolari, gli ematologi e i radiologi) e delle genodermatosi (con i genetisti, i ginecologi e i biologi molecolari) sono alcuni esempi che illustrano lo sviluppo fin qui avvenuto e le ulteriori possibilità di crescita che maggiori risorse potrebbero determinare. Infine, alla luce della notevole e complessa attività clinica e scientifica, pensiamo che la "nostra" Dermatologia Pediatrica meriti il riconoscimento di Unità operativa complessa. In questa ottica la fondazione del Nuovo Policlinico che nascerà dalla fusione dell'Ospedale Maggiore con gli Istituti Clinici di Perfezionamento non potrà che dare benefici sia all'assistenza che alla ricerca.

La donazione, il prelievo e i trapianti d'organo alla luce della recente normativa sul coordinatore locale: le nuove funzioni della Direzione Sanitaria

ERMENEGILDO MALTAGLIATI, ANTONELLO ROSSETTI

La recente normativa “Riorganizzazione delle attività di prelievo a scopo di trapianto. DGR 8 febbraio 2002 N. VII/7987” attribuisce alle Direzioni Sanitarie tutta una serie di competenze relative al coordinamento delle attività di prelievo a scopo di trapianto.

Questa normativa deve essere, poi, adattata alle diverse realtà sanitarie della Regione Lombardia.

Perché la Direzione Sanitaria?

La Direzione Sanitaria (D.S) è l'entità maggiormente protesa verso funzioni gestionali ed organizzative, igienico sanitarie e di prevenzione, medico legali, di formazione e aggiornamento, di promozione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie dell'intero sistema aziendale.

E', infatti, la Direzione Sanitaria l'attore che interviene operativamente nel processo di donazione-trapianto tramite l'attivazione e la partecipazione alla Commissione per l'accertamento della morte (ove tale funzione non sia stata delegata al Servizio di Medicina Legale, se esistente, o al Servizio di Anatomia Patologica).

E' di fondamentale importanza che la D.S. intervenga direttamente in tutte le attività che nel settore quotidianamente e trasversalmente si svolgono all'interno dell'Azienda. Da un approccio monospecialistico, legato spesso alla professionalità delle singole équipe rianimatorie, si deve pervenire ad azioni coordinate ed efficaci che permettano di non perdere nessun potenziale donatore né, in generale, di tralasciare alcun dettaglio nell'azione di reperimento di organi o tessuti. Tale obiettivo deve essere perseguito anche ricercando una collaborazione/integrazione con altri specialisti dell'Azienda per attivare *sempre* la Commissione in tutti i casi di decesso per lesioni cerebrali.

A ciò deve seguire il coordinamento di tutta l'attività trapiantologica.

La precedente normativa come regolamentava l'argomento?

La precedente normativa (Legge 91/99 art. 12) aveva istituito la figura del coordinatore locale.

Il coordinatore, che veniva scelto tra i medici con esperienza nel settore dei trapianti ed addestrato da opportuni corsi di formazione, era responsabile dell'intero programma della donazione di organi e tessuti e nella figura dell'anestesista rianimatore trovava spesso il migliore interprete.

A questa figura veniva delegata “in toto” la gestione dei numerosi aspetti (organizzativi e non) senza, tuttavia, essere investita, a livello aziendale, della necessaria autorità per il pieno raggiungimento del risultato.

Qual è dunque, la nuova figura alla quale le recenti norme trasferiscono la responsabilità del coordinamento?

Questa impostazione così precaria e parcellizzata dei compiti è stata superata dalla recente legge di riorganizzazione delle attività di prelievo per puntare, invece, su una gestione unitaria dell'intero “Programma donazione e trapianti”.

Dal momento che la D.S. ricopre un ruolo strategico può sperimentare modelli organizzativi in grado di rendere efficiente il sistema delle donazioni, dei prelievi e dei trapianti a livello aziendale, tenuto conto dell'utilizzo integrato delle risorse già disponibili.

Il coordinatore locale è, dunque “un dirigente medico assegnato funzionalmente in staff alla D.S.”

La riorganizzazione delle attività di prelievo a scopo di trapianto pone la D.S. come attore principale per il potenziamento e lo sviluppo di queste attività attraverso la definizione di uno specifico “Programma aziendale”. Senza perdere mai di vista l'unitarietà del sistema ospedaliero, il “Programma” deve focalizzare gli interventi strategici potenzian-

do la capacità organizzativa aziendale, puntando sull'integrazione e sullo sviluppo di un approccio multispecialistico, anche tramite la stesura di appositi strumenti operativi (linee guida, protocolli, ecc.) che consentano di concretizzare le indispensabili sinergie.

Cosa dice nel dettaglio la D.G.R. 7987 "Riorganizzazione delle attività di prelievo a scopo di trapianto" dell'8 febbraio 2002?

La Regione Lombardia viene suddivisa in 18 aree ciascuna delle quali facenti capo a un coordinatore locale che ha la sua sede in un ospedale dell'area.

Quali sono i compiti del coordinatore locale?

I coordinatori locali debbono farsi garanti per:

- l'individuazione e la gestione dei donatori multiorgano del presidio ospedaliero di appartenenza;
- la cura dei rapporti con la famiglia del donatore;
- il coordinamento di tutte le operazioni connesse al reperimento ed al trasferimento degli organi e tessuti;
- la compilazione in collaborazione con la D.S. del registro locale dei cerebrolesi deceduti, dei prelievi espletati, dei prelievi non effettuati;
- la supervisione del processo di donazione e di prelievo di organi dei presidi dell'area;
- l'assolvimento del debito informativo verso la Direzione Sanità della Regione Lombardia inerente ai prelievi di organi e di tessuti della propria area;
- l'ottimizzazione e la razionalizzazione delle procedure e delle operazioni relative agli adempimenti alle norme riguardanti l'accertamento della morte con criteri neurologici, definite dalla legge 578/94 e alla convocazione del collegio medico, anche allo scopo di razionalizzare i costi connessi;
- la supervisione del processo di reperimento dei tessuti da cadavere quando effettuato da altre figure professionali mediche o non mediche che operano nello stesso presidio oppure nei presidi dell'area;
- la promozione della donazione a scopo di trapianto nell'ospedale e nell'area;
- l'impiego degli stanziamenti regionali erogati alle Aziende ed agli Enti sanitari con il provvedimento di funzioni sanitarie-extratarriffarie;
- la finalizzazione del fondo alimentato dagli stan-

ziamenti statali e regionali per la formazione e l'aggiornamento del personale impegnato nel processo di donazione e di prelievo in ciascuna area di coordinamento.

Dunque, qualora sussistano cospicui volumi di attività e concrete possibilità di realizzazione, in staff al direttore sanitario d'Azienda può essere prevista una struttura organizzativa dedicata al coordinamento delle attività di donazione, prelievo e trapianto, denominata "struttura di coordinamento".

L'attivazione di tale struttura rappresenta l'attuazione di un progetto culturale ed organizzativo ed ha ragione di esistere se è finalizzata:

- al superamento della parcellizzazione degli interventi sanitari che, derivati dal moltiplicarsi nel tempo delle specializzazioni già presenti nel settore trapiantistico, rischiano di perdere di vista l'unitarietà dell'intervento sanitario;
- a perseguire realmente l'integrazione e lo sviluppo della pluridisciplinarietà e dell'approccio multi-specialistico nel settore clinico-assistenziale;
- alla promozione di una metodologia ispirata al lavoro di gruppo, alla valorizzazione dei singoli, alla ricerca di sinergie ed alla gestione coordinata ed efficiente delle risorse disponibili.

Il modello organizzativo proposto si pone l'obiettivo della ricerca del miglioramento della qualità assistenziale, attraverso azioni tese a promuovere:

- l'efficacia clinica;
- la continuità del processo assistenziale nella donazione e nel trapianto sia da cadavere sia da vivente;
- la soddisfazione dei pazienti e degli operatori;
- l'attenzione specifica alla corretta gestione delle risorse e all'efficienza organizzativa.

La struttura di coordinamento deve rappresentare innanzitutto il supporto concreto alle strutture complesse e semplici dell'Azienda Sanitaria impegnate nelle attività di donazione, prelievo e trapianto per la soluzione di problematiche giuridiche, organizzative, gestionali che possano ostacolare lo svolgersi dell'attività stessa.

Il raccordo e l'interfaccia continui di tale dirigente con il Direttore Sanitario aziendale garantiscono l'unitarietà dell'azione e dimostrano l'impegno dell'Azienda verso tutti i professionisti coinvolti che vedono così direttamente partecipe e motivato il vertice sanitario aziendale.

Compito specifico di tale struttura è di operare innanzitutto un'azione di monitoraggio sul settore, garantendo le stesse funzioni già svolte all'interno dell'Azienda anche con:

- il Ministero della Salute, per le problematiche relative alle autorizzazioni ministeriali e/o per rinnovo delle stesse;

- il Centro Nazionale Trapianti, per gli aspetti relativi a:

liste di attesa

applicazione protocolli

carta dei servizi per pazienti in attesa di trapianto

rilevazione dati di attività

promozione della cultura della solidarietà

- Le Organizzazioni Interregionali/Centro Interregionale di Riferimento, per le problematiche relative a:

l'esecuzione di test immunologici

l'assegnazione degli organi

la trasmissione dei dati dei pazienti in lista di attesa

l'applicazione di protocolli

- L'Assessorato regionale alla sanità per i relativi flussi informativi e finanziari.

Oltre che garantire queste relazioni verso l'esterno, la struttura di coordinamento deve relazionarsi con tutto il sistema aziendale per il miglior utilizzo delle risorse disponibili e per una corretta azione comunicazionale. In particolare deve far fronte autonomamente a tutti gli aspetti amministrativi e giuridici che ne discendono, anche rapportandosi con gli altri settori dell'Azienda (servizi amministrativi, servizio infermieristico, programmazione e controllo di gestione, ufficio qualità, ecc.)

Strumenti a disposizione del coordinatore locale per portare a termine la sua attività

In primo luogo l'autorità che deriva dall'essere in staff alla Direzione Sanitaria.

Il legislatore ha, poi, previsto "che la quota pari a 1/3 delle risorse, riconosciute annualmente alle strutture sanitarie a titolo di remunerazione delle funzioni non tariffabili... venga messa a disposizione del coordinatore locale, per la formazione e l'aggiornamento degli operatori del presidio di appartenenza, per le azioni di educazione e di comunicazione sulla donazione, nonché per l'ac-

quisizione dei beni e dei mezzi necessari al programma locale di prelievo; è stato, inoltre, ritenuto opportuno, nel quadro del finanziamento del presente programma di riorganizzazione del settore, istituire un fondo apposito, alimentato dagli stanziamenti statali da integrare con ulteriori risorse del fondo sanitario regionale e stabilire che venga ripartito, in prima applicazione uniformemente, a favore dei coordinatori locali, tra le Aziende Sanitarie e gli enti interessati per la formazione e l'aggiornamento del personale impegnato nel processo di donazione in ciascuna area".

Cosa bisogna fare?

Prima di tutto è necessario definire a livello aziendale una progettualità complessiva finalizzata ad un reale aumento della disponibilità di organi ed al conseguente potenziamento di tutta l'attività trapiantologica con l'individuazione di ruoli e responsabilità specifiche. La valutazione di qualità e di efficienza di una struttura è in funzione, infatti, degli aspetti quali-quantitativi dell'attività svolta e della capacità di intervenire con la massima efficienza nel processo.

Come già evidenziato, il ruolo della Direzione Sanitaria aziendale nelle attività di donazione, di prelievo e trapianto deve tradursi prevalentemente in interventi programmatori ed organizzativi.

Ma quali sono gli interventi programmatori?

Lo strumento di programmazione è rappresentato dalla definizione di uno specifico e più volte citato "programma aziendale", da realizzarsi possibilmente in collaborazione con tutti i Direttori di Dipartimento, i responsabili delle strutture complesse e semplici direttamente coinvolti nelle attività di donazione, prelievo e trapianto. Ciò rappresenta il punto di partenza per operare qualsiasi intervento di razionalizzazione e di potenziamento del settore, in quanto sottoscrive l'impegno dei professionisti, oltre che rappresentare un potente strumento di comunicazione interna.

Questa azione si estrinseca nell'adesione agli obiettivi programmatici che, definiti dall'Alta Direzione Aziendale (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore scientifico e Direttore amministrativo) per la loro valenza strategica, devono poi attuarsi nella realtà quotidiana.

Quali sono gli interventi organizzativi da mettere in atto?

La definizione del “Programma” comprende anche l’istituzione, qualora se ne ravvisi la necessità e sussistano le condizioni e i volumi di attività sufficienti, di una specifica struttura operativa (la Direzione Sanitaria o un ufficio in staff alla stessa) in grado di assicurare:

- l’unitarietà degli interventi;
 - la stesura di protocolli dei percorsi assistenziali in ordine alle relative aree di intervento (organi addominali, organi toracici, tessuti, ecc.) per risolvere problematiche emergenti che richiedono competenze specifiche
- definire gli ambiti delle singole discipline
integrare le discipline stesse in un unico processo volto alla realizzazione del “Programma”.

Da ciò si evince come l’organizzazione per processi sia la base concreta della realizzazione del programma aziendale nel settore delle donazioni, prelievi e trapianti.

L’organizzazione per processi – intendendo per processi “l’insieme delle attività correlate orizzontalmente e finalizzate all’esito di un determinato prodotto finale” – garantisce il superamento dell’estrema parcellizzazione delle competenze, tipico della burocrazia professionale, nonché la classica ed antiquata articolazione dell’Ospedale ponendosi, invece, come un’entità trasversale che collabora e garantisce il coordinamento di tutte le attività del programma terapeutico, o in questo caso, del “Programma” di donazione di organi e tessuti.

