

# LA CA' GRANDA

CRONACHE INTERNE DELLA COMUNITÀ OSPEDALIERA



MILANO - OSPEDALE MAGGIORE  
APRILE 1991 - N. 1



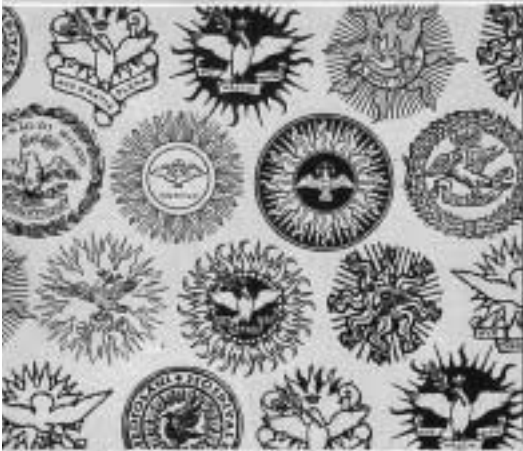
## LA CA' GRANDA

CRONACHE OSPEDALIERE INTERNA  
MILANO - OSPEDALE MAGGIORE - ANNO XLIII - N. 4



## la ca' granda

memorie della comunità ospedaliera - milano - ospedale maggiore - dicembre 1992



## la ca' granda



## la ca' granda



## la ca' granda



# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIV - n. 4 - 2003



## la ca' granda



## la ca' granda

# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIV - n. 4 - 2003

## *sommario*

	pagina
Ai lettori .....	1
<b>Editoriale - Sanità ed educazione</b> ..... <i>Giorgio Cosmacini</i>	2
L'altra faccia dell'assistenza: ospedale e cure primarie ..... <i>Francesco Auxilia</i>	8
Il diritto alla tutela della salute tra prestazioni e risorse ..... <i>Giancarlo Dal Sasso</i>	15
Asterisco .....	21
Il rationale del Day Hospital nella programmazione dell'assistenza sanitaria ..... <i>Agostino Cortelezzi, Giorgio Lambertenghi Delilieri</i>	23
Gli anticoagulanti orali: una storia esemplare sulla ricerca in medicina ..... <i>Marco Moia</i>	26
Un Servizio ponte tra fisica e medicina ..... <i>Giuseppe Eulisse, Francesca Eulisse</i>	31
Due cantieri come vasi comunicanti. Nel XVII secolo, un andirivieni di architetti e scultori tra Duomo e Ca' Granda ..... <i>Ernesto Brivio</i>	35
Testimonianza e responsabilità ..... <i>Elisabetta Zanarotti Tiranini</i>	40
La narrativa come forma di pensiero ..... <i>Gianni Trimarchi</i>	42
Recensioni ..... <i>Eloisa Consales, Vittorio A. Sironi</i>	47
Notizie .....	50
Cronache amministrative .....	52
Indice generale dell'annata .....	55

### *La copertina*

La nostra "Ca' Granda" nelle copertine dei primi anni (1960-69)

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

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

## ai lettori

*“Sanità ed educazione”*: l’atteso ultimo editoriale dell’annata 2003 porta la firma di Giorgio Cosmacini e con essa la nota conoscenza dello storico, l’intuizione del medico, la sua chiarezza di pensiero, delle quali tutte in realtà la nostra rivista gode fin dai primi fascicoli degli anni Sessanta.

Il “...ruolo dell’ospedale vissuto oggi come luogo privilegiato di diagnosi e cura” e, ancora, “punto di riferimento imprescindibile da luogo di accoglienza e di assistenza a sede e tempio della medicina ove si concentrano le migliori energie e le più affermate professionalità...”: convinta, documentata affermazione del prof. Francesco Auxilia, che induce a non perdere il seguito del suo contributo.

Giancarlo Dal Sasso, con l’attenzione e il rigore che gli conosciamo, afferma e vuole dimostrare che il “diritto alla tutela della salute del cittadino e le conseguenti prestazioni sanitarie devono prevalere sulla distribuzione delle risorse economico-finanziarie”.

Inaugurato in Policlinico l’attesissimo Day Hospital del dipartimento di Ematologia e Oncologia. I professori Lambertenghi e Cortelezzi richiamano la nostra attenzione sull’attuazione di questa nuova auspicata “modalità assistenziale” oggi indispensabile per curare pazienti affetti da gravi malattie del sangue.

Sorprendente presentazione, illustrazione e storia di un noto farmaco anticoagulante, con affascinante epilogo. Ne dobbiamo il racconto al dott. Marco Moia, responsabile della U.O.S. diagnosi e terapia delle patologie della coagulazione.

Giuseppe e Francesca Eulisse nel loro dotto contributo ripercorrono la storia della collaborazione fra medicina e fisica nel nostro Ospedale, fino a proporre, attraverso riflessioni e motivazioni determinanti, il passaggio dalla denominazione storica “fisica medica o fisica sanitaria” a quella più generale e moderna di “fisica in medicina”.

E fermiamoci ora, come altra volta, su alcune suggestive pagine che rivedono insieme nei secoli, sia pure per “fermenti” di cantiere e nel segno di provvidenziali donazioni testamentarie, il nostro Duomo e l’Ospedale Maggiore. Brillante e documentato come sempre, Ernesto Brivio ci riporta alla mente famose figure di architetti, scultori, benefattori legati nella storia ai due grandi monumenti cari alla nostra Città.

Responsabilità e testimonianza: Elisabetta Zanarotti Tiranini si concentra su riflessioni quanto mai opportune oggi. Sembra che il tempo si trascini correndo e che trascini noi, impedendoci pensieri e constatazioni e riflessioni.

Belle pagine di Gianni Trimarchi, da non perdere, sulla narrativa per l’infanzia e per il mondo adulto. La fiaba, “... anche” per l’adulto, e la storia vera. “... La fiaba come nostalgia struggente di un paradiso ormai perduto; la storia vera, che può imporre una realtà irresistibile...”

Le recensioni librarie per le firme di Vittorio A. Sironi e di Eloisa Consales, le consuete rubriche, l’asterisco e l’indice annuale per autore e argomento chiudono il fascicolo.

# Editoriale

*All'inizio dell'anno annunciavamo che nell'iter consuetudinario della rivista i lettori avrebbero trovato in apertura l'editoriale di autorevole firma.*

*Chiude la serie, che ha riscosso particolare gradimento, lo storico della sanità e della medicina Giorgio Cosmacini.*

## Sanità ed educazione

GIORGIO COSMACINI

Definiamo preliminarmente i due termini del binomio.

*Sanità* come salute individuale e collettiva, privata e pubblica. Senza rimontare troppo addietro nel tempo, il concetto di salute come bene individuale – un concetto antico quanto l'uomo dotato di ragione – è venuto a inserirsi stabilmente nella cognizione della salute come bene pubblico a partire dal tardo Settecento, nel contesto socioculturale del pensiero illuministico e riformatore, quando l'“arte della cura” esercitata *ad personam* fu estesa a un'“arte di difesa” applicata a tutta la popolazione. Poiché quest'ultima era considerata tra le “cause della ricchezza delle nazioni” (Adam Smith, 1776), la sua salute venne vista come un patrimonio da tutelare e incrementare attraverso un “sistema di polizia medica” (Johann Peter Frank, 1776) finalizzato “a preservare e aumentare i cittadini” (*servandis et augendis civibus*) e realizzato come politica della salute strettamente congiunta alla tecnica medica (*tèchne* era l'“arte” d'Ippocrate).

*Educazione* come attitudine e pratica pedagogica dell'*e-ducere*. Nella fattispecie l'infinito sostantivato significa “tirar fuori” o “condurre da” una condizione di non-conoscenza e non-osservanza di insegnamenti importanti per conservare o riacquistare la salute a una condizione di consapevolezza responsabile per assicurarsi nel modo migliore la prevenzione, la tutela, il recupero, la promozione della salute medesima. È una pedagogia che si esplica con la comunicazione, sia attraverso la relazione privilegiata tra curanti e curati, sia attraverso l'*informazione* data a chi fruisce delle cure e la *formazione* di chi tali cure esercita a vario titolo

(medici, tecnici, infermieri).

L'*informazione* è una struttura logica ed etica conaturata al rapporto medico-paziente. C'è una informazione che, in due millenni e mezzo di storia, viene *dal paziente*, consentendo al medico di derivare dalla anamnesi elementi di conoscenza d'importanza primaria, prioritaria, fondamentale. A questa “prima fase”, che possiamo chiamare di “inferenza induttiva” nel senso che l'informazione nasce e cresce per apporto progressivo di elementi conoscitivi empiricamente dati e accumulati per induzione dal particolare al generale, segue una “seconda fase”, che possiamo chiamare di “interpretazione deduttiva” nel senso che consiste in una informazione *sul paziente* ricavata confrontando i dati particolari acquisiti con un quadro generale di riferimento (quadro nosografico) consegnato alla trattatistica e noto al medico attraverso lo studio e l'aggiornamento. In questo passaggio, dalla prima alla seconda fase dell'informazione, il paziente diventa un “caso clinico” e viene rapportato a un “tipo clinico” quasi per transizione da una sorta di empirismo aristotelico a una sorta di idealismo platonico. Quel che conta è che l'informazione, da patrimonio “duale” di medico e paziente, si trasforma in patrimonio “plurale” condivisibile con altri medici e disponibile per altri pazienti, nonché archiviabile in una *memoria* che può, a sua volta, essere trasferita, tramandata, comparata, controllata.

Non è questa informazione, che nasce dal paziente ed è accresciuta dai rilievi sul paziente, quella che qui ci preme. L'informazione che ci sta a cuore è quella che dal medico ritorna *al paziente* attraverso canali di comunicazione adeguati a garantirgli auto-

conoscenza, conoscenza delle risorse e dei limiti del proprio corpo, conoscenza delle risorse e dei limiti della medicina che al suo corpo si applica; e inoltre adeguati a rendere consapevole e responsabile la sua partecipazione al rapporto e al processo di cura. Appartengono a questa “terza fase” dell’informazione i momenti tipici del consenso informato, della verità al malato, dell’educazione allo stile di vita, dello stimolo all’autoeducazione sanitaria. Sono momenti che culminano in una “quarta fase”, quella dell’informazione *per il paziente*, cioè in un atto già per sé terapeutico, che possiamo vedere rispecchiato nell’antico aforisma: “Il buon medico è la prima e la miglior medicina”.

In questo percorso l’informazione risulta intrinseca all’esercizio del sapere e del potere da parte del medico, omogenea alle sue competenze e ai suoi modi di fare, integrata armonicamente alla sua professione, applicata a controllare l’osservanza o l’inosservanza di regole comportamentali e morali, codificate dalla comunità in forma scientifica, deontologica, etica.

La storia del “mestiere di medico”<sup>(1)</sup> lo insegna con chiara evidenza: oggi come nel passato remoto e recente, oggi come sempre e anzi oggi giorno sempre di più, l’informazione inerisce alla medicina per intima appartenenza e per diretta influenza. La medicina, questa “arte lunga”<sup>(2)</sup> da Ippocrate ai giorni nostri, ha con l’informazione una relazione molto stretta, istituzionale, statutaria. È una relazione che il medico ippocratico intratteneva in quanto esercente la *tèchne iatriké*, un’ “arte medica” praticata con la stessa umiltà e nobiltà con cui l’agricoltore esercitava la *tèchne georgiké* o “arte georgica” e con cui il nocchiero esercitava la *tèchne kibernetiké* o “arte cibernetica”. Come l’agricoltore curava le piante, ne amputava se necessario le parti malate e praticava se necessario nuovi innesti; come il pilota governava la navigazione guidando il naviglio pericolante verso il porto sicuro; così il medico d’oggi – clinico, chirurgo, cibernetico – cura il proprio paziente cercando di guidarlo verso la guarigione, usando la mente e la mano e, da ultimo, utilizzando quella metamorfosi dell’informazione in

medicina che è nata recentemente dall’irrompere della complessità nell’ambito delle conoscenze e delle pratiche mediche e che ha nome *informatica*.

Oggi si parla di *rivoluzione informatica* in quanto essa mette a disposizione del medico dati, numeri, immagini, opzioni, percorsi. Essi peraltro non sono sempre univoci, né tra essi è sempre agevole orientarsi o districarsi. Tuttavia abbiamo ancora negli occhi l’ospedale balcanico collegato a distanza con il centro ospedaliero italiano in un legame molto stretto tra emergenza sanitaria, procedura telematica, medicina scientifica, sofferenza umana, umana solidarietà. Emergono con chiara evidenza le risorse veramente “rivoluzionarie” che la scienza dell’informazione e la tecnica del computer mettono al servizio della medicina; ma emerge altresì con altrettanta evidenza questa piccola o grande verità: che la medicina non è solo tecnologia, scienza applicata, informatica, telematica. La medicina è certamente una attività tecnopratica basata su scienze – le cosiddette “scienze di base” –, ma non è riducibile a esse, in quanto è di più. Essa, diversamente dalle sue scienze di base (fisica, chimica, biologia, matematica, informatica) che hanno per oggetto un oggetto, è una attività tecnopratica che ha per oggetto un soggetto, l’uomo, e che si esercita non in un mondo neutro, ma in un mondo di valori. È una attività e, prima ancora, una attitudine che si esplica tra due soggetti in un contesto di alta valenza esistenziale ed etica. Questo suo peculiare carattere fa sì ch’essa sia, prima che una *tecnologia* ad alto tasso di scientificità, una *antropologia* bipolare tra un uomo bisognoso di cura e un altro uomo responsivo a tale bisogno. In questo contesto la “rivoluzione informatica” contempla quell’atto medico nuovo che è il *consenso informato*.