L’attivazione di una “specifico struttura per il coordinamento delle attività di donazione (prelievo e trapianto) in staff alla Direzione Sanitaria aziendale” consente di: dare concretezza al progetto, superare i conflitti di competenza e le duplicazioni di ruoli tra gli stessi attori coinvolti, garantire un corretto utilizzo dei principali fattori produttivi necessari per la realizzazione di quanto contenuto nel “Programma”.

Quindi sia per la programmazione sia per l’organizzazione può essere attivata una specifica struttura operativa, in staff alla Direzione Sanitaria aziendale, che “agisce in nome e per conto” del Direttore Sanitario aziendale.

Ultimamente con i sistemi di regolazione e di svi-

luppo delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, si tende sempre più alla gestione in proprio di tutto il processo (donazione e trapianto) nell’ambito della medesima azienda, con livelli di produttività direttamente collegati alle capacità di reperimento interno.

Per evitare che questa tendenza conduca ad una sorta di concorrenza poco virtuale tra le Aziende che hanno individuato come strategiche tali attività, sono state individuate dalla D.G.R. 8 febbraio 2002 – N. 7/7987, 18 aree regionali. Le aree hanno un “peso” differente sia per quanto riguarda il numero di posti letto (per es. A.O. di Brescia 5920 letti; A.O. di Lodi 833 letti) che per quanto riguarda l’attività di prelievo e trapianto (per es. il Policlinico di Milano e quello di Pavia hanno un peso differente rispetto all’intera zona di Valle Camonica-Esine).

Il coordinatore locale si relaziona con i referenti afferenti alla sua zona (nominati dai rispettivi Direttori Sanitari) sia con i coordinatori locali delle altre 18 aree ma anche e soprattutto con il coordinatore regionale.

Qual è il ruolo del coordinatore rispetto al NITp?

Il NITp è storicamente il primo centro di riferimento italiano che si è occupato di organizzazione dei trapianti e si basa sulle convenzioni tra diverse Regioni. Comprende un’area di 18 milioni di abitanti in Lombardia, Veneto, Trentino, Friuli-Venezia Giulia, Liguria e Marche. Il coordinatore locale si avvale del supporto del coordinatore regionale e della collaborazione del Centro Interregionale di Riferimento del Nord Italia Transplant, perseguendo l’obiettivo del miglioramento sia quantitativo sia qualitativo delle attività di prelievo e trapianto.

Conclusioni

In conclusione appare sicuramente innovativa e di utilità la nomina del Coordinatore delle attività di prelievo a scopo di trapianto in staff alla Direzione Sanitaria dell’Azienda.

Si tratta comunque di un’ipotesi praticabile e realistica di riorganizzazione e sviluppo dell’attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti sottolineando il ruolo della Direzione Sanitaria nel raggiungimento di tale risultato/obiettivo.

Il nostro Servizio di Endocrinologia: l'Istituto di Scienze Endocrine

N.R.

L'Istituto di Scienze Endocrine della Facoltà di Medicina dell'Università di Milano fu fondato nel 1987. Gli diedero vita l'ordinario di Endocrinologia, prof. Giovanni Faglia, i professori associati Bruno Ambrosi, Paolo Beck-Peccoz e Pietro Travaglini e il ricercatore dott.ssa Anna Spada. Contestualmente l'Amministrazione dell'IRCCS Ospedale Maggiore di Milano convenzionava l'Istituto stesso ai fini assistenziali come Servizio autonomo di Endocrinologia.

Questo atto amministrativo riconosceva piena autonomia a un gruppo che già operava attivamente nell'ambito dell'Ospedale Maggiore sin dal 1967, dapprima presso gli Istituti di Patologia Speciale Medica e di Clinica Medica II, diretti dal prof. Cesare Bartorelli (sino al 1981), poi come Cattedra di Endocrinologia.

Dalla fondazione al 1998, l'Istituto è stato diretto dal prof. Giovanni Faglia, cui è succeduto il prof. Paolo Beck-Peccoz dal 1999 a tutt'oggi. Dal 1999 è stata aggregata al Servizio un'Unità di Diabetologia.

Il gruppo è erede di una lunga tradizione endocrinologica in campo assistenziale, di ricerca ed accademico che risale alla Scuola del prof. Luigi Villa. Fu infatti in seno a questa Scuola prestigiosa e sotto la guida del prof. Franco Silvestrini che il prof. Faglia ebbe la sua formazione endocrinologica.

In campo assistenziale l'Istituto, in linea con le attuali tendenze, ha concentrato la propria attività a livello di ambulatorio e di day hospital, operando per ridurre al minimo le necessità di ricovero. Un ambulatorio generale funge da filtro primario per l'accesso ai pazienti, che vengono poi seguiti da ambulatori specifici in rapporto alla loro patologia. Questi ultimi sono relativi ai tumori ipofisari, ai tumori tiroidei, alle tireopatie non tumorali, all'oftalmopatia esoftalmica, all'obesità, al dia-

bete, ecc. Attualmente vengono seguiti oltre cinquemila pazienti l'anno. Al day hospital affluiscono pazienti che necessitano di approfondimenti diagnostici complessi, inclusi quelli per le cosiddette "malattie rare" o di particolari terapie. La loro tipologia e la loro numerosità sono riassunte nella tabella. All'attività clinica si affianca l'attività del laboratorio di ormonologia integrato nel Servizio che consente di garantire livelli di qualità e rapidità considerevoli. Un notevole grado di efficienza dell'intero percorso diagnostico-terapeutico è stato raggiunto grazie alla collaborazione con la Neuroradiologia e la Neurochirurgia per quanto riguarda i tumori ipofisari, e con la Medicina Nucleare e con la Chirurgia per quanto riguarda la patologia tiroidea e corticosurrenalica. Assolutamente degni di menzione sono l'apporto e la dedizione del personale paramedico nel mantenere alti gli standard di efficienza. Il Servizio di Endocrinologia è altresì Centro di riferimento regionale per la diagnosi e la cura dei difetti di ormone della crescita, che condizionano stati di nanismo in età pediatrica e spesso si associano a malattie ipofisarie in età adulta.

La composizione prevalentemente universitaria del personale medico e tecnico addetto al Servizio e la qualifica di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico dell'Ospedale Maggiore hanno favorito l'attività di ricerca. Essa è orientata tanto verso aspetti clinici a pronta ricaduta pratica che ad aspetti di base.

Tra i primi vanno ricordate per importanza le ricerche sull'epidemiologia dei tumori ipofisari, quelle sul loro trattamento medico in alternativa o a completamento di quello chirurgico, quelle sull'ipotiroidismo centrale e sulle sindromi da resistenza agli ormoni tiroidei. Di rilievo, per l'alto valore diagnostico assunto e per la sua diffusione ormai generalizzata in Italia e nel mondo, la

messa a punto di una metodologia per la valutazione degli ormoni tiroidei liberi.

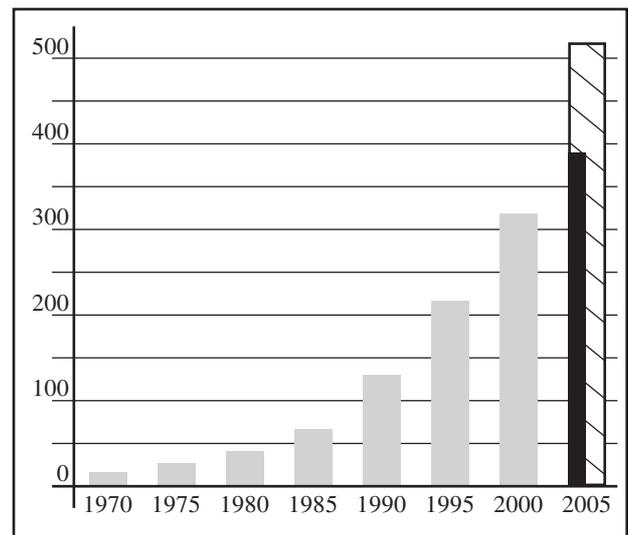
Tra le ricerche di base, che comportano l'impiego di biotecnologie sofisticate, quali le colture cellulari *in vitro*, lo studio dei recettori, le tecnologie proprie della biologia e della genetica molecolare, alcune hanno consentito importanti scoperte che hanno considerevolmente migliorato le conoscenze in merito all'origine dei tumori ipofisari e di altre affezioni. Tra di esse ricordiamo la scoperta dell'oncogene *gsp* all'origine di parte dei tumori ipofisari secernenti ormone della crescita.

La produzione scientifica qualificata, che è andata rapidamente crescendo dalla sua fondazione (Figura), ha procurato all'Istituto di Scienze Endocrine rispetto e fama presso la comunità scientifica nazionale ed internazionale che si sono tradotti in riconoscimenti di prestigio, quali i numerosissimi inviti a tenere relazioni ai più prestigiosi congressi internazionali, la richiesta di ricoprire la presidenza di società scientifiche nazionali o internazionali, di assumere responsabilità scientifiche in riviste internazionali qualificate e il conferimento al prof. Faglia della Clinical Endocrinology Trust Medal da parte della Royal Society of Medicine e del Geoffrey Harris Prize for Neuroendocrinology 2001 da parte dell'European Federation of Endocrine Societies. La qualità dell'attività di ricerca ha sempre attratto finanziamenti tanto dal Fondo Sanitario Nazionale, che dal Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, dal CNR, dalla Regione Lombardia e da privati.

L'Istituto di Scienze Endocrine ha svolto e svolge un ruolo importante anche nel campo della formazione. Istituzionalmente, i suoi docenti provvedono alla didattica del Corso di Laurea in Medicina presso il Polo Centrale e presso il Polo di Vialba (negli anni scorsi anche presso i Poli San Paolo e di Monza) e alla Scuola di Specializzazione di Endocrinologia e malattie del ricambio (II). Essi partecipano inoltre come docenti o come revisori al piano di Educazione Continua in Medicina (ECM) del Ministero della Salute e sono impegnati sul fronte della Medicina Sociale nell'ambito delle attività del Comitato Nazionale per la Prevenzione del Gozzo Endemico.

Gruppo diagnostico	Numero	% del totale
Patologia ipotalamo ipofisaria	(2424)	43,9
Acromegalia	282	
Adenomi ipofisari ACTH-secernenti (M. Cushing)	116	
Adenomi ipofisari ACTH-FSH/LH secernenti	10	
Adenomi ipofisari non funzionanti	490	
Adenomi ipofisari PRL-secernenti	954	
Adenomi ipofisari TSH-secernenti	13	
Craniofaringiomi	88	
Empty sella	92	
Iperprolattinemie funzionali	257	
Altra patologia ipotalamo ipofisaria	122	
Patologia corticosurrenalica	(370)	6,7
Incidentalomi	177	
Iperplasia cortico-surrenalica congenita	66	
Malattia di Addison	36	
Sindrome di Cushing	91	
Patologia gonadica maschile	197	3,5
Patologia gonadica femminile	1053	19,1
Patologia metabolica	272	4,9
Patologia paratiroidea	38	0,7
Patologia tiroidea rara o complicata	769	14,0
Ritardi e difetti di crescita	189	3,5
Altre patologie endocrine	202	3,7
Totale	5514	100,0

Tabella. Tipologia dei pazienti di nuova diagnosi seguiti presso il Day Hospital del Servizio di Endocrinologia - Istituto di Scienze Endocrine (1987-2001).



Lavori scientifici su riviste internazionali con Referee (Current Contents - Life Sciences). Dati cumulativi suddivisi per quinquennio. Sino al 1981 come Istituto di Patologia o Clinica Medica II, dal 1981 al 1986 come Cattedra di Endocrinologia e dal 1987 come Istituto di Scienze Endocrine - Servizio di Endocrinologia. Tratteggiato il dato del quinquennio 2001-2005 ottenuto per proiezione dei primi 18 mesi (colonna inserita nera).

I genitori e la TV: la responsabilità nei sogni

GIANNI TRIMARCHI

Già in un libro degli anni Cinquanta, divenuto ormai storico, si parlava dell'onnipotenza televisiva: "...ad un certo punto arriva in casa questo scatolone e all'improvviso tutta la vita di una famiglia si coordina intorno ad esso".¹

Questo fatto di per sé non costituiva un gran male, negli anni in cui era piuttosto ridotto il ricorso dei programmisti all'uso di effetti violenti per catturare l'audience. Ai tempi di *Rintintin*, la nocività della televisione era assai più contenuta di quanto non lo sia oggi, anche se autori come Horkheimer e Adorno avevano già scritto negli anni Quaranta alcune note sulla violenza nei media, destinate a trovare un'eco notevole nella critica dei decenni successivi.

"...(nel caso dei cartoni animati) fra gli applausi del pubblico il protagonista viene scaraventato da tutte le parti come uno straccio. Così la quantità del divertimento organizzato trapassa nella qualità della ferocia organizzata. Paperino nei cartoni animati, come gli infelici nella realtà, riceve le botte perché gli spettatori si abituino alle proprie. Il piacere della violenza fatta al personaggio trapassa in violenza contro lo spettatore, lo svago in tensione."²

In epoca più recente, altri testi³ hanno ribadito una visione pessimistica dell'intero palinsesto televisivo; va tuttavia considerato che alla presa d'atto degli effetti dannosi prodotti dai media, si accompagna il riconoscimento del fatto che "i saperi tradizionali hanno difficoltà nell'affrontare i problemi posti dalla televisione"⁴. In sostanza, nella sua apparente semplicità e ottusità, la televisione, per essere compresa nelle sue variabili di fondo, esige un profondo cambiamento di rotta rispetto alla formulazione del tradizionale paradigma teorico, concernente comunicazione e educazione.

Troppo spesso tuttavia questa attenzione alle nuove variabili in gioco non si realizza; anche autori di indiscussa serietà, come Popper, riconoscono che la televisione esercita "un tipo di educazione terribilmente

potente e importante"⁵, ma non ne definiscono gli enunciati.

In questo quadro, un punto di vista nuovo e particolarmente originale è quello di Anna Oliverio Ferraris⁶, la quale, pur constatando il grande numero di ore dedicato dai bambini alla televisione, si chiede se davvero questo strumento corrisponda in pieno ai loro desideri. Da un'indagine svolta in quattro quartieri di Roma, essa desume che per il 37% i bambini guardano la televisione addirittura quando si sono appena alzati, prima di recarsi a scuola, mentre il 25% di loro ne fruisce per 4-6 ore al giorno. La Oliverio afferma tuttavia che questa fruizione continua non rappresenta una libera scelta, ma piuttosto un surrogato di altre istanze: dai questionari risulta infatti che l'82% dei bambini preferirebbe in realtà giocare all'aperto, attività spesso vietata per questioni contingenti, estranee ai loro desideri. Viene allora il fondato sospetto che la televisione sia più funzionale alle istanze dei genitori, che non a quelle dei bambini, come risulta ad esempio dalla testimonianza di una madre: "Sono separata da mio marito e lavoro fino a tardi... come posso fare? Quando Sonia è davanti al televisore sono tranquilla, so che non le può succedere nulla".⁷

La bibliografia ci spiega in termini chiari che se Sonia sta davanti al televisore per un periodo di quattro, o sei ore al giorno, di fatto le stanno accadendo diversi guai, in relazione allo sviluppo affettivo e cognitivo, anche se questi non presentano la stessa immediata evidenza di un danno fisico, perché diventeranno visibili solo col passare degli anni⁸. Per quanto riguarda i genitori, oltre alle istanze vanno prese in considerazione anche le capacità di mediazione. Della complessa articolazione di questo problema ci parla un saggio di Dario Varin⁹, in cui si distingue in forma significativa fra il ruolo dei genitori di "basso livello socioculturale" e quelli di "livello medio alto".

I primi, forse anche per una questione di timidezza, sono dei rinunciatari, che tendono a lasciare i loro

figli in balia del palinsesto per molte ore al giorno. Qui le scelte predominanti che vengono operate sono nell'ambito di programmi sempre più pieni di stimoli e sempre più privi di significati.

I genitori dell'altra categoria tendono invece ad essere più presenti, a dare stimoli critici su qualsiasi programma si stia vedendo in quel momento e hanno anche l'abitudine di suggerire delle scelte intelligenti rispetto a ciò che va in onda, orientando la fruizione dei figli verso programmi di una certa qualità culturale. Qui la presenza dei genitori si manifesta anche in un numero di ore di fruizione giornaliera complessivamente più ridotto, rispetto all'altra categoria, grazie anche alla loro capacità di fare proposte alternative, rispetto all'impiego della televisione.

Dai risultati di questa ricerca emergono chiari nessi fra il tipo di consumo televisivo e i risultati scolastici, ma soprattutto risulta chiaro che la televisione esce dalla dimensione di oggetto predefinito, per costituirsi come elemento di una relazione, che i fruitori possono modificare.

La presenza degli adulti durante la fruizione ha sicuramente effetti essenziali e non solo sul piano cognitivo: non serve solo a spiegare ciò che non si comprende immediatamente, ma soprattutto ad evitare che i piccoli utenti vengano per così dire risucchiati all'interno dello schermo, che rischia di diventare per loro il vero ambiente, assai più del quartiere in cui di fatto non vivono e anche più delle stesse pareti di casa, che perdono ogni interesse rispetto ai violenti stimoli dei programmi. La sola presenza di un'altra persona porta invece ad allargare il campo di attenzione, riducendo il livello di identificazione in ciò che avviene sullo schermo; essa inoltre induce al dialogo e ad un'elaborazione empatica, dialogata.

Ci sono tuttavia ambiti in cui ogni categoria di genitori sembra risultare paradossalmente impotente; ad esempio ancora la Oliverio¹⁰ ci informa che davanti a problemi di sesso in TV ben il 40% dei genitori risulta incapace di dare qualsivoglia spiegazione, mentre solo il 15% prova a fare qualche commento. Davanti a scene di violenza la situazione peggiora: solo il 12% dei genitori commenta la scena, mentre il 28% ignora il problema e il 32% cambia ottusamente canale senza saper dare spiegazioni. In questo modo si alimentano, invece di sopirle, le curiosità morbose dei piccoli fruitori.

Anche qui, a prescindere dall'oggetto, si pone un problema di relazione.

Di recente in Italia è stata approvata una regolamentazione tesa a contenere le scene di violenza nei programmi almeno nelle ore in cui maggiormente ne fruiscono i più piccoli e questo è sicuramente buona cosa, anche perché sappiamo che la violenza nella televisione per bambini rischia più di creare una sorta di contagio che non una catarsi¹¹. Nessuna legge può peraltro risolvere il problema dell'elaborazione di tutti gli stimoli che uno spettatore riceve dal palinsesto televisivo. Qui le variabili essenziali sono costituite dalla nostra disponibilità all'ascolto di ciò che elaborano i nostri figli e dalla nostra capacità di dare risposte convincenti sui grandi problemi della vita.

In un suo saggio, Niels Joung¹² parla del "vuoto etico" che circonda un piccolo fruitore di programmi televisivi, in quanto "egli non può ancorare con sicurezza le sue ansie, nel conforto e nell'appoggio che viene dall'autorevolezza dell'adulto". Qui però lo psicologo americano non sottolinea abbastanza che l'oggetto non è la televisione in quanto tale, ma la mediazione che gli adulti in un modo o nell'altro operano comunque, anzitutto sul piano della presenza affettiva.

Quali che siano i contenuti e le forme di un programma che va in onda, esso può diventare prima una sorta di viaggio vissuto insieme con molta empatia. Successivamente potrà diventare un oggetto di continue elaborazioni, in cui padre e figlio diventano complici nel ripensare la vita quotidiana dal punto di vista di un nuovo scenario. Al contrario, lasciando un bambino a fantasticare da solo, si rischia di costruire fra lui e gli adulti una sorta di barriera, che ogni giorno diventa sempre più spessa e invalicabile, impedendo, invece di favorire, il senso della realtà. Questa commistione fra realtà e narrazione può avere effetti educativi di grande rilievo, ove la si intenda invece come esplorazione di un universo di mondi possibili e potenzialmente trasferibili nel concreto.

Bruno Bettelheim replica in due testi diversi¹³ alcune critiche alla "buona letteratura per l'infanzia", pubblicata più per accontentare i genitori, che non per soddisfare le vere istanze dei bambini. In questa letteratura risulterebbe predominante la preoccupazione di rimuovere tutte le pulsioni aggressive dei piccoli, che risultano disturbanti per gli adulti, preoccupati di

avere a tutti i costi un bambino “buono”. Egli al contrario ha bisogno da dare un nome e un volto alle ansie che lo assalgono, gli è necessario elaborarle, e riconoscerle come condivisibili, altrimenti potrebbe rischiare qualche turba psichica, o un rallentamento nello sviluppo.

Il paradigma messo in atto dallo psicanalista americano per spiegare le funzioni profonde della fiaba tradizionale credo si possa trasferire anche in ambito televisivo, quanto meno nel dichiarare che i cartoni animati ed altre storie non devono certo contenere violenze gratuite, ma nemmeno hanno da essere storie asettiche, incapaci di dare suggerimenti ai bambini, i quali non vanno lasciati soli davanti alla propria aggressività. È invece opportuno che, attraverso l'identificazione, essi incontrino la strega malvagia, o un drago cattivo, i quali faranno una brutta fine, davanti a un bambino diventato capace di crescere e risolvere da solo i suoi problemi. La forma narrativa, che allude senza dire, sembra dimostrarsi come uno strumento particolarmente efficace. Un genitore che abbia acquisito un minimo di competenza specifica avrà a volte qualche frustrazione, sentendosi esplicitare in forma metaforica, ma ben leggibile, i suoi difetti e il suo essere “orco”, tuttavia dalle elaborazioni dei suoi figli potrà anche ricavare indicazioni utili per gestire meglio il proprio ruolo.

Va poi osservato che anche un genitore è un soggetto; se non si sclerotizza, può sempre svilupparsi e questa è una delle occasioni, anche perché, se non si costituisce un duplice processo formativo, la relazione rischia di diventare arida: l'acuta sensibilità di un bambino coglierà al volo che non ci sono significati in gioco.

Giocavo negli anni passati con mio figlio, che ormai ha vent'anni, giocavo a elaborare e interpretare le storie, televisive e non. Confondendo le mie letture con le sue, rivivevo le “mie” fiabe e crescevo insieme a lui, riscrivendo il mio passato. Nel frattempo imparavo senza saperlo: in certo senso ciò che anni dopo mi sono trovato a insegnare in università l'ho acquisito allora. Ancora oggi quando parlo di questi temi, lo faccio sì con un pizzico di competenza, ma soprattutto con grande nostalgia di quando tornavo bambino insieme al mio bambino. Svolgevo decorosamente il mio ruolo di padre, ma questo metteva anche in atto un mio processo di sviluppo. Per quanto riguarda

invece mio figlio, parlerei di un “lieto fine” della sua infanzia, perché mi dicono che ha molta immaginazione, ma la impiega per modificare la realtà, non per sfuggirla: i media non lo hanno danneggiato, perché ne ha fruito in forma empatica, insieme a entrambi i genitori.

Penso che un dibattito sulla televisione vada affrontato parlandone sì come di una sorta di oggetto pericoloso da contenere, ma anche tenendo conto che si tratta di uno strumento possibilmente dedicato a dei soggetti responsabili, capaci di capire e di sentire, in un contesto in cui assistere i bambini e discutere se stessi diventa sostanzialmente un processo unico.

Note:

- 1 - Schramm, Lyle, Parker. *La televisione nella vita dei nostri figli*, Milano, Angeli 1961 p. 266.
- 2 - M. Horkheimer, T. W. Adorno. *L'industria culturale in Dialettica dell'Illuminismo*. Torino, Einaudi 1966 p. 149.
- 3 - *Cattiva maestra televisione*. Venezia, Marsilio 2002 a cura di G. Bosetti. Fra vari saggi di notevole interesse, questo testo contiene un articolo di K. Popper e anche una raccolta di passi di discorsi di Papa Wojtyła, che affrontano i problemi della televisione. In ambito cattolico è qui opportuno ricordare anche la lettera pastorale *Il lembo del mantello* del Cardinale Martini, che affronta temi analoghi con grande originalità. Non è certo banale paragonare la televisione al lembo del mantello del Cristo, che offre la salvezza al soggetto capace di meritarsela! Si tratta di una sorta di rivoluzione copernicana, che saggiamente mette in gioco non solo l'essenza dell'oggetto, ma anche le forme a priori e le categorie del soggetto ricevente.
- 4 - *Cattiva maestra...* cit. p. 32.
- 5 - *Ibid.* p. 7
- 6 - Anna Oliverio Ferraris. *TV per un figlio*. Bari, Laterza 1995 v. in particolare il primo capitolo
- 7 - *Ibid.* p. 13.
- 8 - Già Rousseau, nell'*Emile* parlava del fatto che le balie fasciavano i neonati, perché questa procedura produceva danni gravi, ma non immediatamente visibili, quindi non contestabili a chi doveva occuparsi dei bambini.
- 9 - Dario Varin. *Fruizione televisiva e sviluppo cognitivo*, in W. Moro. *Insegnare TV a scuola* 1991 pp. 25-39.
- 10 - Oliverio Ferraris op. cit. pp. 141 e 147.
- 11 - *Schermi violenti: catarsi, o contagio?* A cura di A. Imbasciati, R. De Polo, R. Sigurtà, Roma Borla 1998.
- 12 - Niels Jung. *I mass media e la morte dell'infanzia* In *Il nuovo areopago* n. 1 1986 CSEO, Bologna pp 81-92
- 13 - B. Bettelheim. *Il mondo incantato*. Milano, Feltrinelli 1975. pp 10, 16, n. 131 v. anche dello stesso autore: *Il piacere di leggere*. Milano, Feltrinelli 1981, pp 29, 35.

Giacomo Bascapè archivista dell'Ospedale Maggiore

Un centenario da ricordare

PAOLO M. GALIMBERTI

Cento anni fa, il 18 febbraio 1902, nasceva a Redavalle, nell'Oltrepò pavese, Giacomo Carlo Bascapè. Nella ricorrenza vogliamo onorare la memoria dell'insigne studioso ricordandone brevemente l'attività come archivista dell'Ospedale Maggiore di Milano; incarico che tra l'altro gli fu conferito esattamente settanta anni fa.

Assunto dal 1° febbraio 1932 quale "Ufficiale avventizio" presso l'ufficio Protocollo, ebbe modo di prestare la sua opera anche in Archivio. Il capo ufficio Cerutti ne stese un lusinghiero profilo: "Il dott. Giacomo Bascapè, nel breve tempo che presta servizio presso questo ufficio di Protocollo, ha dimostrato di corrispondere pienamente alla fiducia riposta in lui con l'assunzione presso l'Amministrazione Ospitaliera, sia per la superiore cultura, sia per la buona volontà, diligenza e precisione nel lavoro, doti che debbono ritenersi essenziali per un funzionario dell'ufficio Protocollo". Nel frattempo completa gli studi della Scuola di Archivistica dell'Archivio di Stato di Milano, diplomandosi a pieni voti e riuscendo primo tra i sette allievi.