Nel consenso informato l’informazione è finalizzata al paziente perché il consenso di questi sia consapevole. Oggi il paziente sa che la medicina mette a sua disposizione grandi risorse, che egli carica di palpitanti attese e di giuste pretese, fondate le une sul bisogno, le altre sul diritto alla tutela della propria salute. Egli conosce i grandi progressi e successi di una medicina che ha raggiunto elevati livelli scientifico-tecnici; talora, sotto la pressione impropria dei mezzi di comunicazione di massa, è portato a credere che il suo bisogno e il suo diritto

1 - Giorgio Cosmacini, *Il mestiere di medico - Storia di una professione*, Cortina, Milano 1999.

2 - Giorgio Cosmacini, *L’arte lunga - Storia della medicina dall’antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari 1997.



possano e debbano essere esauditi da questa perfezionata tecnologia. Così non è: molte attese e pretese esulano da questo campo in quanto attinenti non al dominio tecnologico, ma alla problematica esistenziale, nel cui ambito la malattia, l'infermità, la dipendenza, l'invecchiamento, la morte sono eventi correlati a una antropologia antica e nuova, perenne.

Le risorse tecniche sono copiose come prima non mai, ma come prima le capacità umane cozzano spesso contro mali più grandi di loro e si rilevano fragili. La fragilità è tanto maggiore quanto più si è irrobustita la presa di coscienza, da parte del paziente, del suo diritto di porre, attraverso il consenso informato, regole e limiti alla relazione con il medico e a ogni atto che questi compie nei suoi confronti. Per questo l'informazione data al paziente deve essere esaustiva, concernente il suo stato di salute, le offerte della scienza e della tecnica a suo vantaggio, il tasso di incertezza che ogni decisione comporta e i benefici e rischi possibili, insiti nell'intervento (farmacoterapico, chirurgico) e nella rinuncia all'intervento. Il consenso da parte del paziente dev'essere dato e ottenuto dal medico dopo l'assolvimento da parte di questi di una rapporto globale: non dev'essere dato e ottenuto in modo burocratico, tramite una frettolosa richiesta e un'altrettanto affrettata apposizione di una firma. Il consenso informato è un atto etico, finalizzato alla tutela dei bisogni e dei diritti del paziente, non all'auto-tutela di una tendenza o tentazione professionale corporativa, preoccupata soltanto dell'eventuale contenzioso giudiziario.

L'informazione contenuta ed espressa nel consenso informato è di tipo "duale", intercorrente tra due soggetti: il medico e il paziente, il curante e il curato, l'assistente e l'assistito. Ma nella medicina, nel Novecento dilatata a dimensione sociale, l'informazione è anche "plurale", fruita dalle équipes mediche, tecniche, infermieristiche, dalle comunità degli assistiti, dalle diverse fasce dell'intera società. L'informazione corretta fruita dagli "addetti ai lavori" nel campo della sanità si chiama *formazione permanente*; quella altrettanto corretta fruita indistintamente da tutti i componenti del corpo sociale si chiama *educazione sanitaria*.

La *formazione* dei primi – medici, tecnici, infermie-

ri – ha le sue istituzionali sedi universitarie e le sue istituzionali procedure nei corsi di laurea, di laurea *brevis*, e nelle scuole speciali, nei corsi di aggiornamento, nei seminari, nei convegni e congressi. Chiediamoci: qual è il fine di ogni percorso formativo? Credo che si possa essere tutti d'accordo nel ritenere che il vero scopo è quello di formare un personale sanitario competente e disponibile. Pre-scindiamo dal fatto, invero curioso, che questo personale, destinato a una *professione* che si spende nel campo della sanità, governato dal Ministero della Salute, sia oggetto di una *formazione* che si svolge in un campo governato da un Ministero – quello dell'Università e della Ricerca Scientifico-Tecnica (MURST) – che si occupa anche o prevalentemente di ambiti diversi, quali le altre aree didattico-disciplinari, la ricerca scientifica nei più diversi settori e le tecnologie non soltanto biomediche. L'essere competente e disponibile è una duplice qualità essenziale per chi esercita il proprio mestiere nel campo della salute. Ora, la *competenza* si acquisisce all'università, ma dev'essere sviluppata lungo tutto l'arco della vita professionale con un percorso di formazione che non riguarda solo la *conoscenza scientifica*, poiché il problema non è soltanto una questione di scienza, ma anche di saggezza, riguardando la capacità di formulare giudizi, spesso in condizioni non facili, e di prendere decisioni, spesso in condizioni di incertezza. Inoltre la *disponibilità* non si insegna, perché la sollecitudine verso il prossimo non è trasmissibile come il sapere scientifico; tuttavia la si deve apprendere perché ogni curante è tenuto a una *comprensione umana* dell'altrui condizione. Questo aspetto, che non è tanto disciplinare-didattico quanto culturale in senso lato, è ancora poco compreso, quando non addirittura trascurato o male interpretato. È certamente motivo di amarezza il dover constatare che oggi si debba giungere a definire "buon medico" o "bravo infermiere" un professionista per il solo fatto che, per sua personale dote o virtù, sta ad ascoltare il paziente o è premuroso con lui.

Quanto alla *educazione sanitaria* – oggetto principale di queste note – , essa è una questione di capitale importanza, che appartiene tuttora al novero dei problemi da risolvere, dei progetti da realizzare, delle cose da ricondurre, anzitutto, alla loro radice o

matrice culturale. La salute non è una “assenza di malattia”, come sovente si crede e si accredita. Considerare la salute come tale, porta a ritenere che di essa ci si debba occupare solo o soprattutto quando la presenza della malattia ce ne fa avvertire o patire l’assenza. In pratica ciò significa ignorare il fatto che della salute ci si deve occupare *prima*, preoccupare, per *prevenire* la comparsa di fattori che possano trasformarla in un bene perduto; significa, in altri termini, voler fare della salute un oggetto esclusivo o, quanto meno, prevalente della medicina diagnostico-terapeutica e non un oggetto primario dell’impegno personale di ciascuno. Ciò determina un fenomeno socio-sanitario noto come *medicalizzazione* che è l’esatto opposto dell’educazione sanitaria e che consiste nell’applicazione alla società di una ideologia che tende a massimizzare il ruolo del medico e a minimizzare quello dell’uomo sano o malato nell’aver cura della salute per preservarla o recuperarla. Sottolineare questo aspetto non vuole dire svalutare la medicina, che oggi dispone di risorse efficaci come prima non mai; significa piuttosto porre l’accento sul fatto che la cura della salute spetta anzitutto al diretto interessato.

A ciò mira, per l’appunto, l’educazione sanitaria, a proposito della quale già trent’anni or sono si scriveva come essa “ non sia un monopolio dei medici, ma un processo che richiede tutto un insieme di comportamenti sociali e che deve seguire canali già stabiliti per altri interventi nella comunità associata”, differenziandosi però nettamente dalla mera “propaganda” e richiamandosi invece alle “scienze comportamentali, indispensabili per la comprensione dei fenomeni di diffusione dell’informazione, di codificazione del messaggio, di influenza degli atteggiamenti culturali” (A. Seppilli, citato da Carlo Vetere, *Educazione sanitaria*, Armando, Roma 1975, p. 9).

L’educazione sanitaria può essere intesa come “un ponte che supera il fossato fra l’informazione sulla salute e le pratiche relative alla salute medesima”, tenendo ben presente e mettendo in chiara luce il “ruolo che la *Sanità* deve avere nelle decisioni economico-sociali di una società che viene definita post-industriale e quindi con prevalenza dei *valori umani* rispetto a quelli produttivistici tipici della società industriale” (ivi, p. 10).

I percorsi educativi hanno un loro luogo peculiare nella scuola, a partire da quella dell’obbligo. Qui l’alfabetizzazione sanitaria dev’essere consensuale o integrata a quella civile e morale insita nel processo di promozione personale del bambino. Il percorso deve poi proseguire nella scuola superiore, dove i giovani sentono l’esigenza o hanno bisogno di orientare o riorientare la loro condotta, le loro abitudini, i loro modi di vita. Qui l’educazione sanitaria assume una struttura che la porta ad attraversare più fasi: la *presa di coscienza* di un determinato problema; l’*interessamento* che ricerca più approfondite conoscenze; la *valutazione* dei vantaggi e degli svantaggi relativi a una eventuale modifica del comportamento; la *sperimentazione* temporanea di tale modifica; l’*adozione* definitiva e durevole del comportamento modificato. Nel classico caso dell’educazione sanitaria contro il fumo, la consapevolezza che questo nuoce alla salute passa attraverso l’evidenza casistica e statistica della minor quantità di vita dei fumatori, la constatazione che i benefici somatici e psichici del non fumare superano i presunti vantaggi d’altro genere, la percezione che l’astensione dal fumo dà benessere e che tale benessere può essere reso permanente smettendo definitivamente il “vizio” di fumare.

Ma l’educazione sanitaria ha mezzi anche diversi da quelli scolastici; essa segue anche altri canali che – come s’è detto – sono quelli stessi dell’informazione a largo raggio: la carta stampata e la televisione. L’informazione data dai giornali e dalla TV ha spesso il gusto dell’enfasi, della drammatizzazione, dell’eccesso, sia nel bene che nel male: da un lato i “miracoli” della tecnomedicina, con le tante scoperte e invenzioni, dall’altro i “misfatti” della malasanià, con i molti colpevoli e complici. Una corretta educazione sanitaria è quella che si modella su di una informazione che concerne tutto ciò che sta in mezzo a questi due estremi e che si situa nella lezione di fatti che magari non fanno notizia, e perciò non trovano eco nei mezzi di comunicazione di massa, ma che sono oltremodo importanti e preziosi per orientare i lettori e gli ascoltatori sul cosa fare per star bene e sul cosa non fare per non star male.

Nei giornali e nelle reti televisive il principio della libera concorrenza, teso all’accaparramento dell’in-

teresse del pubblico (la famosa o famigerata *audience*), fa propendere verso il miracolismo e lo scandalismo; anche le rubriche più specializzate non sono del tutto indenni da propensioni in tal senso; senza contare che, per quanto attiene alla carta stampata, questa ha in Italia livelli di lettura ancora assai bassi, talché una campagna educativa fondata su di essa è da considerarsi a tutt'oggi non molto incisiva. Diverso il caso dei programmi TV, i quali peraltro, anche se acculturati, inclinano talora o sovente a una “cultura della malattia” più che a una “cultura della salute”, equivocando ad esempio tra predizione clinica, esercitata “a valle” della malattia sugli effetti e sui prodromi, e prevenzione vera o primaria, esercitata “a monte” della malattia sulle cause e sui fattori di rischio. Il rischio, in questo caso, è quello di ingenerare nel pubblico il ricorso indiscriminato a indagini ed esami (i cosiddetti “esami a tappeto”, la moda dei *check-up*), anziché invitare all'autocontrollo e all'autocura, con l'aiuto del medico.

Per questo il ganglio nodale del sistema di educazione sanitaria è e resta il medico di famiglia, competente e disponibile, in grado di occuparsi a fondo dei propri assistiti. Che cosa significa “occuparsi a fondo”? Significa intervenire a surrogare ogni incapacità attitudinale dell'assistito ad autogestire il proprio stile di vita, le proprie abitudini sfavorevoli, le proprie ansie ingiustificate? Significa insistere nel monitoraggio a oltranza dei suoi parametri ematici parafisiologici e delle sue bioimmagini al limite fra il normale e il patologico? Significa inseguire fin da ora la preconizzata carta d'identità genomica, personalizzante ciascuno in base alla mappatura del suo genoma? Non crediamo. “Occuparsi a fondo” del proprio assistito è un'altra cosa. L'“arte della cura” (e in ciò riandiamo all'inizio di queste note) è una essenziale “arte di difesa” della salute dai rischi che essa corre, rischi inerenti alle sue condizioni organiche, biologiche, biochimiche, biomolecolari, ma anche alle sue condizioni comportamentali, occupazionali, ambientali, sociali. Il medico di famiglia è investito in prima persona di una funzione che non è solo diagnostico-terapeutica, ma è anche tutelare e pedagogica.