Dal 1° febbraio 1931, intanto, risultava vacante il posto di archivista, ricoperto per più di vent'anni da Pio Pecchiai. Il Pecchiai, a cui si deve la completa risistemazione dell'archivio ospedaliero dopo gli incidenti subiti dalla documentazione agli inizi del XX secolo, fu tra l'altro anche autore di un fortunato manuale di archivistica. Venne così bandito il concorso per la carica di direttore dell'archivio.

Bascapè, appena trentenne, si presenta alla selezione con un curriculum di tutto rilievo. Alunno del prestigioso Collegio Borromeo di Pavia, si era laureato in lettere nel 1925. Già nel 1926 aveva vinto il posto di Vice direttore della Civica Biblioteca e Archivio Storico Civico di Como; nel 1929 aveva concluso il biennio di perfezionamento in scienze storiche e filologiche dell'Università Cattolica, con la votazione di 70/70; dal 1928 al 1931 risulta vin-

citore di borse di studio presso la Biblioteca Ambrosiana e non indugiamo a enumerare altre qualificate esperienze. Al 1932 ha al suo attivo una ampia attività di pubblicista e può vantare già numerose pubblicazioni: sono ben 25 quelle allega- te alla domanda di partecipazione al concorso.

La commissione esaminatrice era composta da mons. Giovanni Galbiati, prefetto dell'Ambrosiana, il prof. Giorgio Nicodemi, soprintendente capo degli archivi e dei musei del Castello Sforzesco, e l'avv. Giuseppe Castelli, presidente degli Istituti ospitalieri di Milano. Risultato vincitore, Bascapè viene nominato archivista a decorrere dal 1° novembre 1932. Il dott. Riccardo Noè scrive per l'occasione un caloroso articolo di benvenuto dove, dopo aver tratteggiato il curriculum, conclude: «Salutiamo con simpatia questo giovine, valente studioso, che viene oggi a far parte della grande, concorde famiglia della "Ca' Granda" e auguriamo a lui una brillante carriera – quale il suo ingegno, i suoi meriti, i suoi titoli fanno presagire – e all'O.M. di ricevere da questa e dalle altre giovani e fresche energie che in questi tempi vengono a ravvivare e rinverdire il corpo amministrativo, il migliore contributo di opere, di fervore, di attività intelligente e solerte, di sacrificio, per un sempre maggiore impulso della vita benefica e generosa della storica "Ca' Granda"»⁽¹⁾.

Mai pronostici furono meglio formulati.

Infatti fin da subito il nuovo direttore dell'archivio si distinse nel lavoro tanto che il presidente dell'Ospedale, Della Porta, lo propose al Prefetto di Milano per la Croce di Cavaliere della Corona d'Italia, onorificenza che gli venne conferita nel novembre 1935. Nel 1937 consegue la libera docenza in Paleografia e Archivistica.

Nella gestione dell'Archivio mostrò certamente cura anche alle minute attenzioni per una corretta conservazione della documentazione (ad esempio

acquistando nel 1933 due armadi blindati antifuoco per le pergamene più preziose, o realizzando rubriche e repertori).

Fu attivamente partecipe alla vita ospedaliera e si può ricordare il suo contributo alla realizzazione del gonfalone progettato da Giò Ponti e inaugurato il 25 marzo 1935, soprattutto per la ricerca araldica.

Seppè però dedicarsi anche a studi più impegnativi e in breve tempo pubblicò documentate ricerche; già nel 1934 escono le opere: *La "Spezieria" dell'Ospedale Maggiore di Milano (sec. XV-XIX)*, e *Ave gratia plena: L'Ospedale Maggiore di Milano*, con prefazione di Massimo Della Porta; nel 1936: *L'eredità di San Carlo Borromeo all'Ospedale Maggiore di Milano: Contributo alla storia della vita milanese nel secolo XVI*.

Particolarmente importante l'attività dispiegata a favore del patrimonio storico artistico. Fu certamente un risultato della sua intelligenza se le responsabilità della vasta quadreria dell'Ente passarono nel 1941 dall'Economista (che se ne era occupato fino a quel momento) all'archivista conservatore, che guadagnò anche la qualifica di "Sovrintendente alla Galleria dei benefattori": nell'autunno di questo anno infatti viene inaugurato l'allestimento permanente dei quadri, esposti nei locali dell'ala Macchio.

Purtroppo, pochi mesi dopo, i bombardamenti costrinsero a sfollare tutte le opere d'arte nei poderi dell'Ente, con trasporti effettuati su carri, solo grazie alla determinazione dell'archivista e di volenterosi collaboratori.

Finita la guerra e avviata la ricostruzione, per primo affrontò il compito di realizzare un inventario sistematico delle opere d'arte. L'operazione completata nel 1951 (e perfezionata nel 1956) permise la realizzazione di schede, redatte in due esemplari di grande formato e in due copie rilegate, corredate da fotografie eseguite con una specifica campagna fotografica. Nel 1954 fu terminato anche l'inventario della collezione Litta. In collaborazione con Emilia Spinelli pubblicò nel 1956 il volume: *Le raccolte d'arte dell'Ospedale Maggiore di Milano: dal XV al XX secolo*.

Non viene comunque persa di vista l'organizzazione delle tradizionali esposizioni in occasione della Festa del Perdono, per le quali si pubblicano sintetici cataloghi delle opere esposte.

Dal 1960 con la nascita della rivista "La Ca' Granda" scrive numerosi contributi volti a far conoscere il patrimonio culturale dell'Ospedale Maggiore di Milano anche negli aspetti meno noti.

La sua attività presso l'Ospedale Maggiore di Milano termina con il collocamento a riposo il 1° luglio 1967. La sua attività di studioso geniale continua invece ininterrotta sino alla fine, sopraggiunta a Scopello in Valsesia il 3 agosto 1993.

Per capire quale sia stato il contributo di Bascapè agli studi storici, si consideri che la bibliografia finora conosciuta arriva ad assommare quasi trecento saggi, riguardanti: sigillografia⁽²⁾, araldica e storia degli ordini cavallereschi, storia locale, arte e architettura, storia dei pellegrinaggi, paleografia e diplomatica⁽³⁾.

Particolarmente significativi gli studi di storia ospedaliera, dell'assistenza e beneficenza; tra di essi ricordiamo le fondamentali sintesi pubblicate tra 1957 e 1960 nella Storia di Milano, della Fondazione Treccani degli Alfieri⁽⁴⁾.

Bibliografia:

1. *L'archivio degli Istituti ospitalieri: La nomina del nuovo archivista*, in "L'Ospedale Maggiore", a. 20, n. 10 (ottobre 1932).
2. *Basilare il suo Sigillografia. Il sigillo nella diplomatica, nel diritto, nella storia, nell'arte*, Milano, Giuffrè, 1969 - 1978 (Archivio FISA), 2 voll.
3. *Realizzato attingendo ampiamente ai documenti dell'Ospedale Maggiore di Milano: Antichi diplomi degli arcivescovi di Milano e note di diplomatica episcopale*, Firenze, Olschki, 1937 (Fontes Ambrosiani, 18).
4. *L'assistenza e la beneficenza a Milano dall'Alto Medioevo alla fine della dinastia sforzesca*, Vol. VIII *Tra Francia e Spagna (1500-1535)*, pp. 387-419; *L'assistenza e la beneficenza fino al termine delle dominazioni straniere*, Vol. XIV *Sotto l'Austria (1815-1859)*, pp. 799-831.

Un oggetto prezioso nelle raccolte d'arte dell'Ospedale

MARIANGELA VIVIANI

Le raccolte della “Ca’ Granda” conservano oltre a famose opere d’arte gli oggetti più svariati: doni e lasciti di benefattori e molteplici testimonianze della vita e della storia dell’ospedale.

In questa pagina si vuole illustrare un particolare oggetto d’argento proveniente dalla chiesa ospedaliera dell’Annunziata e conservato presso l’Archivio dell’Ospedale Maggiore dal 13 gennaio 1978.

In un astuccio rettangolare di pelle nera foderato parzialmente di velluto viola, protetto da custodie di lino grezzo cucite a mano si può ammirare uno “strano” oggetto composto da una sfera d’argento del diametro di cm 9,5 avvitata ad un bastone di legno ebanizzato terminante con un puntale di ferro e smontabile in due parti – di cm 83 di lunghezza ciascuna – unite tra loro e alla sfera tramite cannotti cilindrici d’argento lunghi cm 9,5.

Si tratta di una *ferula*, dal latino *ferula*, bastone, bacchetta. Essa rappresentava l’insegna della dignità ecclesiastica di prevosto e tra il XV e XVI secolo fu il simbolo “dell’autorità disciplinare” e titolo d’onore usato nelle cerimonie più solenni nella città di Milano e nella sua diocesi con funzione simile al pastorale del Vescovo.

Alle sue origini, che pare risalgano all’ottavo secolo, si presentava come un semplice bastone ed era utilizzata dal maestro del coro della Cattedrale; in seguito si adornò sulla sommità di una sfera, spesso decorata, e lentamente si aumentò la sua lunghezza fino ad eguagliare l’altezza della persona.

All’interno del capitolo del Duomo essa compete, oltre al maestro del coro, all’arciprete, all’arcidiacono, al primicerio e al maestro delle cerimonie¹. Attualmente è utilizzata dai vicari episcopali come simbolo di giurisdizione, mentre in Duomo è rimasta con funzione onorifica nelle celebrazioni più solenni presiedute dai canonici con dignità più alta. Osservando da vicino e con particolare attenzione la sfera alla sommità della “nostra” *ferula*, essa ci

appare composta da cinque fasce: la prima, cominciando dal basso, è decorata a motivi fitomorfi in riserve a petalo, alternate a motivi floreali. Una modanatura molto rilevata, completata da una perlinatura, la separa dalla seconda fascia, decorata a foglie d’acanto e a medaglioni tondi che racchiudono sei teste maschili.

Due perlinature delimitano la terza fascia, dorata, recante un’iscrizione in carattere romano maiuscolo; essa è seguita da una quarta fascia simile alla seconda, adorna di altre sei teste maschili che con ogni evidenza rappresentano i dodici apostoli.

Un’altra modanatura con perlinatura funge da base alla calotta superiore: al centro una Madonna con il Bambino tra le braccia posa i piedi sopra una nuvola. Un bocciolo a otto petali nervati al centro, di sezione circolare passante, funge da supporto alla sfera e collega ad essa il primo cannotto e quindi la prima parte del bastone.

La sfera è stata eseguita al tornio per deformazione plastica, decorata a sbalzo e cesello e opacizzata; il bocciolo di supporto, d’argento come la sfera, è stato ottenuto per fusione.

La fascia con l’iscrizione è d’argento dorato a fuoco come il manto della Vergine ed altri particolari dei decori; il contrasto impreziosisce l’oggetto ed è conforme alla tradizione delle suppellettili sacre della Chiesa Ambrosiana. L’iscrizione è incisa a bulino.

Svitando il bocciolo, la sfera si scompone in più parti, corrispondenti alle fasce decorative sopra descritte. Un’anima di legno, saldata all’interno dell’emisfero superiore tramite un cilindretto d’argento, fa da distanziatore tra le varie fasce; da essa fuoriesce una vite di ferro che si collega al bastone. I cannotti che fungono da elemento di congiunzione sono d’argento, in lastra saldata in fascia e sono decorati a costolature incavate. Una piccola fascia di foglie d’alloro e bacche, delimitata da due perlinature, forma il bordo di finitura ottenuto con un attrezzo godronatore.

Lo stato di conservazione è buono per la sfera ed il primo canotto, mentre sono usurati i bordi degli altri due.

Sul bocciolo di supporto e sui tre cannotti è impressa una piccolissima incudine senza alcun contorno: si tratta del marchio per minuti lavori d'argento al 2° titolo, cioè al titolo di 800/1000 di argento fino. Questo marchio era d'obbligo nel Regno Lombardo-Veneto tra il 1812 e il 1873, secondo le disposizioni del Decreto Isimbardi².

Tale decreto prevedeva anche l'obbligatorietà del marchio dell'Ufficio di Garanzia (che dimostrava la provenienza dell'oggetto) e del marchio dell'Argentiere. Questi ultimi due marchi non sono però presenti sull'oggetto esaminato: possiamo quindi formulare due ipotesi. È probabile che la ferula provenga da una committenza privata – in questo caso non era necessario ottemperare agli obblighi della legge in vigore – come è possibile che il controllo delle autorità preposte sia stato successivo all'epoca di produzione limitandosi ad un assaggio al tocco. Si può comunque verosimilmente ipotizzare che l'oggetto sia stato realizzato tra il 1812 e il 1873.



Per restringere ulteriormente il campo di datazione, prendiamo in considerazione l'iscrizione incisa sulla terza fascia: “FIDELIS CARZANIGA PRAEPOSITUS PARROCHUS S. MARIAE AD FONTEM IN SUBURBIS”. Essa si riferisce al possessore della ferula, tale don Fedele Cazzaniga, nato a Milano da Giovanni, impiegato della Fonderia Manfredini – dalla quale uscirono i cavalli di bronzo che ornano l'Arco della Pace³ – e da Maria Citterio, casalinga, ordinato sacerdote nel 1830, nominato parroco nel 1836 e prevosto nel 1841 presso la parrocchia milanese di Santa Maria alla Fontana⁴.

Dopo aver esaminato i documenti dell'ordinatissimo archivio di questa parrocchia si apprende infatti che il conte Gaetano di Gaisruck, allora cardinale della diocesi di Milano, conferì la prepositura alla “Parrocchiale della Fontana” con bolla del 10 settembre 1841⁵. Essa era accompagnata da due stampe raffiguranti il regolamento di utilizzo delle vesti per il preposto durante le cerimonie solenni in cui il modello rappresentato impugnava una ferula nella mano sinistra⁶. Il primo novembre, giorno della celebrazione solenne del conferimento della prepositura, don Fedele annotava:

Avendo Sua Eminenza Rev.ma il signor Cardinale Conte Carlo Gaetano De Gaisruck nostro Arcivescovo eretta con bolla 10 settembre di quest'anno stesso la nostra Parrocchiale di S. M. alla Fontana in Prepositurale, dichiarando, che in perpetuo i Parroci di questa Chiesa, incominciando dal sottoscritto, fossero decorati dal titolo e dalle insegne dei Preposti non Capitolari [...] il sottoscritto che nel giorno d'oggi in mezzo al tripudio di tutti i Parrocchiani ed alle pompe con cui venne onorata la Chiesa e parte dei luoghi adiacenti, per la prima volta vestì le insegne della nuova dignità⁷.

Pur non avendo rinvenuto alcun documento riguardante l'acquisto della ferula, a questo punto della nostra ricerca possiamo verosimilmente stabilire la datazione dell'oggetto entro il primo novembre 1841. È certo che il preposto don Fedele Cazzaniga la utilizzò secondo la tradizione ambrosiana durante le cerimonie più solenni fino alla sua morte, avvenuta il 9 marzo 1878.

Egli, come testimoniano i due testamenti olografi del 19 gennaio 1871 e del 10 marzo 1877, la lasciò

in eredità al cugino materno Giuseppe Riva insieme ad un antico orologio d'oro a ripetizione, a dodici posate d'argento e ad alcuni libri.

La ferula risulta inventariata al numero 108 del "Verbale d'asta dei beni mobili dell'abitazione del venerando defunto", tenutasi il 17 aprile 1878, con la dicitura: "bastone pastorale con pomo e vere argento [sic] in parte dorato del peso di grammi 500 e valutata Lire 100"⁸.

Da questo documento si evince che l'oggetto fu ritirato dall'erede designato Giuseppe Riva, nato a Civate, di condizione sensale patentato di seta, domiciliato a Milano in via San Vincenzino al numero 4.

Sebbene la consultazione dei documenti della Chiesa dell'Annunciata, nonché dei registri dei donatori e dei benefattori dell'Ospedale Maggiore sia risultata inutile per seguire le tracce della "nostra" ferula, un'ipotesi plausibile potrebbe essere quella della donazione dell'oggetto alla chiesa dell'Ospedale da parte di Giuseppe Riva o di suoi eredi.

Resta certo il fatto che oggi è possibile ammirare e conoscere la storia di un prezioso oggetto di squisita fattura e approfondirne l'uso e il significato nella storia della Chiesa milanese dell'Ottocento.

Note:

1 - Cfr. M. Magistretti, *Delle vesti ecclesiastiche in Milano*, Milano, Cogliati, 1905, pp. 23-30 e M. Navoni, voce *ferula* in *Dizionario di liturgia ambrosiana*, Milano, NED, 1996, p. 215.

2 - Legge emanata dal Viceré d'Italia Eugenio Beauharnais il 25 dicembre 1810, entrata in vigore il 19 febbraio 1812, lasciata invariata dagli austriaci fino al 31 maggio 1873. Cfr. V. Donaver, R. Dabbene, *Gli argenti italiani dell'Ottocento*, Milano, Edizioni San Gottardo, 1989.

3 - La Fonderia Manfredini, rinominata Barigozzi, divenne poi famosa per la realizzazione di campane.

4 - Cfr. *Milano Sacro. Storia del clero della città e della diocesi di Milano*, Milano, G. Agnelli, annate 1859 e 1879.

5 - Cfr. Archivio della parrocchia di Santa Maria alla Fontana, *Documenti Storici 1*, cartella "Elevazione della Chiesa a prepositura".

6 - Cfr. *Circolare ai Venerabili Parrochi della città e Vicarij foranei della Diocesi di Milano* del 13 settembre 1841.

7 - Cfr. A. Lattuada, *Parrocchia Santa Maria alla Fontana - memorie storiche e artistiche*, Milano, 1932, p. 34, in Archivio della parrocchia di Santa Maria alla Fontana.

8 - Cfr. Archivio della parrocchia di Santa Maria alla Fontana, *Legati 2*.

Dov'era Dio mentre tutto accadeva?

... I ventisei bambini morti sotto il crollo della scuola di San Giuliano (...) il terremoto dei bambini, la strage dei bambini (...) Un bambino che muore è il male assoluto. Quando muore a causa d'un cataclisma della natura è un male senza spiegazione. Perciò la natura umana che non sopporta il male privo di spiegazione scatta alla ricerca di un colpevole. (...)

A un certo punto di quella terribile giornata del 31 ottobre il volto dolente d'un prete del paese colpito è comparso negli schermi della televisione. La voce aveva un timbro disperato per la strage d'innocenti di cui, a quell'ora, s'ignoravano ancora le proporzioni finali, ma soprattutto per un dubbio, una domanda angosciata che emergeva dalla sua coscienza di sacerdote e uomo di fede.

"Che cosa pensa di quanto è accaduto?" gli aveva chiesto il giornalista mettendogli il microfono davanti alla bocca. Il prete aveva l'abito gualcito e sporco di terra, il colletto bianco sghembo sotto la talare e gli occhi persi nello sgoamento. Dopo un silenzio di alcuni secondi, quasi che volesse impedirsi di esprimere un pensiero così profondamente blasfemo, ha detto: "Mi sono chiesto: ma dov'era Dio quando tutto questo è accaduto?" poi, dopo un'altra lunga pausa, ha aggiunto: "Ho pensato: forse Dio si era distratto".

Anche il giornalista che lo intervistava deve essere rimasto colpito da quelle parole, tanto che gli ha riproposto la domanda quasi per offrirgli una risposta meno tragica: "E adesso che cosa pensa?". Il prete si è raccolto in se stesso e ha risposto a bassa voce: "Adesso penso che Dio era qui, tra noi, come sempre".

Tra quelle piccole creature straziate dalla violenza cieca della natura, tra i pianti e le grida dei parenti atterriti dal dolore, l'accorrere delle barelle, dei volontari, della gente, nella luce spettrale delle fotoelettriche, quel colloquio di strada tra un giornalista e un prete è stato secondo me uno dei punti più alti di un dramma che eternamente si ripropone alla coscienza degli uomini. "Dov'era Dio quando tutto questo è accaduto?", il Dio manzoniano, "che atterra e suscita / che affanna e che consola" non si era distratto: era lì come sempre perché Dio altro non è che dolore e gioia che si alternano per ogni creatura vivente, uomo passero albero farfalla fiore; si alternano a caso, senza altro disegno che quello della vita e delle sue forme.

La vita ha perso una parte preziosa delle sue forme a San Giuliano di Puglia, il 31 ottobre, poche ore prima della notte delle streghe.

EUGENIO SCALFARI
(da *La Repubblica*, g. c., 3 novembre 2002)

Cronista di sanità

ANTONELLA CREMONESE

I più bei tramonti di Milano si vedono d'inverno dai piani alti dell'Ospedale San Carlo, mentre al Policlinico è dal reparto di otorino che sporgendosi da una finestra si vede la Madonnina. A Niguarda, la primavera viene con una piccola e ben nascosta distesa di violette, vicino al padiglione De Gasperis di cardiocirurgia. E l'estate - l'estate di chi la passa in ospedale - la si capisce guardando la gioia di chi ha scanzonato in pigiama nei vialetti, e riesce a cogliere qualche ciliegia dagli alberi del CTO di via Bignami.

Anche per gli ospedali, per chi ci lavora e per chi vi è ricoverato, la realtà si completa con la dimensione del "fuori". Con i segni delle stagioni, con il cielo che si vede dalle finestre. Per chi ci lavora, i lunghi anni di attività in un reparto incidono nella memoria anche il muro che si costeggia per parcheggiare la macchina, i ghiaccioli che si appendono ai tetti, il rumore che fa la pioggia su un terrazzo vicino. È su questo variabile sfondo di suoni e colori che corrono la trama e l'ordito di tutte le azioni, emozioni, speranze, arrabbiature, illusioni, disillusioni, tristezze, gioie e soddisfazioni degli anni di lavoro.

Per i malati, l'ora della febbre e l'agitarsi inquieto sul letto reso rigido dalla traversa di plastica può pulsare nelle piccole mosse del piccione che si muove sul davanzale. In una dimensione tutta assorta e tutta ristretta, quel "tempo del malato" che non trascorre mai, e che nessun sano può condividere o capire. Passaggio di carrelli con le medicine e le medicazioni, ora del pasto, ora delle visite. Ma non tutto è lì.

Ricordo una ragazza che si era affacciata per prendere la pioggia sulle mani. Ricordo i malati che aiutavano un'infermiera a sistemare delle vecchie flebo che avrebbero a goccia a goccia innaffiato le piante verdi che stavano sulle scale. Ricordo una vecchietta che sperava nelle notti di sereno, perché a una certa ora la luna le teneva compagnia e lei pensava al casale di campagna dov'era cresciuta, dove alle finestrelle non c'erano imposte: "Eravamo sei fratellini, sapevamo che faceva crescere i fagioli, e ci mettevamo fuori dalle coperte per prenderla in pieno, speravamo di crescere anche noi."

Gli ospedali di notte. Spesso li ho girati insieme ai medici, assorbendo la tristezza ma anche l'attesa di vita che veniva dai reparti, dal silenzio delle stanze dove i malati dormivano, chi bene chi male. Parlando con un medico di guardia notturna, ho sempre avvertito che aveva due livelli di attenzione: uno al discorso che facevamo, l'altro ai rumori smorzati (i passi delle infermiere, il tintinnare di un bicchiere, il suono di un campanello) che arrivavano dalla nave in cui per quella notte lui era il capitano. Mare placido e luna splendente, ma chi può dire quando arriva un colpo di vento?

Quando ero una giovane cronista, mi occupavo di ospedali e di sanità solo sporadicamente, come accade ai giornalisti che fanno cronaca e attualità. In ambiente ospedaliero si capitava per il fatto di cronaca nera, per l'incidente. Ricordo il muro

di camici bianchi (visi stravolti, lacrime) che al Policlinico ci teneva all'indietro, il giorno in cui il direttore sanitario Luigi Marangoni fu ucciso dalle Brigate Rosse.

E la corsa all'obitorio per le due impiegate morte in una casa crollata. Ma la mia memoria respinge l'immagine di quel lenzuolo, e ricorda invece il gruppo desolato di ragazzini che attorniavano uno di loro morto in un incidente in motorino. Erano increduli, si capiva bene che la loro fiducia nell'invincibilità era stata spaccata per sempre in quell'ora e in quel luogo: l'orologio sul muro indicava le 15,30 di un pomeriggio di marzo.

Di sanità, ho cominciato ad occuparmi a tempo pieno nel 1982, ormai vent'anni fa. Il mio incarico precedente era stata la cronaca sindacale, avevo visto tutte le battaglie di fabbrica negli anni caldi della contestazione, e avevo cercato di rendermi conto dei problemi del lavoro. Se venivo a sapere che avevano scioperato gli operai dell'Alfa Romeo addetti al montaggio scocche, andavo a vedere come si lavorava lì, sdraiati per terra sotto un'auto, ad avvitare bulloni con la faccia in su.

E nella sanità, come si "avvitano i bulloni"? Confesso che mi piace poco andare alle conferenze stampa, mi piace molto di più girare per gli ospedali. Per vedere come si lavora, come si opera, come si fa assistenza, come si amministra, come si organizza. E per vedere i malati, sentire che cosa dicono, parlare coi parenti che aspettano, con quelli che escono ed entrano. E cogliere le storie di tutta un'Italia che a Milano arriva da lontano con un'enorme carica di fiducia. Mi ricordo un siciliano che aveva appena accompagnato la moglie, e l'aveva vista finalmente sistemata in una stanza a quattro letti, scrupolosamente pulita e lucida nonostante l'ambiente vecchiotto. Lo ricordo seduto sulla sedia accanto al letto. Teneva le mani della moglie nelle sue, e le diceva, con affetto caloroso: "Stai tranquilla, Maria, che adesso sei a Milano e qua è come l'America".

È retorico dire che guardando un ospedale si deve essere contenti di pagare le tasse? I soldi sono sempre pochi (sono sempre stati pochi) ma è proprio nell'ospedale pubblico che si vede la qualità della democrazia e della civiltà di un Paese. È questa la sanità pubblica che dobbiamo difendere, contro una "devolution" che vuole regalarla ai privati. Certo, ci sono mille cose che non funzionano, ma in questi vent'anni ho visto gli ospedali di Milano trasformarsi in meglio. Non sarà l'America (e nemmeno me lo auguro: lì si paga, e i poveri non sono curati), ma dappertutto ci sono stanze migliori, bagni decenti, salette di soggiorno, bibliotechine, bellissimi reparti pediatrici pieni di giochi, servizi d'interpretariato per gli extracomunitari. In ogni ospedale si contano a decine le associazioni di volontariato (al Policlinico c'è la loro capostipite: la Commissione Visitatori e Visitatrici), e si moltiplicano le iniziative a favore dei pazienti, dalle foresterie agli appartamenti per convalescenti.