Pedagogia è l'informazione data all'assistito, ma

anche o soprattutto l'*educazione alla salute* o meglio l'aiuto dato a lui perché si familiarizzi con una *autoeducazione alla salute* che gli permetta di acquisire consapevolezza sia delle proprie risorse personali, sia dei limiti del proprio corpo. La consapevolezza da parte dell'assistito di tali limiti è, per così dire, speculare alla consapevolezza da parte del medico dei limiti dell'arte-scienza che a quel corpo si applica. Questo prezioso “senso del limite” – un limite molteplice, fisiologico e scientifico, tecnico ed economico – ha un grande valore educativo: preserva il medico dal pregiudizio che la tecnica tutto fa e tutto può e preserva gli assistiti dalla falsa credenza di poter essere “più sani e più belli” a ogni età della vita. In tal modo esso appare come la “giusta misura” – *homo mensura rerum* – per una educazione sanitaria che aiuti a vivere meglio nel presente e a inoltrarsi con più fiducia nel futuro.





L'assistenza al malato, da una stampa di fine secolo XVIII (*Civiche Raccolte Bertarelli*) g.c.

# *L'altra faccia dell'assistenza: ospedale e cure primarie*

FRANCESCO AUXILIA

Uno dei temi che è da tempo al centro del dibattito sulla organizzazione dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese è l'attuale ruolo dell'ospedale vissuto come luogo privilegiato di diagnosi e cura. L'evoluzione storica stessa di questo luogo di cura ne ha fatto un punto di riferimento imprescindibile, da luogo di accoglienza e di assistenza a sede e tempio della medicina ove si concentrano le migliori energie, le più affermate professionalità, il più ricco patrimonio di tecnologie. Questa concezione spiega probabilmente perché, al di là di disservizi e problematiche poste continuamente all'attenzione dell'opinione pubblica, la realtà dell'ospedale sia spesso identificata con la stessa essenza della medicina, convinzione che, verosimilmente, sussiste anche quando venga rimosso l'effetto di forte suggestione esercitato da modelli importati di grande impatto emotivo veicolati dai media.

Ciò che dobbiamo chiederci, tuttavia, è se e fino a che punto il modello di assistenza ospedaliera possa rispondere da solo a tutti i nostri bisogni di assistenza che non sono solo di tipo sanitario, cioè di cura, ma spesso, si muovono in un'area grigia che include anche il versante sociale e assistenziale in senso lato. A parte il riferimento ai soggetti anziani per i quali esiste una consapevolezza diffusa circa la complessità dei bisogni di cui sono portatori, il riferimento vale anche per altri potenziali utenti quali, ad esempio, i giovani malati di AIDS, i malati terminali, i pazienti psichiatrici e, anzi, l'intervento si allarga spesso investendo anche la famiglia o coloro che si prendono cura, espressione con la quale possiamo tradurre il termine inglese molto utilizzato anche nella letteratura specializzata "*caregiver*".

Non è solo un problema di costi e di sostenibilità del sistema sanitario, anche se attualmente le cure ospedaliere assorbono da sole oltre il 50% della spesa sanitaria, ma anche di corretta e appropriata localizzazione dell'attività assistenziale. Per svolger-

re in modo adeguato alcuni tipi di intervento, di cui pure abbiamo bisogno, dobbiamo disporre di luoghi, di contesti, di modalità di relazione, di tempi, e, in alcuni casi, anche di professionisti "altri" rispetto a ciò che l'ospedale può e deve attualmente offrirci.

L'idea con la quale tutti coloro che si occupano di organizzazione dei servizi sanitari si confrontano alla ricerca delle migliori soluzioni per offrire servizi efficaci e al tempo stesso economicamente sostenibili, ruota intorno al recupero e alla attualizzazione di un concetto, di un modello che percorre il dibattito sulla organizzazione dei luoghi delle cure dallo scorso secolo, quello delle cosiddette cure primarie. In una serie di articoli recentemente pubblicati sulla prestigiosa rivista medica *British Medical Journal* (che ospita con grande frequenza anche riflessioni sulle implicazioni etiche e organizzative dell'assistenza, oltre a contributi all'avanzamento delle conoscenze scientifiche) dedicati ai valori fondanti delle cure primarie in un contesto in cambiamento, si ricorda come dobbiamo al rapporto Dawson del 1920 l'affermazione circa l'esistenza di livelli differenziati di assistenza (cure primarie e secondarie) con la conseguente esigenza di mettere a disposizione strutture specificamente deputate alla erogazione delle cure primarie (*centri per le cure primarie*). È questa la prima presa di posizione riguardo alla opportunità di un approccio diverso all'assistenza sanitaria più centrato sulla popolazione cui deve corrispondere una diversa organizzazione, e quindi risorse finanziarie e umane, queste ultime adeguatamente formate. Però, come avviene spesso nella storia delle idee, questi semi non germogliarono fino a quando alcune condizioni non ne resero indispensabile il recupero e la enfaticizzazione. Tali condizioni sono individuabili nelle conseguenze della evoluzione nel tempo di un modello assistenziale via via sempre più caratterizzato da

elevata specializzazione medica e da frammentazione dell'intervento con, in qualche misura, perdita della concezione unitaria, olistica, della persona. Un ulteriore elemento che favorisce la ripresa di questa visione ha a che vedere con le modalità di finanziamento del sistema, in particolare con l'impiego di risorse pubbliche, indipendentemente dal maggiore o minore impegno del finanziatore.

Fu nell'ambito della conferenza della Organizzazione Mondiale della Sanità svoltasi ad Alma Ata nell'odierno Kazakistan nel 1978 che si giunse forse alla più compiuta indicazione di cosa sia l'assistenza sanitaria primaria e di quale sia la sua collocazione nell'ambito della organizzazione sanitaria. Secondo quella definizione essa è costituita da quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, che sono realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del loro sviluppo. Questa definizione può sembrare di difficile interpretazione, specialmente se non si è propriamente degli addetti ai lavori, scritta forse con il tipico linguaggio dei documenti ufficiali. In realtà alcuni concetti chiave sono fortemente suggestivi e, a oltre venti anni di distanza, conservano inalterata la loro attualità. Se proviamo, infatti, a soffermarci sull'enunciato in maniera meno frettolosa e proseguiamo nella lettura del documento scopriamo che si parla di un modello attraverso il quale si vuole favorire il contatto degli individui, della famiglia, della comunità con il Servizio Sanitario, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro.

Cure primarie vuole dire, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria che offre non solo cure ma anche promozione della salute, prevenzione, riabilitazione. Parliamo di un assetto al quale collaborano figure professionali diverse, il medico, l'infermiere, l'assistente sanitario, l'assistente sociale, il fisioterapista, lo psicologo e così via che devono condividere obiettivi e modalità di intervento. Ogni paese sviluppato o in via di sviluppo deve modellare queste attività in funzione di

quelle che sono le proprie condizioni economiche e le proprie caratteristiche sociali e culturali, in sostanza in funzione delle risorse di cui dispone, ma anche della complessità dei problemi che si trova ad affrontare nonché delle attese di chi dovrà rivolgersi a quello specifico livello di assistenza. Esiste un minimo comune profilo di offerta che accomuna i paesi dell'occidente sviluppato e quelli delle regioni in via di sviluppo del nostro pianeta e che comprende la educazione e promozione degli stili di vita, il miglioramento delle condizioni igieniche, l'assistenza materna e infantile e pianificazione familiare, la immunizzazione e controllo delle malattie endemiche, la messa a disposizione dei farmaci. Qualunque sia il contesto di vita, nella diversità dei problemi che prioritariamente devono essere affrontati è evidente come questi sono gli aspetti fondanti l'intervento sanitario a favore delle collettività e dei singoli che le compongono. E, per inciso, non possiamo dimenticare quante condizioni di fragilità e di problematicità si nascondono non solo nelle periferie, ma anche nei centri indaffarati e talvolta indifferenti delle nostre città, ponendo il problema di andare incontro alle necessità di promuovere salute piuttosto che attendere le richieste di aiuto, dotandosi degli strumenti più idonei per farlo, primi fra tutti potenti sensori diffusi che allertino sui problemi emergenti.

A rinforzo della rilevanza del progetto vale la pena ricordare come, anche nel contesto della Regione Europea, l'adesione al programma *Salute per tutti entro l'anno 2000* rinnovato recentemente come *Salute 21* (obiettivi per il 21° secolo si potrebbe dire) impegnasse i governi a porre l'obiettivo di soddisfare, attraverso le cure primarie, i bisogni di base della popolazione assicurando un'ampia gamma di servizi preventivi, di cura, di riabilitazione, di supporto e sostenendo attivamente le attività di autopromozione a livello di individui, famiglie, gruppi rendendo cioè ciascuno di noi responsabile in prima persona della nostra salute, mettendoci in condizione di proteggerla, ma anche in grado di capire a chi e quando chiedere sostegno e aiuto.

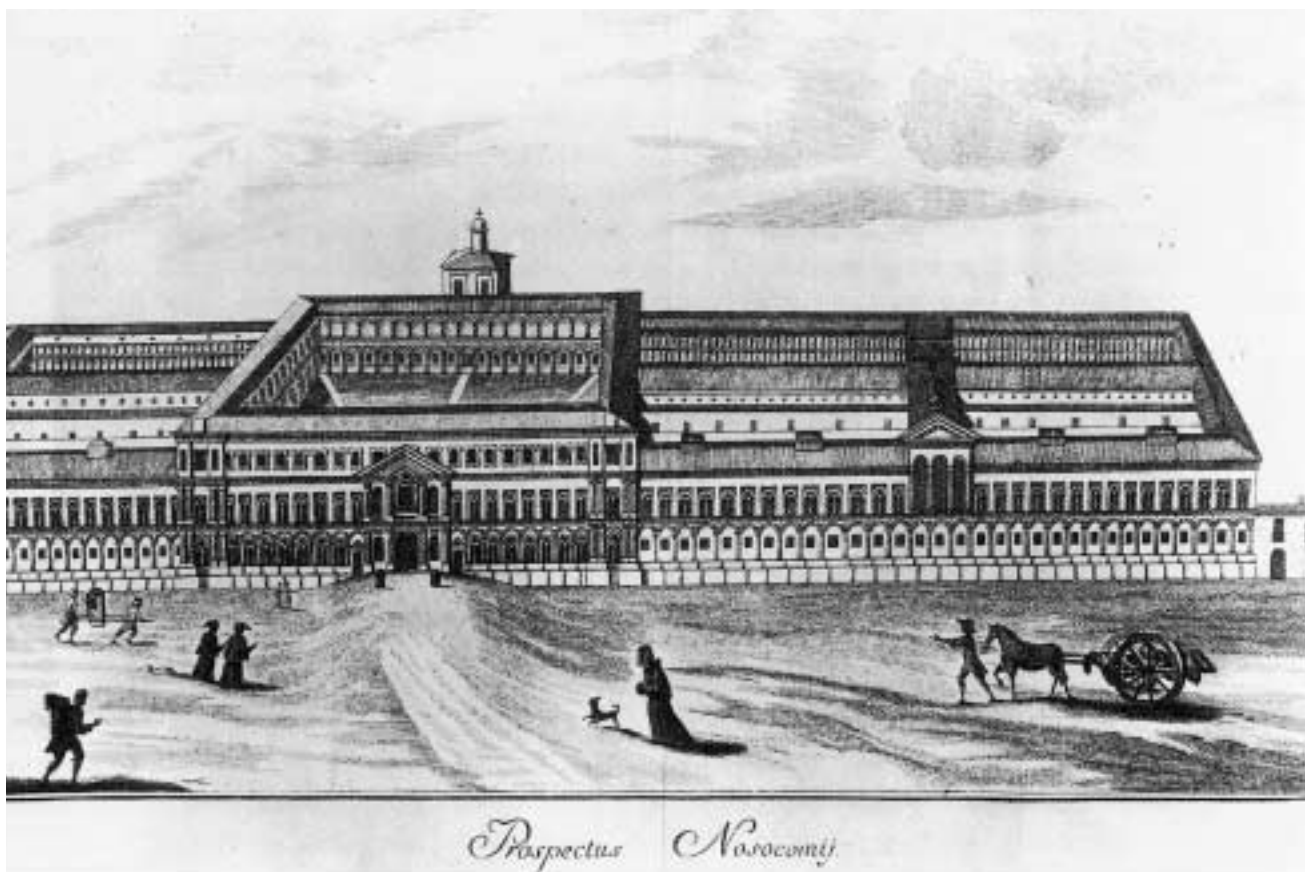
Sul concetto di cure primarie hanno riflettuto seriamente anche gli americani quasi a distoglierci da quella visione ipertecnologica e forse anche un po' monolitica e convenzionale che abbiamo del loro

sistema sanitario. In un'altra rivista prestigiosa e attenta anche agli aspetti organizzativi della sanità si legge questa definizione di cure primarie come "Cure che assicurano assistenza sanitaria integrata, accessibile, fornita da professionisti responsabili di prendersi carico della maggiore quota di bisogni sanitari. Questi sviluppano un rapporto di *partnership* con il paziente e operano nel contesto della famiglia e della comunità" dove *partnership* dovrebbe indicare l'alleanza del medico e, più in generale, di chi agisce nel corso del processo assistenziale in quello specifico momento con chi gli si affida contro la malattia e la disabilità.