E le forti radici di tutto ciò sono l'universalismo, la qualità delle cure e una ricerca eccellente. Ricordo quando, tanti anni fa, il professor Fausto Rovelli mi diceva con amarezza: "Ma perché si continua a parlare di andare all'estero, di fare i viaggi della speranza? Anche qui siamo in grado di fare queste cose, e lo stiamo dimostrando". Si alzò dalla scrivania, mi guidò per un corridoio, mi portò fino alla stanza dove una piccola bambina dormiva tranquilla. Era uno dei primi successi dell'intervento chirurgico per tetralogia di Fallot. Una ex "bambina blu". Guarita e salvata a Milano.

Recensioni

F. Berti, E. Chiesara, F. Clementi, W. Montorsi, V.A. Sironi (a cura di) – *Uomini e farmaci. La farmacologia a Milano tra storia e memoria*. Editori Laterza, Roma-Bari 2002, pagine 432, Euro 35,00

A distanza di pochi mesi dalla pubblicazione del volume “Un Amarcord per un uomo eccezionale: il prof. Emilio Trabucchi”, elaborato e scritto nel 2000 da Walter Montorsi con editore “Progetto Editoriale Milano Media”, esce per i tipi di Laterza un secondo volume che contiene la storia documentata dell’Istituto di Farmacologia dell’Università di Milano dal 1947 a oggi.

La fine dell’ultima guerra ha trovato l’Università italiana in generale, e quella di Milano in particolare, stremata e quasi distrutta dagli eventi bellici e dai bombardamenti.

Chiamato a ricoprire nel 1946-47 la cattedra di Farmacologia che era stata del grande Valenti, il prof. Emilio Trabucchi con un manipolo di pochi e giovani ricercatori, molto motivati e aperti alle nuove esigenze e alle nuove tecniche della ricerca medica che si stava riprendendo, ha saputo in breve tempo utilizzare le poche risorse allora disponibili e riaprire spazi culturali nei quali la ricerca medica potesse riprendere con entusiasmo e in libertà.

Questo gruppo di ricercatori riunito attorno a Emilio Trabucchi è stato nella realtà uno dei centri propulsori e di rinnovamento della ricerca medica della nostra Università. Fu Trabucchi a impersonare lo spirito innovativo e operativo di quel primo risveglio della ricerca biomedica e a trasformare con il suo entusiasmo e il suo lavoro il vecchio Istituto di Farmacologia e Farmacognosia ereditato dal suo predecessore in via Andrea del Sarto, in un gruppo di ricerca a livello internazionale con carattere di medicina sperimentale, finanziato in gran parte da contributi straordinari esterni all’Università e anche dalla sede centrale di Milano.

Le condizioni di base del lavoro sperimentale di allora hanno trovato nelle prime rievocazioni di Walter Montorsi un “cantastorie” attento e preciso, quasi commovente nella sua appassionata descrizione delle difficoltà materiali di allora, delle fatiche con le quali esse venivano giornalmente superate, dell’eccezionale contributo che il Maestro offriva ogni giorno di persona nella conduzione di un’impresa apparentemente impossibile, e dello spirito collettivo dei ricercatori. Altri allievi, farmacologi puri e farmacologi specializzati o già differenziati nei moderni filoni che la ricerca e l’entusiasmo aprivano ogni giorno, hanno fatto rivivere con i loro ricordi

personali quei tempi “eroici” ed estremamente produttivi. Nella prima parte del volume sono rievocate la vecchia farmacologia di quegli anni e la struttura base dell’Istituto.

La parte seconda ha concentrato più precisamente l’attenzione sulla figura del maestro, sulla sua Scuola nell’insieme e nelle personalità singole degli allievi; sullo sviluppo della loro ricerca nelle scienze mediche applicative alla farmacologia, dall’esordio accademico a Modena fino ai massimi raggiungimenti di Milano.

Singolare avventura umana e scientifica quella voluta, retta da un artefice eccezionale, ricostruita per noi da testimonianze di coprotagonisti i cui nomi oggi sono noti nel mondo accademico internazionale.

Si realizza così a Milano nel 1947 per volere di Emilio Trabucchi l’Istituto di Farmacologia, oggi a lui intestato, nel quale non solo di ricerca medica egli si occupa, ma in decenni di duro lavoro si dedica all’insegnamento della sua disciplina.

La Farmacologia è riscritta e inventata nelle sue nuove sfaccettature speculative e pratiche grazie alla nascita e alla presa d’atto di sempre nuove filiazioni dottrinali, di nuove società e di nuovi gruppi di studio. Trabucchi crea quindi la prima Scuola di specializzazione di Farmacologia per i laureati in medicina, fonda la Società ita-

liana di Chemioterapia, quella di Farmacologia clinica, quindi la Società italiana per l'Arteriosclerosi, la Società italiana di Teratologia e il Collegium internazionale di Neuropsicofarmacologia.

Dà impulso e forza con alcuni colleghi e collaboratori all'Accademia Medica Lombarda; istituisce la nuova facoltà di Farmacia riuscendo a dotarla dei primi docenti e avendo curato prima, nella prospettiva di questa nuova iniziativa, l'aggiornamento professionale e dottrinale per i farmacisti. Da qui il merito di aver conferito per primo a questa preziosa categoria di servitori dello Stato e della salute pubblica prestigio e autorevolezza come mai prima.

Visse francescanamente fino al 1980 in due camerette nella soffitta del vecchio edificio di via del Sarto, in assoluto distacco da ogni bene materiale. Morì povero. Il volume dedicato all'Istituto di Farmacologia e al suo indimenticabile direttore risulta uno spaccato di storia e di memoria orale e scritta sul clima culturale e umano che ha caratterizzato un periodo importante della vita scientifica italiana: decine di allievi di Trabucchi sono saliti sulle varie cattedre di Farmacologia, altrettanti sulle cattedre di applicazione pratica della nuova disciplina e altrettanti nelle diverse cattedre di specializzazioni mediche e chirurgiche; numerosi i farmacologi che hanno lavorato con successo in Istituti di ricerca nazionali e internazionali.

Giuseppe Maiocchi

Montorsi W.: *A lezione di chirurgia. La scuola di Guido Oselladore al Padiglione Monteggia del Policlinico di Milano*. Editori Laterza, Roma-Bari 2001, pagine 278, Euro 26,00

Come avvertono Cosmacini e Sironi in un quarto di copertina, questo libro dà voce a una umanità composta da un maestro, Guido Oselladore, e dai suoi discepoli, tecnici, suore, infermiere, infermieri e malati che, nel padiglione Monteggia del Policlinico di via Sforza, hanno scritto la storia della chirurgia nell'ultima metà del Novecento.

Scritto a 16 mani (perché oltre a quelle di Montorsi, hanno partecipato le mani di Pezzuoli Longo Ambrosini Ghiringhelli Germiniani Boselli e Trabucchi) il libro dipana la storia non solo della chirurgia generale, ma anche delle diverse specialità chirurgiche che ne sono derivate con i personaggi che le hanno intraprese. Fa eccezione Emilio Trabucchi che chirurgo non era, ma farmacologo famoso, amico fraterno di Oselladore e catapulta sicura per avere successo nell'ambiente universitario milanese.

Fra gli autori del libro però, chi domina è Montorsi: non soltanto per la sua stazza e la sua giovialità, ma per la dovizia di fatti aneddoti retroscena conquiste amarezze delusioni e trionfi descritti con affetto disincantato verso il maestro, sincerità cavalleresca verso i colleghi e controllo autocritico verso se stesso.

Pagine eccezionali del libro sono la 122 e la 123 dove, ritornando al 1963, Montorsi ricostruisce la sua carriera tracciando nello stesso tempo un magistrale ritratto del barone, il classico caposcuola che allora aveva in pugno la vita e la morte di tutti i subalterni.

Nelle pagine citate infatti, il barone fra l'altro dice testualmente a Montorsi: "Ti ho fatto vincere una cattedra di

Clinica Chirurgica e ti faccio ora cominciare la tua carriera universitaria. (...) Tu mi hai introdotto nell'industria farmaceutica milanese e da questa abbiamo avuto contributi, finanziamenti e soldi per i congressi e soprattutto per nuovi posti di assistenti universitari "straordinari" convenzionati. Una vera ricchezza per l'istituto e per chi aspettava, sospirandolo, uno stipendio."

A quei tempi, per riuscire nella carriera universitaria, oltre a condurre la vita dura del medico, bisognava aggregarsi a un *barone*. Oggi il *barone* non c'è più. Ma la vita del medico, universitario o meno, continua a esser dura come prima. Quando dopo averlo letto attentamente osservandone anche le 34 fotografie si chiude il libro di Montorsi & C., si resta con l'impressione di una gradevole rimpatriata di nomi e di volti. Nomi e volti noti, con i quali si è anche lavorato insieme, qualche volta accomunati in circostanze drammatiche, ma sempre col massimo impegno, reciproca stima e spesso con cordiale simpatia.

Vincenzo Bevacqua

Libri ricevuti

C. Catananti: *Medicina, valori e interessi (dichiarati e nascosti)* - Editore Vita e Pensiero, Milano 2002.

F. Fiorista: *Il Vangelo in versi e in prosa* - Editore Ancora, Milano 2002.

L. Di Michele, L. Gaffuri, M. Nacci (a cura di): *Interpretare la differenza* - Editore Liguori, Napoli 2002.

Notizie

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

Nel mese che ricorda i defunti, il desiderio di accomunare in un'ora di meditazione, di preghiera e di suffragio quanti fra i benefattori, gli amministratori, i visitatori, i volontari e i dipendenti defunti non sono più fra noi ha trovato il suo momento determinante nella concelebrazione eucaristica di mons. Piero Cresseri rettore vicario e del cappellano don Daniele Grassi.

Il 25 novembre, nella chiesa secentesca dell'Annunciata, erano presenti all'annuale cerimonia, che davvero vorremmo maggiormente sentita e seguita, il vice commissario prof. Piergiorgio Sirtori, rappresentanze di funzionari, del personale religioso e laico, di visitatori, volontari, dipendenti a riposo, familiari degli scomparsi. All'omelia una breve riflessione del diacono Virgilio Mastrodonato sul valore del "fare memoria" di quanti hanno nel tempo e in vario modo fatto dono di sé al nostro Ospedale.

Fare memoria, entrare in comunione con loro per il tramite della preghiera, certamente il più alto a noi concesso, e nel caso nostro qui, oggi, con la celebrazione dell'Eucaristia.

Siamo nella seconda metà di Avvento. Esempio e stimolo per tutti un richiamo alla vedova del Vangelo di San Luca, la quale "significativamente nella partecipazione totale di sé, offre più di quanto effettivamente offre"; un richiamo all'Apocalisse di

San Giovanni, i cui segni rivelatori della presenza dell'Agnello immacolato, del Cristo risorto e vittorioso sul monte di Sion riconducono alla fede in Dio, alla fede che ci riunisce qui a pregare per i Cari che non sono più fra noi.

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

L'estate domenicale a Mirasole

Attese come sempre le visite guidate a Mirasole, aperte al pubblico. Anche quest'anno nei mesi di giugno e luglio i numerosi visitatori hanno seguito con attenzione e interesse la storia dell'Abbazia e l'illustrazione delle destinazioni future del complesso monumentale, che hanno determinato negli anni 70/80 la fondazione dell'Associazione per l'Abbazia di Mirasole, in accordo dall'inizio con l'Ospedale Maggiore che ne è il proprietario.

Desiderio e preoccupazione di tutti seguire e portare a termine, possibilmente in tempi brevi, il recupero degli antichi spazi che ospiteranno definitivamente la prestigiosa Quadreria dei Benefattori e daranno vita a un moderno centro culturale volto al richiamo sui valori della sofferenza e sull'importanza della formazione dei giovani che si preparano alla professione medica.

Complessi musicali prestigiosi hanno come sempre arricchito e sostenuto il periodo delle visite guidate. L'autunno ha favorito il successo del "nostro" organo positivo in dotazione all'Abbazia, nel concerto bachiano ungherese del Canto delle Pietre, per la partecipazione di Miklos Spanyi, organista ungherese d'eccezione.

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

Collaboratori che hanno lasciato il servizio nell'anno 2002

- *Luigi Bardo*, infermiere generico;
- *Mirella Bernabò*, infermiera generica;
- *prof. Agostino Bettinelli*, primario neuroradiologo;
- *Adele Bigatti*, ausiliaria specializzata;
- *dott. Oscar Bonazzi*, dirigente medico;
- *Sergio Cantone*, infermiere generico;
- *dott. Gian Mario Cantono*, vice direttore sanitario;
- *Vincenzo Capitano*, infermiere generico;
- *Maria Lucia Carmeli*, capo sala;
- *Renzo Cavallini*, capo sala;
- *Rosanna Curcio*, ausiliaria specializzata;
- *Caterina Fagioli*, infermiera generica;
- *Giuliana Ferro*, infermiera generica;
- *Luigi Lanuto*, infermiere generico;
- *Valentino Mariani*, tecnico di radiologia;
- *Ottorina Meli*, infermiera professionale;
- *Angelina Migheli*, infermiera professionale;
- *Mattea Miranda*, infermiera generica;
- *Francesco Mudadu*, capo sala;
- *dott. Filippo Nador*, dirigente medico cardiologo;
- *Carla Pelosi*, tecnico di radiologia;
- *Fernando Rossi*, infermiere generico;
- *Maria Rotondi*, assistente amministrativo;
- *Maria Saccone*, assistente amministrativo;
- *Vittorio Sbrizzi*, ausiliario specializzato
- *dott. Marco Sostero*, dirigente medico psichiatra;
- *Giorgio Viotto*, infermiere generico;
- *rag. Ernesto Zaneletti*, dirigente amministrativo.