Anche alla luce di questa definizione si può vedere come il modello prevalente assunto dalle cure primarie sia quello della medicina generale. Infatti, malgrado le differenze di pianificazione, gestione, organizzazione della medicina generale nei diversi paesi è possibile individuare linee distintive, coerenti con il modello delle cure primarie sopra

richiamato, che sussistono in ogni contesto e ne rappresentano i caratteri qualificanti.

Se pensiamo, infatti, a quali sono gli elementi che meglio caratterizzano la medicina generale è indubbio che essa deve affrontare i problemi non selezionati dell'intera popolazione senza esclusione, deve essere facilmente accessibile con minima differibilità e senza barriere né economiche, né culturali, né fisiche. Inoltre essa deve essere prima di tutto centrata sulla persona piuttosto che sulla malattia, riguardare il paziente per tutto il decorso della sua vita non essendo l'ambito di intervento limitato ad uno specifico episodio di malattia. Deve assicurare promozione, prevenzione, cura, riabilitazione, supporto sul piano psicologico e sociale. Si colloca nell'interfaccia tra malattia e infermità ed integra gli aspetti etici e umanistici del rapporto medico-paziente con la capacità di prendere decisioni e gestire il problema clinico. Quando parliamo di cure primarie però parliamo anche di tipologie di



... "Fra i temi di ricorrente dibattito oggi nell'assistenza sanitaria il ruolo dell'ospedale, vissuto come luogo privilegiato di diagnosi e cura". Quale migliore richiamo, almeno visivo, all'OSPEDALE, se non la fronte bellissima del "nostro" Filarete? (dal *De Febri nosocomica* di Sebastiano Cera, Milano, 1769).

problemi per le quali il medico di medicina generale deve prevedere la possibilità di rinviare il paziente allo specialista o a un altro professionista. In tali occasioni dovrebbe agire in rapporto con altri professionisti sanitari e sociali. Infine non bisogna dimenticare il ruolo che assumono il contesto familiare e la realtà locale anche come supporto al percorso di cura.

Se dobbiamo riassumere con pochi tratti cosa caratterizza le cure primarie possiamo, sulla scia dell'Institute of Medicine americano, identificarli proprio nella accessibilità, completezza, coordinamento, continuità.

Se tale modello deve essere ulteriormente e adeguatamente sviluppato per fornire una risposta più appropriata ai bisogni della popolazione, sarà necessario investire risorse e, in qualche misura, riorientare il sistema sanitario per dare più forza alle cure extra ospedaliere; ciò porterà inevitabilmente anche a ripensare il ruolo dell'ospedale all'interno di un "sistema" di cui anch'esso sia parte e con il quale possa intessere una rete di relazioni. I due requisiti principali sui quali può reggersi tale impulso sono quelli della efficacia e della sostenibilità delle cure primarie nei confronti degli altri livelli di cura. Nella letteratura scientifica si trovano esempi di ricercatori che hanno posto in relazione la disponibilità di cure primarie e secondarie con indicatori di sopravvivenza, quali tassi di mortalità e speranza di vita, mostrando come la disponibilità delle cure primarie sia di gran lunga la variabile più significativamente correlata al migliore stato di salute (bassa mortalità generale, bassa mortalità dovuta a tumori e malattie cardiovascolari, più lunga attesa di vita, più bassa mortalità infantile e basso peso alla nascita).

In una prospettiva di politica sanitaria una implicazione possibile di analisi come questa è quella di indurre un ripensamento nel decisore che lo convince a riconsiderare valori, scelte, priorità. Il risultato auspicato dovrebbe consistere proprio in un riorientamento del modello assistenziale dalla situazione corrente ad elevato utilizzo di risorse, basato sulla clinica e focalizzato sulla cura verso un sistema di cure primarie di maggiore costo-efficacia e più orientato alla prevenzione.

Tale riflessione appare, d'altro canto, coerente con

gli scenari che si aprono in questa fase storica connotata da una forte evoluzione del modello delle cure specialistiche che sembra proprio riflettersi specularmente sul ruolo e sul posizionamento delle cure primarie in un nuovo schema "a rete" dei servizi sanitari.

Ancora una volta appare inevitabile menzionare una serie di contributi apparsi nel corso del 1999 sul British Medical Journal finalizzati a definire uno scenario per l'ospedale del futuro, tema oggetto di analisi e attenzione anche nel contesto italiano in considerazione delle comuni linee di tendenza e delle similitudini che, tradizionalmente, caratterizzano i due sistemi. Il primo elemento caratterizzante anche la realtà di quel servizio sanitario, analogamente a quanto osservato nei Paesi sviluppati nel corso degli anni '80, è la progressiva e drammatica riduzione della disponibilità di posti letto per acuti. Parallelamente, in tutti i Paesi si è osservata una riduzione della durata della degenza cui ha corrisposto un incremento di impieghi alternativi dell'ospedale per le attività di tipo diurno sia per la diagnosi e la terapia medica (day hospital) sia, più recentemente, anche per la terapia chirurgica (day surgery). Questo passaggio porta inevitabilmente a riconfigurare il ruolo dell'ospedale per acuti che ricovera un maggior numero di pazienti, per un tempo più breve, per patologie più gravi e/o a livelli di complessità maggiore. In tutti i sistemi si è posta la problematica relativa alla appropriatezza dell'utilizzo dell'ospedale, sia per quanto riguarda l'ammissione, sia per ciò che concerne la gestione delle giornate di degenza, anche in funzione di una più adeguata allocazione di risorse limitate. Applicando metodi scientificamente validi di verifica di tale parametro si è visto che tuttora sussistono aree di non appropriatezza, in particolare per alcune tipologie di ricovero ordinario che possono essere sostituite sia dal ricovero giornaliero, sia addirittura, da una presa in carico ad un livello assistenziale diverso e complementare mediante interventi di tipo ambulatoriale o riconducibili alle cure primarie.

Dunque anche l'ospedale per funzionare al meglio delle sue potenzialità, per svolgere la funzione alla quale è chiamato ha bisogno che a monte e a valle del suo intervento esistano altri livelli che gli consentano di prendersi cura del paziente solo quando

ciò è appropriato (ciò vale sia per l'attività programmata che per l'urgenza) ma anche di non trattenerlo oltre quando è cessato il proprio ambito di intervento, senza abbandonarlo a se stesso o lasciarlo in carico alla sola famiglia quando questa esiste e può intervenire. In sostanza l'ospedale ha bisogno più che mai di pensarsi collocato in una rete di servizi a disposizione del cittadino con la quale ha continui rapporti e non più come la cittadella isolata da un contesto.

È evidente che un analogo ragionamento deve essere sviluppato al di fuori della porta dell'ospedale. Proprio da questo mutato scenario nasce, infatti, quella esigenza sentita e richiamata in apertura, anche per il modello delle cure primarie, di avviare una seria riflessione sui propri criteri e valori guida che porta a riappropriarsi di una funzione di gestione del processo clinico da parte del medico di medicina generale, e ad ampliare la propria area di intervento.

I passaggi più critici sui quali si è avviata la riflessione riguardano proprio i valori fondanti e, in primo luogo, il significato della continuità assistenziale per i riflessi che ha su accessibilità, competenza nell'approccio con il paziente, qualità nella comunicazione, capacità di gestire il passaggio tra i diversi livelli di cura. Ma le riflessioni sono anche altre e riguardano, ad esempio e solo per rimanere entro gli ambiti più critici, la necessità di condividere l'intervento con altre figure professionali, di gestire i rapporti con il paziente e le sue attese.

Le domande chiave per l'organizzazione delle cure e, in particolare, per questo livello di cure toccano profondamente il problema del rapporto fiduciario tra medico e paziente, del quando, dove, come farsi carico dei problemi di salute da parte dei servizi sanitari, di chi deve tenere le fila e gestire il percorso del paziente all'interno di ciò che abbiamo definito "rete" perché non diventi un labirinto. Uno dei punti cruciali è quello relativo al quando e per chi l'assistenza di tipo generalista risulta maggiormente appropriata e, di conseguenza, quali servizi e funzioni attualmente forniti dal livello specialistico e, in particolare, da quello ospedaliero possono essere trasferiti ad altri livelli in una logica di sicurezza e di pari efficacia a costi inferiori portando anche a una riduzione della richiesta di cure secondarie.

E ancora è possibile chiedersi non solo se per i medici di medicina generale sarà possibile superare i tradizionali modelli organizzativi e la concezione attuale della pratica cioè il modo con cui si vedono, la percezione che hanno del proprio ruolo, ma anche in che modo è possibile meglio supportarli e favorire questo passaggio. Insomma spostandoci in un'ottica di ciò che è bene per la collettività, la domanda fondamentale è se i medici di medicina generale e i servizi territoriali sono in grado di rispondere a bisogni più complessi in modo più esteso con quali costi, rischi e benefici e con quale prevedibile reazione dei pazienti, dei loro familiari, della opinione pubblica al cambiamento.

Provare a dare risposta a queste domande significa addentrarsi in un'analisi specialistica di come le cure primarie vengono garantite nel nostro e in altri Paesi, attraverso quali modelli organizzativi, con quali incentivi e, soprattutto con quali risultati. Si entra in un campo che forse esula da questa analisi, ma è cruciale perché proprio dalla verifica e discussione delle esperienze maturate in altri contesti nascono ipotesi di lavoro e strumenti utili anche per progettare il nostro futuro.

Tutto ruota attorno al medico di medicina generale, al suo ruolo, alle sue responsabilità anche economiche, a quali supporti occorre fornirgli in termini di professionalità e di risorse. Se debba essere il "guardiano del cancello" colui cioè che regola l'accesso ai livelli superiori di cura e se questa funzione debba essere incentivata con il rischio reale o presunto di un non invio allo specialista quando necessario o, viceversa, non incentivata con il rischio di un eccessivo ricorso.

E, infine, se non occorra favorire l'associazione dei medici di medicina generale costruendo su questa professionalità proprio i centri di cure primarie ai quali faceva riferimento Dawson.

È quest'ultimo l'assetto per le cure primarie in cui il nuovo servizio sanitario inglese e il sistema americano evidenziano le maggiori similitudini, compresa la spinta a favorire l'associazionismo medico al fine anche di condividere il rischio finanziario.

Infatti, nel 1999 si costituirono nel servizio sanitario inglese, come fulcro della riforma laburista, 481 Gruppi di cure primarie che stanno progredendo verso la condizione di strutture che offrono servizi



(trust), anticipando ciò che avverrà entro il 2004. Per la prima volta dal 1948, anno di nascita di quel sistema sanitario, i servizi di cure primarie e di comunità entrano a far parte della stessa organizzazione che controlla un finanziamento unico mirato a questo livello di assistenza per un contesto di 100.000 persone. Questo comporta l'impegno e la responsabilità di garantire servizi territoriali e la gestione della richiesta di servizi agli ospedali per i loro pazienti.

I trust sviluppano interventi di cura, riabilitazione e promozione. Uno studio pubblicato nel 2001 per monitorare lo stato di avanzamento del processo evidenziava impegni nel campo degli interventi di promozione della salute individuale, ma anche di definizione e monitoraggio di percorsi strutturati al fine di migliorare il livello di continuità assistenziale e di accessibilità dei servizi.

Uno dei punti di forza della riforma è rappresentato dalla necessità di sviluppare forme di *partnership* con i servizi e, in special modo, con quelli sociali per dare risposte efficaci in particolare ai problemi delle fasce più deboli della popolazione, dagli anziani, ai soggetti portatori di handicap. L'area di intervento si allarga ai temi della salute mentale al fine di tutelare i pazienti e i loro familiari e per attivare risorse presenti nella comunità.

Il ridisegno non rappresenta tanto lo sviluppo coerente di un piano ben orchestrato, quanto l'effetto di cambiamenti che si sono verificati in maniera incrementale in risposta a sempre più ampie sollecitazioni, in particolare quelle orientate ad abbassare i costi ed elevare la qualità delle cure.

L'impostazione, a livello delle cure primarie, sembra essere quella di imparare a gestire i percorsi del paziente al fine di non essere a propria volta gestiti, ma anche di definire sistemi di incentivi e di regole per incoraggiare comportamenti virtuosi, ridurre terapie inappropriate e/o inefficaci e promuovere assistenza di buona qualità.

Lo scenario di cambiamento deve tenere conto delle attese, crescenti; la letteratura sembra indicare l'esigenza, soprattutto manifestata dai gruppi di popolazione maggiormente vulnerabili, di disporre di una gamma più ampia di servizi che offrano cure sanitarie e sociali più facilmente accessibili. Se l'ambito di intervento delle cure primarie espande il suo arco di

interessi e capacità di offerta, diventa indispensabile accettare la logica di uno sportello unificato per l'assistenza sanitaria e sociale. È innegabile che tale cambiamento comporti la necessità di considerare l'insieme dei servizi forniti e dell'offerta di prestazioni secondo un modello a rete che garantisca un più accelerato e, possibilmente, più frequente passaggio nei diversi punti in funzione del modificarsi del bisogno; il tema che ne deriva è connesso ai livelli di governo della rete stessa. Se non si vuole che la domanda di prestazioni ospedaliere cresca, malgrado la riduzione del numero dei posti letto, la domanda di cure secondarie deve essere gestita attraverso la messa in atto di politiche di intervento a monte e a valle del ricovero. La valutazione multidimensionale fatta da più specialisti di alcuni tipi di bisogno con la partecipazione anche del medico di medicina generale, l'uso di protocolli, la definizione di uno sportello unico di accesso rispetto alle alternative al ricovero sono solo alcune possibilità, così come appare cruciale definire modalità di intervento al momento della dimissione.

Queste sembrano essere le inevitabili premesse organizzative per dare attuazione a quanto previsto da più recenti documenti di programmazione sanitaria anche nel nostro Paese, in primo luogo una revisione organizzativa coerente con la definizione dei Livelli essenziali di assistenza, (LEA).

Nel definire i LEA i temi della appropriatezza dei livelli di cura, del coerente collegamento in rete tra presidi ospedalieri e tra questi e le strutture territoriali nonché della integrazione dell'intervento sanitario con quello sociale e viceversa, sembrano incanalare le scelte operate a livello politico in un alveo coerente con quanto discusso nel contesto internazionale sin qui considerato. Anche sul fronte della allocazione delle risorse, l'indicazione di un maggiore impegno finanziario sul versante della prevenzione e dell'assistenza prestata a livello dei distretti, se perseguita, rappresenta un primo segnale di forte ripensamento sul modello organizzativo, rinforzato da quanto indicato nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Proprio in questo testo si individua l'obiettivo di promuovere il territorio quale "primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari". Si ritiene non più sostenibile il perseguimento di una logica definita "ospedalocentrica" perché mette al

centro l'ospedale, mentre – si sostiene – occorre spostare l'attenzione a quelle figure quali il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta ai quali “si deve chiedere di giocare un ruolo maggiore che in passato”. L'impegno in tale direzione viene ulteriormente ribadito quando, dopo avere richiamato gli obiettivi della continuità assistenziale, della integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, si sostiene che si intende “invertire il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale che attende i cittadini ai servizi, a favore di una linea che identifica il territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini”.

“Senza il supporto esterno alla professione, può essere veramente molto difficile sviluppare la medicina generale” e ancora “la implementazione della medicina generale richiede una normativa e delle regole di funzionamento a supporto così come un appropriato sistema di pagamento” sostiene un documento della Organizzazione Mondiale della Sanità sullo sviluppo della medicina di famiglia in Europa. Pertanto l'approccio della normativa anche nel nostro Paese ha sicuramente una funzione di rilievo nel sostenere lo sviluppo di questo settore dell'assistenza sanitaria. D'altro canto due ulteriori considerazioni sembrano meritevoli di una citazione conclusiva. La prima è che l'idea diffusa nella popolazione in diversi contesti che la qualità dell'assistenza è garantita da servizi a forte specializzazione, potrà cambiare solo se potrà essere dimostrata la qualità delle cure primarie. La seconda è che è più fattibile un approccio per progetti pilota prima di prevedere una piena implementazione dei modelli, al fine di poterne correggere gli errori ed evitare conseguenze negative sul lungo periodo. Molti progetti sperimentali sono in corso nel nostro Paese e anche nella nostra Regione; probabilmente altri si attiveranno utilizzando i fondi stanziati per la ricerca su aspetti organizzativi nel corso di questo anno. Questo tipo di ricerca non meno di quella che viene sviluppata per mettere a punto terapie innovative e sempre più efficaci, è necessaria per far sì che tutti coloro che ne hanno bisogno possano usufruire di servizi sanitari efficaci senza spreco di risorse. Quanto maggiore sarà infatti il grado di appropriatezza delle cure tanto maggiore la possibi-

lità di garantirne l'accesso a quanti ne hanno diritto senza vincoli economici e sociali, in pratica di garantire il diritto alla tutela della salute sancito nella nostra carta costituzionale.

#### **Bibliografia**

- 1 - Mc Whinney IR: *Primary care: core values in a changing world*. BMJ 1998;316:1807-1809.
- 3 - World Health Organization Alma Ata 1978: *Primary health care*. Geneva: WHO, 1978.
- 7 - IOM Committee on the future of primary care, *A new definition of primary care*. JAMA 1995, 273(3): 192.
- 8 - Shi L: *Primary care, specialty care, and life chances*. Int. J. Health Serv. 1994;24(3):431-458.
- 9 - Hensher M, Edwards N Stokes R: *International trends in the provision and utilisation of hospital care*. BMJ1999; 319: 845-848.
- 10 - Coulter A: *Shifting the balance between secondary and primary care*. In White KL: *Health Service Research: an anthology*. PAHO. Washington, DC 1992. pag. 115-123.
- 11 - Roberts J.: *Primary care in an imperfect market*. BMJ 1998; 317:186-189.
- 12 - Campbell S, Roland M, Wilkin D: *Improving the quality of care through clinical governance*. BMJ 2001; 322: 1580-1582.
- 13 - Dixon J, Holland P, Mays N: *Developing primary care: gatekeeping, commissioning and managed care*. BMJ 1998; 317:125-128.
- 14 - Grumbach K, Selby JV, Damberg C et al.: *Resolving the gatekeeper conundrum*. JAMA1999; 282:261-266.
- 15 - Edwards N., Hensher M.: *Managing demand for secondary care services: the changing context*. BMJ 1998 317:135-138.
- 16 - Repubblica Italiana Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001. *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*.
- 17 - ASSR *I costi dei Lea*. Monitor, 2002; 1: 61-68
- 18 - Repubblica Italiana. Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003. *Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005*.

# *Il diritto alla tutela della salute tra prestazioni e risorse*

GIANCARLO DAL SASSO

## **Premessa**

Abbiamo letto con attenzione il magistrale intervento del card. Dionigi Tettamanzi, Arcivescovo di Milano, alla Festa del Perdono 2003 sulle “istanze etiche” e l’illuminante articolo del prof. Marco Vitale su “Sanità ed economia”, pubblicati nel numero 1-2003 de la Ca’ Granda, contributi che per la loro autorevolezza ed attualità andrebbero raccolti in un apposito libretto da offrire in omaggio a tutti i dipendenti del Policlinico.

Detti interventi ci hanno indotto a riprendere alcuni suggerimenti, applicandoli alla sanità italiana. Accogliendo l’amara constatazione del prof. Vitale “... la sanità nell’interesse del cittadino... mai veramente all’ordine del giorno”, metteremo al centro di questa disamina proprio l’istanza etico-giuridica di una *sanità nell’interesse del cittadino*.

In questa prospettiva, il diritto alla tutela della salute del cittadino e le conseguenti prestazioni sanitarie, pur vagliati dall’etica e dalla deontologia professionale, devono prevalere sulla distribuzione delle risorse economico-finanziarie.

Infatti, tali risorse, pur limitate, sono finalizzate alla soddisfazione dei generali ed essenziali bisogni sanitari dell’utenza, mediante le prestazioni sanitarie erogate sul territorio e negli ospedali.

Il filo rosso di queste riflessioni si snoda, dunque, in *tre passaggi consequenziali*:

1) il diritto alla tutela della salute dell’utente; 2) le prestazioni sanitarie; 3) la distribuzione o allocazione delle risorse economico-finanziarie.

L’ottica, rigorosa ma non specialistica, in base alla quale valuteremo le problematiche sul tappeto, sarà quella *legislativo-costituzionale*, rappresentata dalla norma contenuta nell’art. 32 della Costituzione italiana - inserito nei “rapporti etico-sociali”-, che dispone: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e fondamentale interesse della collettività”.

Prima di entrare nel merito dell’esposizione, vale la pena di precisare che le fonti alle quali ampiamente attingeremo sono costituite da due significativi pareri del Comitato nazionale per la bioetica, l’uno su “Etica, sistema sanitario e risorse” del 13 luglio 1998 e l’altro su “Orientamenti bioetici per l’equità nella salute” del 25 maggio 2001, oltre ad un doveroso riferimento al Codice italiano di deontologia medica del 3 ottobre 1998, che è già stato presentato e commentato da questa rivista in un precedente articolo (cfr. la Ca’Granda n. 4-2000), di cui nel 2003 ricorreva il centenario, tenuto conto che la prima versione risale al 1903, a cura dell’Ordine dei Medici di Sassari.

A scopo definitorio, premettiamo che per “*etica*” (ethicos=proprio della morale) intendiamo la dottrina “in base alla quale la ragione ricerca il bene morale” (S. Spinsanti); per “*deontologia*”, o scienza dei doveri, intendiamo l’insieme degli obblighi (etico-giuridici) che vengono imposti ai professionisti nell’esercizio della loro professione, contenuti in un codice deontologico (Spinsanti); per “*equità*” intendiamo la possibilità per ciascuno di raggiungere il miglior livello possibile di salute e come accesso alle cure e come qualità delle stesse (G. Berlinguer, parere su “Orientamenti bioetici per l’equità nella salute”, presentazione, pag. 4).

## ***I. Diritto alla tutela della salute***

Sotto il profilo etico la salute “è un valore finale” (M. Scheler), mentre sotto quello sociologico la salute “è uno stato di completo benessere fisico, psichico, emozionale e sociale, e non consiste soltanto in un’assenza di malattia o d’infermità”. In pratica, è il possesso del miglior stato di salute che ognuno può ottenere e ciò costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, quali che siano la sua razza, la sua religione, le sue opi-

nioni politiche, la sua condizione economica o sociale (dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità) (O.M.S. 22.7.1946).

Sotto il profilo giuridico-costituzionale, il diritto alla tutela della salute, previsto dall'art.32 della Costituzione, è un fondamentale diritto di libertà dell'individuo, che implica, immediatamente, un fondamentale, legittimo interesse della collettività. Lo si può, quindi, definire come "un diritto di quarta generazione", cioè un diritto universale che si coniuga con gli obblighi da parte dello Stato sia di riconoscimento dell'individuo sia di solidarietà sociale (art. 2 della Costituzione) (G. Incorvati).

In un precedente articolo (intitolato "I diritti umani dell'utente nel servizio sanitario", in la Ca'Granda, n.1-2-2001. pp. 44-54) abbiamo illustrato i diritti dell'utente nei confronti del Servizio sanitario pubblico, nazionale e regionale, rilevando che tutti i cittadini, residenti in Italia, gli stranieri residenti in Italia e gli apolidi (gli individui privi di cittadinanza) sono portatori dei seguenti *diritti umani sanitari*:

- 1 - diritto alla tutela della salute e di essere curato;
- 2 - diritto anche di non essere curato;
- 3 - diritto alla scelta del medico di fiducia e del luogo di ricovero;
- 4 - diritto di accesso alle strutture convenzionate;
- 5 - diritto all'informazione;
- 6 - diritto alla qualità dei servizi e delle prestazioni.

Tali diritti si possono pure definire "*bisogni sanitari*", che, pur riconosciuti e tutelati, si evolvono secondo le trasformazioni culturali e sociali della società. Esistono anche nella società italiana delle fasi storiche in cui "evoluzione sociale, domanda sociale e soddisfacimento dei bisogni non sono tra loro omogenei" (L. Barberio Corsetti).

Volendo delinearne, storicamente, in cicli decennali i bisogni sociali in generale e quelli sanitari in particolare, osserviamo che negli anni '60 c'erano bisogni "semplici"; negli anni '70 c'era la ricerca di "beni personalizzati"; negli anni '80 la ricerca della "qualità"; negli anni '90, con il raggiungimento di un benessere diffuso, si può parlare di una società "dei diritti di cittadinanza", ove "la solidarietà appare la nuova frontiera per la tutela piena ed il riconoscimento dei diritti" (C. Collicelli).

Ci sembra, opportuno, sottolineare che "i diritti di cittadinanza" costituiscono "l'intero sistema dei diritti dell'individuo in quanto persona umana, inserita in concrete e vitali formazioni sociali"(Donati).

La tutela della salute si pone, allora, come diritto fondamentale del cittadino alla solidarietà, ma anche come interesse fondamentale della società che attorno alla solidarietà si costruisce e vive, intendendo la solidarietà come un dovere inderogabile.

"Il dovere inderogabile di solidarietà politica, economica e sociale", sancito dall'art. 2 della Costituzione, diventa dovere sia del singolo cittadino che della collettività, con l'ovvia conseguenza che la cura della salute e la prevenzione delle malattie sono un preciso dovere sociale dello Stato .

Va osservato, inoltre, che cura della salute e prevenzione delle malattie, pur essendo un dovere sociale, sono nel contempo un vero 'investimento sociale', inteso nel senso economico proprio della parola 'investimento', vale a dire "la destinazione di risorse alla produzione di altre risorse"(L. Barberio Corsetti).