Cronache amministrative

quarto trimestre 2002

a cura del Commissario straordinario dell'IRCCS Ospedale Maggiore

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

a - direzione amministrativa

- intitolazione del Centro Emofilia e Trombosi dell'Ospedale Maggiore di Milano al nome di "Angelo Bianchi Bonomi";
- convenzione con gli Istituti Clinici di perfezionamento per il monitoraggio ambientale delle sale operatorie e monitoraggio biologico dei lavoratori esposti a gas anestetici;
- congresso "l'Invecchiamento della popolazione. Nuove complessità per la società e la medicina", presso la Fondazione Cariplo, Milano 25 gennaio 2003;
- corso di perfezionamento in citometria a flusso presso l'Ospedale Maggiore, padiglione Granelli (11-15-11-02; 9-13/12/2002; 13-17/1/03; 10-14/2/03);
- inserimento di una sezione di informazione scientifica nella rivista di informazione culturale "la Ca' Granda".

b - unità operativa risorse umane

- istituzione dell'unità operativa complessa (U.O.C.) "progetti speciali e processi amministrativi";
- presa d'atto della nuova articolazione del dipartimento amministrativo in seguito all'istituzione dell'U.O.C.: progetti speciali e processi amministrativi;
- convenzione tra l'Ospedale Maggiore e l'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di perfezionamento per l'espletamento del tirocinio pratico degli studenti del corso di diploma universitario per tecnico sanitario di radiologia medica in applicazione dell'accordo attuativo con l'Università degli Studi di Milano;
- convenzione tra l'Ospedale Maggiore di Milano e l'Istituto europeo di Milano per l'espletamento del tirocinio pratico degli studenti del corso di diploma universitario per tecnico sanitario di radiologia medica in applicazione dell'accordo attuativo con l'Università degli Studi di Milano;
- approvazione della proposta di convenzione con la Provincia di Milano (settore politiche del lavoro-servizi

per il collocamento obbligatorio e inserimento mirato dei disabili) ai fini della definizione del programma mirante al conseguimento degli obiettivi occupazionali ai sensi dell'art. 11 legge n° 68/99.

c - ricerca scientifica

- Ministero della Salute: finanziamento ricerca corrente 2002 a norma del D.P.R. n. 213 del 13.2.01;
- assegnazione di finanziamenti per progetti di ricerca corrente 2003: istituzione di 159 borse di ricerca;
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano alla ricerca finalizzata 2001: "Individuazione di parametri immunofenotipici, molecolari e genetici di significato prognostico dei linfomi cutanei" assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Istituto dermatologico dell'Immacolata di Roma;
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano al programma di sperimentazione "Efficacia, qualità e appropriatezza dei servizi di ricovero dedicati ai pazienti con ictus cerebrale acuto (stroke unit) in Italia", assegnato dal Ministero della Salute alla Regione Lombardia: situazione delle relative borse di studio.

d - unità operativa approvvigionamenti

- indizione di trattativa privata per l'acquisizione di un letto operatorio per pazienti grandi obesi originale Marquet da installare presso l'U.O. chirurgia generale pad. Monteggia: finanziamento del Ministero della Sanità, assegnazione in conto capitale anno finanziario 1999 Euro 2.675.473,98;
- indizione di licitazione privata per la fornitura "in service" di due sistemi diagnostici per elettroforesi ed immunofissazione comprendenti gli analizzatori, gli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantirne la funzionalità, per tre anni;
- indizione di licitazione privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per chimica clinica (metaboliti, enzimi, elettroliti, marcatori cardiaci e monitoraggio farmaci) comprendente le apparecchiature in uso, unitamente agli accessori, relativi reagenti

e materiali di consumo necessari e servizio di assistenza tecnica per garantirne la funzionalità, per tre anni;

- indicazione di trattativa privata per la fornitura biennale di materiale di consumo per interventi di cataratta e vitrectomia con apparecchiatura dedicata a doppio utilizzo (facemulsificazione-vitrectomia) "in service";
- licitazione privata per la fornitura "in service" di quattro sistemi diagnostici per virologia comprendenti le apparecchiature in uso, e accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica a garantirne la funzionalità per tre anni: aggiudicazione definitiva;
- trattativa privata diretta per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per il dosaggio di micofenolato "Mira Plus" comprendente l'apparecchiatura in uso, e accessori, il relativo reagente e tutti i materiali di consumo necessari nonché il servizio di assistenza tecnica a garantirne la funzionalità per un periodo di nove mesi: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per virologia Torc comprendente le apparecchiature in uso, e accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari e servizio di assistenza tecnica per garantirne la funzionalità per tre anni: aggiudicazione definitiva;
- trattative private per la fornitura di: materiale per l'ambulatorio di ecotomografia dell'U.O. chirurgia d'urgenza; due nasofaringoscopi da installare presso l'U.O. otorinolaringoiatria, pad. Moneta; presidi diversi per laparo/toracoscopia e laparo/toracotomia, monouso, per tre anni; due broncoscopi pediatrici da installare presso l'U.O. anestesia e rianimazione E. Vecla, pad. Guardia: aggiudicazione;
- trattative private dirette per la fornitura di: fiale di collagene "Contigen" originali Bard per la terapia endoscopica dell'incontinenza urinaria; cateteri arteriosi con mandrino preinserito, kit introduttore per catetere Swan Ganz, kit catetere per infusione rapida, originali Arrow; materiale originale Dideco per apparecchiature autotrasfusione e emorecupero: aggiudicazione;
- aggiudicazione della fornitura di gas terapeutici e di laboratorio in bombole/tank per due anni;
- trattativa privata per la fornitura di materiale diverso per l'U.O. neurochirurgia e per il servizio di anestesia e rianimazione, pad. Beretta ovest: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di cateteri venosi centrali, aggiudicazione lotti 3 e 5, periodo gennaio 2003/aprile 2004;
- indicazione di trattativa privata per la fornitura di mate-

riali per i diversi servizi di endoscopia;

- trattative private per la fornitura di: colle chirurgiche per un anno; presidi diversi per l'U.O. Centro trasfusionale; aghi per biopsia per tessuti di tipo diverso: aggiudicazione;
- fornitura di sacche di fisiologica per emodialisi per un anno: aggiudicazione;
- trattativa privata diretta per la fornitura di materiale originale Kodak per il servizio di fisica sanitaria;
- trattativa privata per la fornitura triennale di: strumentario chirurgico da carrello e regolatori di flusso: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di materiale diverso per l'U.O. otorinolaringoiatria (camera operatoria, reparto degenza, day hospital e ambulatorio): aggiudicazione;
- trattativa privata per l'affidamento del servizio infermieristico presso le U.O. di degenza dell'Ospedale Maggiore, per tre mesi: aggiudicazione;
- trattativa privata per l'affidamento del servizio di vigilanza notturna presso il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti, servizio di vigilanza ispettiva presso i diversi padiglioni della sede di via Sforza 35 e servizio di vigilanza notturna presso i magazzini di Rozzano per due anni: aggiudicazione;
- servizio di raccolta, trasporto, conferimento agli impianti convenzionati ed autorizzati ed incenerimento rifiuti ospedalieri speciali pericolosi a rischio infettivo (ROT), ospedalieri speciali pericolosi a rischio chimico, ospedalieri non pericolosi solidi e liquidi da attività sanitaria e rifiuti vetrosi: rinnovo contrattuale.

e - unità operativa funzioni tecniche

- trattativa privata per la fornitura e l'installazione di apparecchiature per il condizionamento dell'aria presso il Pronto Soccorso: aggiudicazione.

f - unità operativa patrimonio

- affidamento del servizio di manutenzione degli impianti elevatori delle case in Milano di proprietà dell'Ente per la durata di un anno.

g - unità operativa amministrazione e finanza

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neurochirurgica a favore di pazienti dell'Azienda ospedaliera Istituto ortopedico Gaetano Pini;
- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza psichiatrica e neurochirurgica a favore di pazienti ricoverati presso l'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di perfezionamento;
- rinnovo della convenzione per l'anno 2003 per pre-

stazioni di consulenza nefrologica a favore di pazienti dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori;

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza anestesiologicala a favore di pazienti dell'Azienda ospedaliera Ospedale San Gerardo di Monza, Presidio ospedaliero Bassini: rinnovo;
- convenzione per prestazioni di mediazione linguistica-culturale a favore di pazienti stranieri in cura presso l'Ospedale;
- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza anestesiologicala a pazienti dell'Azienda ospedaliera Ospedale San Carlo Borromeo;
- convenzione per prestazioni di consulenza di fisiatria tra Pio Albergo Trivulzio e Istituto milanese Martinetti e Stelline e l'Ospedale Maggiore (1/10/02-31/12/03);
- convenzione con la Regione Marche per le attività di prelievo e trapianto di organi ai sensi della L. 2.12.75 n 644, rinnovo 2002/2004;
- convenzione per l'esecuzione di consulenze in terapia intensiva a favore di pazienti neurolesi degenti presso il presidio ospedaliero di Correggio dell'Asl di Reggio Emilia;
- convenzione per la tipizzazione e la criopreservazione di sacche di sangue placentare a favore dell'Azienda ospedaliera Ospedale San Gerardo di Monza e del Comitato Maria Letizia Verga Onlus;
- convenzione per prestazioni chirurgiche ambulatoriali a favore di pazienti nefropatici provenienti dall'Azienda ospedaliera della provincia di Lodi;
- convenzione con l'Istituto nazionale neurologico "Carlo Besta" per l'esecuzione di indagini di biologia molecolare su sangue e/o plasma e liquor.

h - servizio farmaceutico

- acquisti in economia, spese correnti anno 2002, conto riepilogativo dall'1/7/02 al 30/9/02.

i - servizio beni culturali

- rinnovo della convenzione con il Gruppo archeologico milanese Onlus per attività di volontariato presso il servizio beni culturali dell'Ospedale;
- convenzione con la cooperativa sociale Collage di Milano per lo svolgimento di tirocinio presso il servizio beni culturali.

l - ufficio relazioni col pubblico

- approvazione delle "linee guida per la tutela dei diritti e dei doveri del cittadino utente";
- approvazione del progetto di applicazione della DGR 7/8504 del 28/3/2002 sulla qualità percepita dei servizi sanitari e sui metodi e strumenti per la rilevazione del

grado di soddisfazione: servizio di acquisizione ottica.

m - ufficio valutazione e miglioramento della qualità

- progetto di certificazione secondo la normativa UNI EN ISO 9001/2000 dell'Ospedale Maggiore di Milano.

n - unità operativa sistemi informativi e informatici

- rinnovo per l'anno 2002 del contratto di collegamento alla rete Internet dell'Ospedale Maggiore;
- aggiudicazione dell'appalto concorso per la fornitura del sistema e dei servizi di telecomunicazione dell'Ospedale Maggiore.

o - contributi e beneficenza

Per l'U.O. anestesia e rianimazione è giunto un sistema completo per C.P.A.P. da parte della ditta Medival Spa; per l'U.O. medicina nucleare: apparecchiature informatiche della ditta "Ge Medical Systems Italia Spa"; l'Associazione Coagulopatici ed emofilici di Milano ha offerto apparecchiature informatiche all'U.O. Centro di Emofilia e Trombosi; per l'U.O. Centro trasfusionale e immunologia dei trapianti sono pervenuti: apparecchiature scientifiche dalla "Fondazione il Sangue" e un sistema Immucor Galileo in sostituzione di un sistema Immucor ABS Precis da parte della ditta Immucor Italia srl; la "Fondazione il Sangue" ha destinato un lavatore semiautomatico di cellule (Serocent) per il laboratorio di immunoematologia del Centro trasfusionale; la Commissione Visitatori e Visitatrici dell'Ospedale Maggiore di Milano ha donato due fax e una cuffia con pedaliera per registratore Philips per le portinerie e la radiologia di via Pace; la ditta Janssen Cilag Spa ha offerto un personal computer e una stampante all'U.O. di psichiatria; il dipartimento di scienze chirurgiche dell'Università degli Studi di Milano ha donato un telefax Brother P5000 al reparto degenze II piano del padiglione Monteggia; da parte della ditta Glaxo Smith Kline è giunto uno spirometro Microplus all'U.O. di broncopneumologia; l'U.O. Centro Trapianto del midollo ha ricevuto un climatizzatore De Longhi, mod. Hip 130 dall'Associazione Laura Coviello.

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

Indice generale dell'annata 2002

per autore

Berardinelli, Luisa

Certificazione di qualità secondo la Norma Internazionale ISO 9002 rilasciata all'U.O. Chirurgia Vascolare e dei Trapianti Renali
fascicolo 2 - pagg. 46-47

Bergamaschi, Walter

Un ponte verso il futuro dell'Ospedale Maggiore. Sistemi informativi integrati e processo di cura del paziente
fascicolo 2 - pagg. 11-18 (ill.)

Bevacqua, Vincenzo

Milano a sorpresa, VI
fascicolo 1 - pagg. 41-46 (ill.)

Montorsi W.: A lezione di chirurgia. La scuola di Guido Oselladore al Padiglione Monteggia del Policlinico di Milano (rec.)
fascicolo 4 - pag. 50

Bonino, Ferruccio

La ricerca biomedica a servizio della persona
fascicolo 3 - pagg. 2-3

Bossaglia, Rossana

Emilio Tadini, una perdita insostituibile
fascicolo 3 - pagg. 36-37

Bresolin, Nereo

Ci ha lasciato il professor Guglielmo Scarlato
fascicolo 3 - pag. 34

Bressan, Livio

Riabilitazione neuromotoria ritmica: un nuovo metodo rieducativo per il malato di Parkinson
fascicolo 2 - pagg. 21-25 (ill.)

Brivio, Ernesto

Un architetto grande ma scomodo? Preferito dal duca, invisibile ai colleghi locali
fascicolo 2 - pagg. 26-29 (ill.)