Sul punto risorse economico-finanziarie ed investimenti in sanità, riprendiamo qualche puntualizzazione del prof. Vitale, espressa, con la consueta lucidità, nell'articolo sopra citato: "È solo attraverso il concetto della sanità come investimento che potremo liberarci da quello che il grande economista Federico Caffè chiamava 'terrorismo contabile': la sanità è un investimento ad altissimo rendimento, come tutto ciò che migliora sostanzialmente *la qualità* della vita. Ma, anche come attività produttiva in senso stretto, è un investimento ad alto rendimento. Le città che contano su grandi ospedali qualificati, su grandi laboratori di ricerca, su quella fusione tra assistenza, ricerca, formazione, che è l'essenza della grande sanità, le città che hanno riconosciuto nella sanità uno dei grandi fattori produttivi, trovano, in tutto ciò, formidabili fattori di sviluppo e occupazione qualificata".

Se la salute "è una condizione necessaria per l'uguaglianza di opportunità" (T.J.Bole), cioè per consentire a tutti i cittadini pari condizioni di par-

tenza, in nessun caso la salute può essere “trattata come una merce”(P. Vineis), cioè un bene, da affidare acriticamente al libero mercato, perché verrebbe con ciò compromessa l’uguaglianza sociale dei cittadini di fronte alla tutela del diritto alla salute. Infatti, l’uguaglianza sociale in sanità rende effettivo “il primo requisito dei sistemi sociali, rappresentato dalla giustizia” (J. Rawls), con la conseguenza che l’equità sostanziale è anche il fondamento di ogni servizio sanitario.

## **II. Prestazioni sanitarie e aziendalizzazione sanitario - ospedaliera**

In tutti i paesi occidentali, compreso il nostro, si stanno verificando importanti mutamenti nei sistemi sanitari. Da una parte, si è diffusa la convinzione che la salute includa oltre all’assenza di malattia, anche un completo benessere psico-fisico e sociale. Dall’altra, lo sviluppo della tecnologia ha messo a disposizione del medico e del paziente straordinari strumenti diagnostici e terapeutici, ma ha anche portato a una “frammentazione” nell’esercizio di quella che era ed è l’“arte medica”.

Si è, nel contempo, sviluppata negli utenti “la consapevolezza dei propri diritti e della propria autonomia decisionale, anche in aree in cui fino a pochi anni fa dominava il ‘paternalismo medico’” (P. Vincis).

Nella discussione sui servizi sanitari entrano in gioco due sistemi etici di riferimento: quello classico medico-deontologico (basato sul diritto individuale alla salute), per il quale esistono imprescindibili obblighi morali verso la singola persona, che non possono essere violati in considerazione di aspetti di opportunità o economici; quello utilitaristico (basato sulla massimizzazione dei benefici collettivi), il quale, in qualche modo, ammette che il fine sociale (ad esempio, i limiti delle risorse, i costi eccessivi di una terapia) possa giustificare una deroga al principio del diritto individuale alla cura (P. Vineis).

Onde evitare pericolose dicotomie tra etica e utilità, tra salute, considerata come bene individuale, e salute, vista come un bene collettivo, tra economia sanitaria e deontologia professionale, ci sembra necessario evidenziare che ogni riforma politico-economica del servizio sanitario e la cultura di ogni operatore sanitario debbano essere ispirate

da *sei principi fondamentali*, tra loro collegati:

- 1 - eticità: la salute è un valore e un bene che non ha prezzo, anche se la sanità ha un costo (L. Barberio Corsetti);
- 2 - efficienza: rapporto tra gli effetti reali di una prestazione e i suoi costi di produzione, ovvero la capacità di ottenere gli esiti voluti con un risparmio di risorse ;
- 3 - efficacia: capacità di un sistema o di un metodo di produrre effettivamente i risultati desiderati, ovvero il rapporto tra risultati ottenuti e risultati attesi;
- 4 - adeguatezza: rapporto tra servizi sanitari disponibili ed esigenze della popolazione;
- 5 - qualità tecnico-scientifica: livello di applicazione delle conoscenze e delle tecnologie più avanzate comunemente disponibili;
- 6 - equità: esaltare le opportunità di scelta del cittadino sia del medico di famiglia (di base) come medico di fiducia, sia nella utilizzazione delle strutture sanitarie, pubbliche o private accreditate (A. Bompiani).

Detti principi ispiratori devono essere accompagnati da altrettante *indicazioni metodologiche*:

- 1 - esplicitazione dei modelli etici di riferimento, con la doverosa rivalutazione dell’autonomia decisionale del medico, competente e responsabile, nonché della sua libertà di scelta;
- 2 - semplificazione e razionalizzazione delle prestazioni sanitarie attraverso lo sviluppo di linee-guida, che non sono protocolli rigidi e prescrittivi, ma costituiscono un supporto per le decisioni del medico (P. Vineis);
- 3 - l’avvio di attività di osservazione epidemiologica (attraverso le agenzie regionali per la valutazione dei servizi), miranti alla sorveglianza dell’adozione delle linee-guida e del loro impatto sul servizio sanitario;
- 4 - definizione di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, con la sottolineatura di quattro *modalità di qualità*: a) diritto all’informazione; b) prevenzione; c) personalizzazione/umanizzazione; d) prestazioni alberghiere;
- 5 - soddisfazione dell’utente-cliente, con attenzione alla qualità dei rapporti tra operatore sanitario e utente-cliente, alla qualità dell’organizzazione;

6 - contenimento della spesa attraverso una drastica diminuzione degli sprechi; un aumento dell'efficienza gestionale e della vigilanza esercitata dalla Regione sulla "competizione amministrata" tra aziende (ospedaliere e sanitarie), pubbliche o private accreditate, e sul "mercato controllato" delle prestazioni sanitarie erogate.

Da una "mappa degli sprechi" nei settori più rilevanti della sanità, sono emersi diffusi iperconsumi e duplicazioni: 1) medicina di base: mancato controllo sulle prescrizioni e sulle esenzioni; 2) farmaceutica: iperprescrizioni; 3) specialistica: consumi impropri; 4) diagnostica: iperprescrizioni di analisi ed esami (C. Collicelli).

Per completare il discorso sulle problematiche delle prestazioni sanitarie, riteniamo opportuno riprendere in questo contesto la questione dell'"aziendalizzazione" della sanità e degli ospedali, sulla quale anche recentemente si sono levate autorevoli voci critiche, in base alla considerazione che "l'ospedale è un ospedale, non è un'azienda perché il suo obiettivo primario non è economico ma sanitario" (M. Vitale).

In garbato dissenso con tale giudizio, esprimiamo la convinzione che "l'aziendalizzazione" sanitario-ospedaliera non sia un mito da inseguire, né una qualificazione, inapplicabile alle strutture sanitarie pubbliche, ma una definizione giuridico-economica, che, se bene intesa e correttamente applicata, non danneggia, ma favorisce il buon funzionamento degli ospedali e delle altre aziende sanitarie.

Come è noto, il codice civile all'art. 2555 dà la "nozione" di azienda, definendola come "il complesso dei beni organizzati dall'imprenditore per l'esercizio dell'impresa", intesa quest'ultima "come un'attività economica organizzata, al fine della produzione o dello scambio di beni o di servizi" (art. 2082 c.c.).

Da tale impostazione si evidenzia che l'essenza dell'aziendalizzazione è rappresentata dall'*organizzazione* di beni, per produrre altri beni o servizi. Tale aspetto qualificante caratterizza sia l'imprenditore, che interviene nel mercato sanitario per realizzare un profitto (azienda sanitaria privata), sia l'ente che opera nel mercato con un servizio pubblico per tutelare la salute (azienda sanitaria pubblica).

In tal senso, ben si comprende che la normativa in materia di razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale ex Legge 30.11.1998, n.419, abbia disposto che "in funzione dei loro fini istituzionali le unità sanitarie locali e gli ospedali si costituiscono in *aziende* con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; le *aziende* informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie"(art. 3).

Il richiamo ai fini istituzionali delle strutture sanitarie e degli ospedali qualifica gli stessi come aziende pubbliche e nel contempo stabilisce che tali aziende "attraverso risorse pubbliche garantiscano livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale e dai Piani sanitari regionali, nel rispetto dei principi della dignità e della libertà della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità delle risorse" (art. 2).

Chiediamo su questo punto con un *promemoria*, dettato dall'eticista W. Frankena ("Etica", Comunità, 2000), in cui si privilegia il principio etico della "beneficenza" e che si potrebbe porre come *insegna sulla vetrina* delle prestazioni sanitarie:

1 - non fare danno;

2 - prevenire il danno;

3 - rimuovere il danno;

4 - far del bene.

### **III. Distribuzione delle risorse economico-finanziarie**

È stato rilevato che "il crescente aumento dei costi sanitari è conseguente all'aumento dei bisogni di salute" (S. Leone), e che, quindi, la scarsità delle risorse condiziona la dinamica dei costi sanitari.

I processi di riorganizzazione del settore sanitario nel senso della regionalizzazione e dell'aziendalizzazione, la scarsità delle risorse, la necessità di razionalizzare la spesa sanitaria rendono necessaria un'analisi obiettiva dei criteri, con i quali vengono stanziati le risorse in sanità, affinché la tute-



la della salute del cittadino risponda al criterio fondamentale dell'equità.

Detti criteri politico-sociali devono però essere guidati da alcuni principi *etico-giuridici*, che vanno sempre tenuti presenti per evitare il rischio che “a livello allocativo delle risorse, inaccettabili derive economicistiche compromettano l'alleanza terapeutica medico- paziente” (C. Collicelli).

Tali *principi etico-giuridici* sono:

- 1 - costituzionalità: la tutela della salute è un diritto fondamentale dell'individuo e un interesse fondamentale della collettività (art. 32 Costituzione);
- 2 - socialità: la salute è un bene comune che in quanto tale diventa anche bene economico, con l'obbligo sociale di garantire tutti i mezzi per accedere alle cure necessarie;
- 3 - solidarietà : che promuove iniziative di volontariato, individuali e di gruppi, che favoriscono l'attuazione del principio di uguaglianza;
- 4 - sussidiarietà: che impone all'intervento pubblico di intervenire là dove maggiore è la necessità, coordinando le attività dei singoli e di gruppi senza sostituirli;
- 5 - responsabilità: che deve educare i cittadini a pretendere solo prestazioni giustificate e ragionevoli in rapporto alle concrete risorse economiche disponibili.

Dare concreta attuazione ai principi citati vuol dire che nella valutazione dell'utilità dei servizi bisogna privilegiare i bisogni individuali delle persone che ad essi si rivolgono; per l'accesso ai servizi deve prevalere il criterio della proporzionalità diagnostico-terapeutica delle prestazioni sanitarie; per il ricovero in ospedale deve valere il criterio medico, con la conseguente responsabilità di applicarlo correttamente (C. Collicelli).

Si condivide la considerazione che “quando si tratta di economia sanitaria la non neutralità dell'etica - e della giustizia - sembra indiscutibile” (C. Collicelli).

Nel contempo, non va dimenticato l'insegnamento della Corte costituzionale, secondo il quale lo Stato legittimamente condiziona il diritto alla tutela della salute al limite del tetto di spesa.

Infatti, il dato economico da cui occorre partire è che in tutte le società, compresa quella italiana,

“le risorse complessive non sono mai sufficienti a coprire l'intera area dei bisogni sociali e sanitari. In altri termini, il problema della distribuzione delle risorse è, sempre e dovunque, un problema di sacrificio di certe esigenze a favore di altre”.

La spesa sanitaria nazionale in Italia sta progressivamente aumentando come emerge da questi dati, riguardanti gli esercizi finanziari 2000-2004:

- 2000 64.040,655 milioni di euro (124.000 miliardi di lire);
- 2001 71.476,085 milioni di euro (138.397 miliardi di lire);
- 2002 75.599,895 milioni di euro (146.376 miliardi di lire);
- 2003 78.564,456 milioni di euro (152.122 miliardi di lire);
- 2004 81.275,339 milioni di euro (157.371 miliardi di lire).

Nonostante la rilevante spesa sanitaria nazionale, più del 60% della popolazione risulterebbe insoddisfatto del Servizio sanitario nazionale, mentre sembrerebbe relativamente soddisfatto della medicina di base. Si pone, quindi, la necessità che un'equa ripartizione delle risorse sia preceduta dalla “creazione di un valido sistema di individuazione e rilevazione dei bisogni sanitari, che abbia margini di flessibilità sufficienti ad adeguarsi agli sviluppi della società” (L.Barberio Corsetti). Tale individuazione dovrebbe essere accompagnata da una diffusa vigilanza sulla soddisfazione di detti bisogni per mezzo dei servizi sanitari erogati.

Va, pertanto, stabilita una scala di esigenze generali ed essenziali, sulla base della quale disporre, poi, la distribuzione delle risorse siano esse finanziarie o umane o tecnologiche. Si rende, quindi, necessario procedere ad una *individuazione e valutazione dei bisogni*, seguite da un *controllo di qualità delle prestazioni*, secondo i seguenti criteri:

- 1 - corretta individuazione dei bisogni sanitari;
- 2 - valutazione della soddisfazione dei bisogni stessi in termini di benessere e di utilità collettiva;
- 3 - comparazione tra le varie scelte in termini di costi, a parità di risultati;
- 4 - adeguata gestione delle risorse umane, tecniche e finanziarie, lottando energicamente con-

tro sprechi e diseconomie, con una maggior responsabilizzazione degli addetti alla gestione e degli operatori;

5 - maggiori investimenti in sanità; l'Italia è, tra i paesi europei, quello che investe meno in rapporto al prodotto interno lordo (PIL);

6 - controlli regionali sugli accreditamenti, nonché verifiche, regionali ed aziendali, sulla quantità e qualità delle prestazioni.

In merito al problema delle risorse, vale la pena di ribadire il concetto già espresso che “la salute non ha prezzo, ma la sanità ha un costo: individuare a chi spetta sostenere tali costi è compito della politica, ma individuare i criteri ai quali lo stesso politico può volgersi per fare le proprie scelte è problema di natura etica” (L. Barberio Corsetti).

### **Considerazioni conclusive**

Nella nostra esposizione, intesa anche come ascolto di tante significative voci di studiosi sulle tematiche sanitarie esaminate, sono risuonati spesso i termini “etica”, “deontologia”, “equità”, non certo per ricordare in modo esortativo dei valori, né per lasciarli custoditi in recinti chiusi, quali i codici di deontologia medica, i protocolli di bioetica, le carte dei servizi sanitari, ecc., ma per richiamare con essi i presupposti etico-giuridici delle scelte politiche, dei piani sanitari, delle programmazioni economiche e delle professioni sanitarie.

Un maestro di economia politica, Francesco Vito, intitolava anni fa un suo libro “L'economia a servizio dell'uomo”; oggi, trattando di economia sanitaria, parlerebbe di “economia sanitaria a servizio della salute del paziente”, perché l'economia sanitaria deve essere finalizzata ai valori dell'etica, dell'equità e della deontologia.

Pertanto, nessun sistema sanitario sia esso orientato a privilegiare l'intervento pubblico, o a favorire un “mercato controllato” tra aziende sanitarie pubbliche ed aziende sanitarie private, oppure, in denegata ipotesi, a privatizzare del tutto la sanità, vendendo magari gli ospedali ai privati, potrà migliorare l'equità e la qualità delle prestazioni senza il contributo essenziale della deontologia professionale medica.

Raccogliendo in estrema sintesi le indicazioni di fondo, emerse dalla presente trattazione, ritenia-

mo che per un doveroso recupero di eticità e di equità in sanità, al di là delle scelte organizzative, operate dal Governo e dalle Regioni, vadano ribaditi almeno due principi deontologici, che fondano ogni servizio sanitario, motivato dall'interesse del cittadino, e cioè:

*1 - il riconoscimento dell'autonomia decisionale e della libertà di scelta del medico;*

*2 - la rivalutazione della deontologia professionale medica.*

Condividiamo l'assunto che il medico è anche un “ordinatore di spesa” - e non potrebbe essere diversamente, visto che ogni prestazione sanitaria, specie se di qualità, ha un costo. Nonostante la lievitazione della spesa sanitaria, che a nostro avviso, trova nel mercato, sia pure controllato, di aziende sanitarie pubbliche e di quelle private - queste ultime largamente accreditate - un elemento di rilevante aumento dei costi sanitari, la mitizzazione economico-finanziaria sta diventando la camicia di forza dell'assistenza sanitaria italiana in generale e della professione medica in particolare, con fuorvianti e pericolose conseguenze, sia sotto il profilo assistenziale, sia sotto quello deontologico-professionale.

L'autonomia decisionale e la libertà del medico, di ogni medico, con personale responsabilità professionale anche in ordine ai costi economici delle sue scelte, sembrano in un certo senso fortemente condizionate dal fattore “budget”, che trasforma di fatto il medico da medico a contabile e la medicina da medicina a contabilità.

Dette autonomia e libertà decisionali sono il cardine etico-giuridico di ogni scelta organizzativa sanitaria, sia essa pubblica o privata o mista, la quale, per essere efficiente ed efficace, deve essere equa, e per essere equa deve essere eticamente e deontologicamente motivata.

Infatti, “in nessun caso e per nessun motivo l'obiettivo dell'assistenza ai malati deve essere subordinato a ragioni di equilibrio contabile, pur riconoscendo che budget, bilanci, procedure oculte per gli acquisti, criteri di verifica economica, controlli adeguati ... e molte, molte altre cose di una buona amministrazione devono restare ed anzi essere reintrodotte” (M. Vitale).

La ribadita centralità del ruolo professionale del

medico, con le conseguenti autonomia decisionale, libertà di scelta e responsabilità professionale personale, deve essere sempre ispirata ed alimentata da una rivalutazione della deontologia medica da parte degli stessi medici, anche se non soltanto da loro, per garantire una maggior equità del servizio sanitario ed una miglior qualità delle prestazioni sanitarie.

A chiusura di questo articolo, vogliamo citare l'articolo 5 "Esercizio dell'attività professionale" del vigente Codice italiano di deontologia medica, che ben riassume quanto abbiamo sopra sviluppato: *"Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona ; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura"*.

#### Indicazioni bibliografiche:

Autori vari, *Etica, sistema sanitario e risorse*, Roma, 17 luglio 1998, parere del Comitato nazionale per la bioetica, organo di consulenza del Governo e del Parlamento per i temi riguardanti il rapporto fra etica, scienza e società

Barberio Corsetti L., *Il diritto all'assistenza: ripartizione delle risorse e principi etici*, pp. 83-102

Bompiani A., *Qualità: accreditamento e carta dei servizi nei sistemi sanitari*, pp. 199-220

Collicelli C., *Etica e allocazione delle riserve*, pp. 115-162

Incorvati G., *Il carattere integrativo del diritto alla tutela della salute*, pp. 65-80

Vineis P., *I modelli di assistenza sanitaria*, pp. 103-112

Autori vari, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, Roma, 25 maggio 2001, parere del Comitato nazionale per la bioetica:

Berlinguer G., *Presentazione*, pp.1-6

Leone S., *Manuale di Bioetica*, Istituto Siciliano di Bioetica, Acireale, 2003, pag. 281

Spinsanti S., *Etica bio-medica*, Edizioni Paoline, Alba, 1987, pag. 9

Spinsanti S. *Bioetica e Nursing*, McGraw-Hill, Milano, 2001, pag. 97

### Il vuoto e lo spazio

Occorre un'organizzazione dello spazio in cui il vuoto svolge una funzione catalizzatrice delle parti e sostanzialmente differente che in Occidente. Il concetto di vuoto nella nostra tradizione ha valenza precipuamente negativa, di carenza, il che non avviene in Giappone e Cina dove invece riveste un ruolo positivo e in vari modi viene anche raffigurato. Per intenderne il valore potrà servire spostare l'attenzione dal concetto di vuoto che può lasciare a disagio, dall'*horror vacui*, a un concetto a noi più familiare, quello di "silenzio". Il silenzio evoca una sensazione di pace, quiete, serenità, non-pensiero, non affastellamento di rumori o concetti, non preoccupazione. Se facciamo oscillare la nostra esperienza tra il concetto di vuoto e quello di silenzio ecco che il vuoto non è più un fatto negativo: pittoricamente il vuoto può essere una nebbia che interrompe la visione di una montagna, ma diventa anche l'allusione a un mondo che c'è e che l'osservatore può immaginarsi: ed è cercando di immaginarselo che si compie un processo di formazione personale: si fa uno sforzo, si diventa creativi.

### L'eleganza e la cultura

Il sommo dell'eleganza è in quella che si avverte, ma che non si fa notare, mai. Perciò, non segue la moda, ne è indifferente e, tutt'al più, l'anticipa. Il sommo della cultura è quella che si può riconoscere in una persona, ma non è ostentata mai. È perciò lontana dal mondo dell'accademia che, per esistere, deve manifestare sapienza. Il sommo del sentimento religioso è nel dialogo dell'uomo con Dio dentro se stesso e non lo si può vedere mai, tutt'al più se ne può percepire la presenza in chi lo pratici. È perciò lontano dal ritualismo, dalla liturgia, e dalla gerarchia ecclesiastica. Il sommo della scrittura è quello che sta dove, per quanto profondi i contenuti, il testo scorre via senza sforzo apparente, come se il pennello (o la penna) non fosse frenato dalla lentezza che lo sforzo del pensiero e la tensione muscolare richiedono allo scrivere.

Questo può risvegliare, forse, l'interesse di una società, come la nostra dove il sentirsi importanti è invece l'attitudine dominante e, purtroppo, creatrice di modelli di comportamento.

GIAN CARLO CALZA  
(da *Stile Giappone*, Ed. Einaudi 2002)



# *Il rationale del Day Hospital nella programmazione dell'assistenza sanitaria*

AGOSTINO CORTELEZZI, GIORGIO LAMBERTENGGI DELILIERI

Nel mese di marzo dell'anno 2003 è stato inaugurato il nuovo Day Hospital (DH) del Dipartimento di Ematologia e Oncologia dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. È il risultato di un progetto di ristrutturazione e ampliamento portato a termine grazie all'iniziativa della sezione di Milano dell'Associazione Italiana contro le Leucemie ed alla sensibilità dei cittadini milanesi. La nuova struttura è dotata di 18 posti letto, in grado di assicurare più di 10.000 prestazioni all'anno e di offrire ai pazienti un ambiente "umanizzato", riservato, con personale medico ed infermieristico di elevata professionalità. Questo importante evento ha indotto gli autori di questo articolo a portare all'attenzione del pubblico le motivazioni che nell'ambito sanitario nazionale sono alla base di questa nuova modalità assistenziale.

In questo ultimo decennio il processo di evoluzione e differenziazione delle strutture e delle attività ospedaliere ha modificato il concetto di Ospedale nella sua globalità. A questo hanno contribuito anche le profonde modificazioni intervenute nella società, che hanno inciso sensibilmente sull'organizzazione sanitaria e sulle sue prestazioni che la società stessa si aspetta. Un impatto significativo ha avuto il processo di urbanizzazione ed industrializzazione, le grandi migrazioni, il netto decremento della natalità e mortalità infantile, l'allungamento della vita media dell'individuo, l'avvento di nuovi "status symbols", l'evoluzione della sessualità e l'ampio uso da parte di larghi strati della popolazione di psicofarmaci e droghe maggiori. L'idea, ormai obsoleta, dell'Ospedale quale struttura chiusa, atta alla cura del malato e all'assistenza dell'indigente, è stata sostituita da quella di una struttura polifunzionale e polispecialistica calata nel territorio e

aperta alle esigenze e alle istanze sanitarie che dal territorio provengono. I vari aspetti del mantenimento e del ripristino della salute degli individui sono stati affrontati nelle loro componenti essenziali di medicina preventiva, curativa e riabilitativa. Questa evoluzione del concetto di ospedale è stata inoltre grandemente influenzata dai progressi, in termini di conoscenze e di innovazioni tecnologiche, della medicina. In quest'ottica grande rilievo assumono le branche della medicina di recente espansione, come l'ematologia, e la nuova modalità di assistenza nell'ambito del DH. Quest'ultima è una formula di ricovero diurno per l'effettuazione di indagini laboratoristiche e strumentali o per l'esecuzione di terapie cicliche, piccoli interventi chirurgici o trattamenti riabilitativi. L'idea risale a più di sessant'anni fa, quando in Russia fu istituito il primo DH volto al trattamento di pazienti psichiatrici. Le prime esperienze su pazienti ematologici sono state effettuate a Parigi all'Hôpital St. Louis nel 1968. In Italia le prime strutture identificabili come DH sono sorte agli inizi degli anni '70 e nel 1972 presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Il rationale dell'istituzione del DH è rivolto da un lato alla riduzione dei tempi di ricovero e degli spostamenti degli ammalati, così da fornire loro prestazioni multiprofessionali concentrate nel tempo riservando il ricovero ordinario alle patologie acute, dall'altro all'istituzione di procedure di tipo riabilitativo fisico o psichiatrico. Negli anni recenti il campo di applicazione del DH è andato estendendosi anche al trattamento di malattie che abbisognano di terapie cicliche o di controlli periodici. In questo senso è diventato uno strumento essenziale per l'esecuzione di indagini strumentali "invasive", quali le endoscopie e gli interventi chirurgici "minori", e per affrontare patologie ad alto impatto sociale quali la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). Oggi dunque il DH rappresenta un importante strumento assisten-

*Nella pagina accanto:*

Aspetti dell'antica Ca' Granda, oggi sede dell'Università degli Studi. Particolare del chiostro quattrocentesco, detto della Ghiacciaia (Foto Gemelli).

ziale che si affianca al ricovero ordinario, all'assistenza ambulatoriale e a quella domiciliare.