Campanelli, Giampiero

Per ricordare il professor Piero Pietri
fascicolo 3 - pag. 35

Canepa, Luisella

Genitori di bambini affetti da disturbo generalizzato dello sviluppo: problematiche psicologiche
fascicolo 2 - pagg. 19-20

Cantarelli, Marisa

Riflessioni sull'emergenza infermieristica in Italia
fascicolo 1 - pagg. 29-32

Caputo, Ruggero

Il laboratorio di maquillage correttivo dell'Ospedale Maggiore Policlinico, bilancio operativo e sviluppi nazionali e internazionali
fascicolo 1 - pag. 50

Cassinelli, Daniele

Due mostre sulla Lombardia tra 500 e 700. Ammirate opere di proprietà dell'Ospedale Maggiore
fascicolo 2 - pagg. 42-43 (ill.)

Cazzullo, Carlo Lorenzo

Evoluzione della relazione medico-paziente in psichiatria
fascicolo 1 - pagg. 20-21

Comazzi, Alberto M.

Il ruolo dello psichiatra e dello psicologo nella donazione degli organi.
fascicolo 1 - pagg. 22-25

Comi, Giacomo

Ci ha lasciato il professor Guglielmo Scarlato
fascicolo 3 - pag. 34

Cosmacini, Giorgio

Salute e bioetica - I
fascicolo 2 - pagg. 8-10

Vincenzo Bevacqua: Milaninaria, variante Brera (rec.)
fascicolo 2 - pagg. 44-45

Salute e bioetica - II
fascicolo 3 - pagg. 4-6

Cent'anni fa nasceva don Carlo Gnocchi
fascicolo 3 - pagg. 25-26

Salute e bioetica - III
fascicolo 4 - pagg. 15-18

Cremonese, Antonella

Cronista di sanità
fascicolo 4 - pagg. 47-48

Dal Sasso, Giancarlo

La Carta dei principi fondamentali e delle responsabilità professionali dei medici
fascicolo 2 - pagg. 4-7

Defanti, Carlo Alberto

I pazienti in stato vegetativo permanente e la nostra responsabilità
fascicolo 1 - pagg. 5-8

Descartes, René
L'irrisolutezza (asterisco)
fascicolo 3 - pag. 21

Dimonopoli, Tiziana

Il ruolo dello psichiatra e dello psicologo nella donazione degli organi
fascicolo 1 - pagg. 22-25

Ferri, Sergio

Elaborazione del "fenomeno dolore"
fascicolo 4 - pagg. 7-14 (ill.)

Fiorista, Francesco

Poesia della memoria, memoria della poesia
fascicolo 1 - pagg. 36-40 (ill.)

Il sogno come luogo dell'arte

fascicolo 2 - pagg. 30-37 (ill.)

La memoria, anticamente trasmittitrice unica di conoscenze

fascicolo 3 - pagg. 38-41 (ill.)

Frugoni, Cesare

Il conforto della memoria (asterisco)

fascicolo 1 - pag. 8

Galimberti, Paolo M.

“L'Ufficio il più grande e il più interessante”: l'Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano

fascicolo 2 - pagg. 38-41 (ill.)

Giacomo Bascapé archivista dell'Ospedale Maggiore.

Un centenario da ricordare

fascicolo 4 - pagg. 42-43

Garattini, Silvio

Problematiche attuali della sperimentazione clinica

fascicolo 4 - pagg. 19-21

Gelmetti, Carlo

Mezzo secolo di Dermatologia Pediatrica in via Pace

fascicolo 4 - pagg. 30-32 (ill.)

Giordano, Vincenzo

Trauma e spiritualità: un punto su sintomi psichiatrici, credo religioso e attività della Chiesa nella riabilitazione psichica posttraumatica

fascicolo 1 - pagg. 2-4

Grasso Seminara, Giovanna

Parole e no

fascicolo 3 - pagg. 32-33

Hammarskjöld, Dag

La vita come realtà (asterisco)

fascicolo 3 - pag. 31

Lerma, Milena

Talec P.: La solitudine. Viverla o subirla? (rec.)

fascicolo 1 - pagg. 47-49

Jean Guittou, testimone del tempo

fascicolo 3 - pagg. 28-31

Maggioni, Antonio

La famiglia e il nuovo welfare

fascicolo 4 - pagg. 23-29 (ill.)

Maiocchi, Giuseppe

L'arte di produrre i farmaci: un itinerario affascinante

fascicolo 3 - pagg. 7-16 (ill.)

F. Berti, E. Chiesara, F. Clementi, W. Montorsi, V. A. Sironi (a cura di): Uomini e farmaci

La farmacologia a Milano tra storia e memoria (rec.)

fascicolo 4 - pagg. 49-50

Maltagliati, Ermenegildo

La donazione, il prelievo e i trapianti d'organo alla luce della recente normativa sul coordinatore locale:

le nuove funzioni della Direzione Sanitaria

fascicolo 4 - pagg. 33-36

Mannucci, Piermannuccio

La Fondazione Bianchi Bonomi e il Centro Emofilia e Trombosi dell'Ospedale Maggiore: 25 anni insieme

fascicolo 3 - pagg. 20-21

Mantero, Mario

Trauma e spiritualità: un punto su sintomi psichiatrici, credo religioso e attività della Chiesa nella riabilitazione psichica posttraumatica

fascicolo 1 - pagg. 2-4

Montagna, Lino

Leggere (asterisco)

fascicolo 1 - pag. 21

Mordacci, Roberto

Salute e bioetica - II

fascicolo 3 - pagg. 4-6

Salute e bioetica - III

fascicolo 4 - pagg. 15-18

Mursia, Giancarla

A proposito di vecchiaia

fascicolo 3 - pag. 43

Pisani, Marisa

Pedagogia, educazione, formazione

fascicolo 1 - pagg. 27-28

Ponticelli, Claudio

Jacques

fascicolo 3 - pagg. 17-19

Randazzo, Antonio

Elogio della “consecutio temporum”

fascicolo 1 - pagg. 33-35

Daniel Callahan: La medicina impossibile (rec.)

fascicolo 2 - pag. 44

Il telefonino

fascicolo 3 - pagg. 44-45

Rocca, Beppe

Umanesimo postmoderno e pratica medica

fascicolo 4 - pagg. 2-6 (ill.)

Rossetti, Antonello

La donazione, il prelievo e i trapianti d'organo alla luce della recente normativa sul coordinatore locale: le nuove funzioni della Direzione Sanitaria

fascicolo 4 - pagg. 33-36

Rovelli, Fausto

Angelo De Gasperis nel quarantesimo della scomparsa

fascicolo 3 - pagg. 23-34

Rumi, Giorgio

Fondazione Francesco Sforza

fascicolo 2 - pagg. 2-3

Scalfari, Eugenio

Dov'era Dio mentre tutto questo accadeva? (asterisco)

fascicolo 4 - pag. 46

Torti, Giulio

La pediatria all'Ospedale Maggiore di Milano dal 1939 al 2000

fascicolo 1 - pagg. 10-19 (ill.)

Trimarchi, Gianni

I genitori e la TV: la responsabilità nei sogni

fascicolo 4 - pagg. 39-41

Viviani, Mariangela

Un oggetto prezioso nelle raccolte d'arte dell'Ospedale

fascicolo 4 - pagg. 44-46 (ill.)

per argomento

Assistenza infermieristica

Riflessioni sull'emergenza infermieristica in Italia -

Marisa Cantarelli

fascicolo 1 - pagg. 29-32

Bioetica

Salute e bioetica - I - Giorgio Cosmacini

fascicolo 2 - pagg. 8-10

Salute e bioetica - II - Giorgio Cosmacini, Roberto Mordacci

fascicolo 3 - pagg. 4-6

Salute e bioetica - III - Giorgio Cosmacini, Roberto Mordacci

fascicolo 4 - pagg. 15-18

Cardiochirurgia

Angelo De Gasperis nel quarantesimo della scomparsa -

Fausto Rovelli

fascicolo 3 - pagg. 23-24

Etica medica

I pazienti in stato vegetativo permanente e la nostra responsabilità - Carlo Alberto Defanti

fascicolo 1 - pagg. 5-8

Problematiche attuali della sperimentazione clinica -

Silvio Garattini

fascicolo 4 - pagg. 19-21

Umanesimo postmoderno e pratica medica - Beppe Rocca

fascicolo 4 - pagg. 2-6 (ill.)

Famiglia

La famiglia e il nuovo welfare - Antonio Maggioni

fascicolo 4 - pagg. 23-29 (ill.)

Farmacologia

L'arte di produrre i farmaci: un itinerario affascinante -

Giuseppe Maiocchi

fascicolo 3 - pagg. 7-16 (ill.)

Geriatrics

A proposito di vecchiaia - Giancarla Mursia

fascicolo 3 - pag. 43

Ospedale Maggiore

Il laboratorio di maquillage correttivo dell'Ospedale Maggiore

Policlinico, bilancio operativo e sviluppi nazionali e

internazionali - Ruggero Caputo

fascicolo 1 - pag. 50

Fondazione Francesco Sforza - Giorgio Rumi

fascicolo 2 - pagg. 2-3

Un ponte verso il futuro dell'Ospedale Maggiore. Sistemi

informativi integrati e processo di cura del paziente -

Walter Bergamaschi

fascicolo 2 - pagg. 11-18 (ill.)

La Fondazione Bianchi Bonomi e il Centro Emofilia

e Trombosi dell'Ospedale Maggiore: 25 anni insieme -

Piermannuccio Mannucci

fascicolo 3 - pag 20-21

Mezzo secolo di Dermatologia Pediatrica in via Pace -

Carlo Gelmetti

fascicolo 4 - pagg. 30-32 (ill.)

Il nostro Servizio di Endocrinologia: l'Istituto di Scienze

Endocrine - N. R.

fascicolo 4 - pagg. 37-38

Certificazione di qualità secondo la Norma Internazionale ISO

9002 rilasciata all'U.O. Chirurgia Vascolare e dei Trapianti

Renali - Luisa Berardinelli

fascicolo 2 - pagg. 46-47

“L'Ufficio il più grande e il più interessante”: l'Archivio

dell'Ospedale Maggiore di Milano - Paolo M. Galimberti

fascicolo 2 - pagg. 38-41 (ill.)

Giacomo Bascapé archivista dell'Ospedale Maggiore.

Un centenario da ricordare - Paolo M. Galimberti

fascicolo 4 - pagg. 42-43

Un oggetto prezioso nelle raccolte d'arte dell'Ospedale -

Mariangela Viviani

fascicolo 4 - pagg. 44-46 (ill.)

Due mostre sulla Lombardia tra 500 e 700. Ammirate opere

di proprietà dell'Ospedale Maggiore - Daniele Cassinelli

fascicolo 2 - pagg. 42-43 (ill.)

La pediatria all'Ospedale Maggiore di Milano dal 1939 al 2000

- Giulio Torti

fascicolo 1 - pagg. 10-19 (ill.)

Un architetto grande ma scomodo? Preferito dal duca,

inviso ai colleghi locali - Ernesto Brivio

fascicolo 2 - pagg. 26-29 (ill.)

Pediatria

La pediatria all'Ospedale Maggiore di Milano dal 1939 al 2000

- Giulio Torti

fascicolo 1 - pagg. 10-19 (ill.)

Pietri, Piero

Per ricordare il professor Piero Pietri - Giampiero Campanelli

fascicolo 3 - pag 35

Psichiatria

Evoluzione della relazione medico-paziente in psichiatria -

Carlo Lorenzo Cazzullo

fascicolo 1 - pagg. 20-21

Il ruolo dello psichiatra e dello psicologo nella donazione

degli organi - Alberto M. Comazzi, Tiziana Dimonopoli

fascicolo 1 - pagg. 22-25

Trauma e spiritualità: un punto su sintomi psichiatrici,

credo religioso e attività della Chiesa nella riabilitazione

psichica posttraumatica - Mario Mantero, Vincenzo Giordano

fascicolo 1 - pagg. 2-4

Psicologia

Genitori di bambini affetti da disturbo generalizzato

dello sviluppo: problematiche psicologiche - Luisella Canepa

fascicolo 2 - pagg. 19-20

I genitori e la TV: la responsabilità nei sogni - Gianni Trimarchi

fascicolo 4 - pagg. 39-41

Ricerca

La ricerca biomedica a servizio della persona - Ferruccio Bonino

fascicolo 3 - pagg. 2-3

Problematiche attuali della sperimentazione clinica -

Silvio Garattini

fascicolo 4 - pagg. 19-21

Scarlato, Guglielmo

Ci ha lasciato il professor Guglielmo Scarlato - Nereo Bresolin

- Giacomo Comi

fascicolo 3 - pagg. 34

Sanità

La Carta dei principi fondamentali e delle responsabilità

professionali dei medici - Giancarlo Dal Sasso

fascicolo 2 - pagg. 4-7

Cronista di sanità - Antonella Cremonese

fascicolo 4 - pagg. 47-48

Elaborazione del “fenomeno dolore” - Sergio Ferri

fascicolo 4 - pagg. 7-14 (ill.)

Tadini, Emilio

Emilio Tadini, una perdita insostituibile - Rossana Bossaglia

fascicolo 3 - pagg. 36-37

Trapianti

Jacques - Claudio Ponticelli

fascicolo 3 - pagg. 17-19

La donazione, il prelievo e i trapianti d'organo alla luce

della recente normativa sul coordinatore locale: le nuove

funzioni della Direzione Sanitaria -

Ermeneildo Maltagliati, Antonello Rossetti

fascicolo 4 - pagg. 33-36



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

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