Non è facile dare una definizione di DH che sia al tempo stesso semplice e completa. Una delle più corrette ed aderenti alla realtà operativa è la seguente: il DH è una formula originale di osservazione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione che si differenzia dall'ambulatorio per maggiore durata, contemporaneità e complessità delle prestazioni e che si distingue dal ricovero ordinario per minor durata, mancanza di pernottamento nella struttura e concentrazione in sequenze ravvicinate di atti diagnostico-terapeutici multiprofessionali e polispecialistici. Quali altri elementi qualificano l'assistenza in DH? Come è stato detto si tratta di un'attività ospedaliera a pieno titolo con finalità diagnostiche, terapeutiche o riabilitative. Pertanto necessita di ambienti dedicati i quali devono essere fisicamente distinti dalle altre strutture ospedaliere, ma con esse intimamente integrati. I ricoveri in DH sono in larga misura programmati e durano meno di 24 ore; dal momento che comprendono prestazioni sia di ordine medico che infermieristico, fisioterapeutico e psicoterapeutico, coinvolgono pertanto varie specialità della medicina interna e della chirurgia.

L'attività di DH non copre tutto l'anno solare, effettuandosi mediamente per 250-270 giorni. Le festività per solito coincidono con la chiusura delle attività di ricovero diurno. Per contro il tasso di utilizzazione dei letti, cioè la percentuale di letti occupati rispetto al totale, è dell'ordine del 90-100%, mentre per i letti di ricovero ordinario si accetta anche un tasso di utilizzo inferiore. Dunque, l'utilizzo dei letti di DH è discontinuo, ma più intensivo. A rimarcare ulteriormente il concetto dell'intensività dell'occupazione del posto letto si deve ricordare come in un DH sia possibile occupare nell'arco di una giornata uno stesso posto letto con più di una persona a rotazione. Questo concetto è espresso quantitativamente dall'indice di rotazione che definisce il numero medio di pazienti assistiti in uno stesso giorno su di uno stesso posto letto. Un indice di rotazione espressione di un corretto utilizzo del DH deve essere compreso tra 1 e 2.

Un posto letto di DH è equivalente ad un posto di ricovero ordinario. Ciò ha importanti ed immediate implicazioni sul numero globale dei posti letto di una determinata struttura ospedaliera, sull'assegnazione del personale medico ed infermieristico e sui costi

della degenza. Alla individuazione della struttura di ricovero giornaliero ed alla attribuzione ad essa di pari "dignità" rispetto a quella di ricovero ordinario, consegue il fatto che i DH debbano avere ambienti propri, adiacenti ma separati ed autonomi rispetto alle strutture di ricovero così da realizzare un'aggregazione fisica o quantomeno funzionale con i reparti di ricovero ordinario. Consegue inoltre che i DH debbano avere una adeguata dotazione di supporti logistici ed informatici al fine di programmare la loro attività e far sì che le indagini vengano espletate nei tempi di apertura dei DH e le risposte ai quesiti diagnostici fornite in tempi brevi. Come già è stato sottolineato la tempestività, contemporaneità degli interventi sul paziente sono i pilastri su cui si basa il DH.

Prendendo in esame l'ambito propriamente strutturale di un'area adibita a DH, si riconoscono i seguenti elementi essenziali: a - agevole accessibilità dall'esterno con percorsi preferenziali; b - area di attesa dei pazienti, con zone destinate alla ricezione e all'amministrazione; c - area di trattamento per visite e medicazioni, piccola chirurgia, accertamenti endoscopici o biotici, ecc.; d - area di degenza con annessa sala di mediceria per la preparazione, in regime di sterilità e di sicurezza, di farmaci tossici e di citostatici; e - area dedicata al soggiorno/pranzo dei degenti; f - aree per il personale medico e per quello infermieristico; g - area dei servizi quali depositi, guardaroba ecc.

Dal punto di vista normativo il DH necessita di un rilievo amministrativo e di una valutazione degli indici di attività. Il primo si basa sulla documentazione medico-legale dell'avvenuto ricovero (cartella clinica, scheda nosologica, lettera di dimissione) ed è elemento essenziale ed insopprimibile. Gli indici di attività sono una serie di variabili (giorni di attività/anno, numero di posti letto equivalenti, indice di rotazione, tasso di occupazione media, ecc.) di grande utilità sia quando si voglia programmare una nuova attività, sia quando si voglia valutare l'utenza e l'efficienza di un DH già funzionante.

Non bisogna dimenticare che, nell'istituire uno specifico DH, si deve assolutamente tener conto della specialità medica o chirurgica prevalente, essendo le esigenze diagnostiche, terapeutiche e riabilitative profondamente diverse. Ancora si dovrà conoscere la casistica dei reparti di ricovero ordinario e gli



indici di attività, la quota dei pazienti in essi ricoverati, le caratteristiche in termini di spazi, struttura e personale dell'ospedale e l'ampiezza del bacino di utenza dell'ospedale stesso.

La valutazione economica di un DH è molto complessa e non sempre vincolata al solo obiettivo di conseguire un profitto come una qualsiasi impresa. Tuttavia tutte le prestazioni, i mezzi, gli strumenti ed il personale impiegati per produrle hanno un costo che deve essere rapportato ai prodotti ottenuti (prestazioni cliniche, diagnostiche e riabilitative, pazienti trattati, giornate di degenza, tempi di attesa, ecc.). Applicando questa tecnica di analisi economica si vede come il DH, in quanto modalità organizzativa che implica una selezione dei pazienti che accedono al servizio ed una concentrazione nel tempo di prestazioni multispecialistiche, è superiore al ricovero ordinario. L'analisi economica deve muovere da tutte le motivazioni che portano alla istituzione del DH: mantenimento del paziente nell'ambito familiare, aumento del numero di pazienti trattati, riduzione dei costi, riduzione delle infezioni nosocomiali, riduzione dei tempi di attesa, ecc.. Analizzate in quest'ottica queste motivazioni tendono al raggiungimento di tre tipi di obiettivi: a - vantaggio organizzativo/economico per il centro clinico in cui opera il DH; b - benefici per l'intera collettività; c - benefici per il paziente e per la sua famiglia.

Un problema non marginale connesso all'attività di DH è la possibilità che sotto l'ampio "ombrello" di questa struttura si possa fare un uso improprio del ricovero diurno. Il DH infatti non è un succedaneo dell'ambulatorio, più veloce nell'esecuzione degli esami e gratuito, ma è invece una modalità di ricovero atta a fornire prestazioni complesse a specifiche e determinate categorie di pazienti. I servizi effettuati in DH possono in realtà essere fruiti da una larga popolazione di pazienti che va dal bronchitico cronico, al post-infarto miocardico, alla riabilitazione del paziente colpito da ictus cerebrale o politraumatizzato. Analogamente importanti sono i trattamenti dialitici, le pratiche diagnostiche e terapeutiche nei tossicodipendenti, nei pazienti psichiatrici cronici e nelle patologie delle due fasce estreme di età.

Di grande rilevanza per i contenuti scientifici, sociali ed etici è infine il DH rivolto a pazienti affetti da tumori solidi o malattie ematologiche. Secondo una

stima condotta da Piepel nel 1992, le percentuali di pazienti ricoverati ma suscettibili di trasferimento in DH va da meno del 20% per i pazienti affetti da problemi cardiovascolari o respiratori ad oltre il 30% per quelli affetti da problemi endocrinologici od infettivi, ed al 50% dei nefropatici. La percentuale dei pazienti gastroenterologici o ematologici che possono usufruire di una assistenza in DH è elevatissima, pari cioè rispettivamente al 63.5 ed al 69.2%.

Illustrare in dettaglio le tipologie dei pazienti ematologici che possono beneficiare di assistenza ospedaliera diurna equivarrebbe pertanto a riscrivere una grossa parte di un trattato di ematologia. Tutti i pazienti affetti da malattie oncoematologiche (leucemie acute e croniche, linfomi, mielomi, sindromi preleucemiche, aplasia midollare) potrebbero in teoria essere seguiti in DH per una larga parte del loro complesso iter diagnostico-terapeutico. Lo stesso dicasi per le talassemie e le anemie emolitiche auto immuni, le sindromi emorragiche da piastrinopenia o da difetti dei fattori della coagulazione ecc.. Ci si trova dunque di fronte ad un variegato quadro di patologie che spazia lungo tutto l'orizzonte ematologico e che pone quindi una serie di quesiti di diagnostica, di approccio terapeutico, di patologie d'accompagnamento e di effetti avversi da farmaci che abbracciano molti campi della medicina ed in particolare della medicina d'urgenza.

Numerose sono le tecnologie, procedure e terapie di impiego quotidiano in un DH ematologico: prelievi ematici, indagini strumentali (aspirato midollare, biopsia ossea, aspirati linfonodali, rachicentesi ecc.), indagini con bioimmagini (radiologia tradizionale, ecografia, TAC, RMN, scintigrafie, PET), somministrazione di emocomponenti (globuli rossi, piastrine, plasma) ed emoderivati, chemioterapia antitumorale od antimicrobica, terapia parenterale di supporto, salassoterapia ecc. Recentemente anche l'infusione di cellule staminali emopoietiche è stata inserita tra le attività elettive del DH. Tutto questo richiede ovviamente personale sanitario dedicato, con una specifica preparazione professionale e istruito per avvicinarsi al paziente ematologico avendo presenti sia le sue necessità assistenziali che le problematiche di natura psicologica come la conoscenza della propria malattia, la paura della morte, del dolore e l'insicurezza nel progettare il futuro.

# *Gli anticoagulanti orali: una storia esemplare sulla ricerca in medicina*

MARCO MOIA

In Italia, i pazienti in cura con i farmaci anticoagulanti orali, che si chiamano dicumarolici, sono più di mezzo milione. Tutti abbiamo un parente, un amico, un conoscente per il quale la terapia anticoagulante è diventata insostituibile compagna di vita. Essere in cura con questi farmaci vuol dire sottoporsi a regolari controlli del sangue. Elementi fondamentali per rendere efficace e sicura questa terapia che, altrimenti, è inutile o potenzialmente molto pericolosa, sono un esame di laboratorio accurato e, in base al risultato del test, una prescrizione personalizzata e corretta del farmaco.

Chi prende anticoagulanti da molti anni ha toccato con mano alcuni importanti miglioramenti nella cura: test di laboratorio più rapidi e sicuri, computer che aiutano il medico nella prescrizione, piccoli apparecchi portatili per farsi il test da soli, trasmissione dei risultati e delle terapie per fax, per e-mail, per SMS. Questo ha portato a maggiore efficacia, meno rischi, riduzione dei tempi di attesa, migliore efficienza degli ospedali nell'erogare il servizio. C'è però una cosa che non è cambiata, da almeno 50 anni: il farmaco! Potrebbe sembrare strano, in un mondo dove la tecnologia e le leggi del mercato, sempre più pressanti, ci hanno abituati al cambiamento continuo. Proviamo a pensare: il nostro telefonino, appena acquistato, è già vecchio, fuori produzione. L'evoluzione dei farmaci non è così rapida (o per lo meno, non lo è ancora). Per sviluppare, sperimentare, registrare presso le autorità sanitarie e, infine, commercializzare una nuova molecola sono necessari alcuni anni. Tuttavia, anche tra i farmaci più anziani, gli anticoagulanti orali detengono un vero primato di longevità. Ora potremmo essere arrivati ad una svolta. Poche settimane fa è apparso sul *New England Journal of Medicine*, la più letta e prestigiosa rivista medica del mondo,

un editoriale dal titolo: "Curare la trombosi nel XXI secolo". Nell'editoriale venivano commentati i risultati di alcuni recentissimi studi su nuovi farmaci anticoagulanti destinati, forse, a rivoluzionare la terapia anticoagulante. Non più controlli di laboratorio: un paio di pillole al giorno, o una iniezione alla settimana, ed ecco la terapia che va bene per tutti. Quando avverrà tutto questo? Quali rischi potrebbero esserci? Quale sarà l'impatto, anche economico, che dovranno sostenere i servizi sanitari in tutto il mondo? Chi potrà permettersi eventuali costi aggiuntivi? Non abbiamo ancora solide risposte a tutte queste domande: quindi è opportuno mantenere la dovuta prudenza. E' invece innegabile che molti pazienti si gioveranno dei nuovi farmaci e, per il medico, sarà estremamente utile avere a disposizione altre armi efficaci contro la trombosi. Ma in attesa delle necessarie verifiche, scientifiche ed economiche, è interessante ripercorrere dall'inizio la storia dei farmaci anticoagulanti orali ed in particolare del loro capostipite, il warfarin. Intanto è necessario sapere che proprio il warfarin, il più vecchio di questi farmaci, è ancora oggi la molecola anticoagulante orale più utilizzata nel mondo, dopo oltre 50 anni di onorato servizio. Niente male per una medicina che aveva iniziato la sua carriera come... veleno per topi. Questa è una storia, come tutte le storie, profondamente esemplare: come molte altre nella scienza è una storia fatta di eventi casuali, di intuizioni geniali, di forti motivazioni, di buona volontà e di molto, molto lavoro. A questi elementi, nel caso del warfarin, si aggiunge qualche sorprendente colpo di scena, e tra questi l'intervento "involontario" di un personaggio assai famoso per motivi che nulla hanno a che vedere con scienza e medicina. Possiamo dare inizio alla storia in un freddo e piovoso mattino nel febbraio 1933. Siamo negli Stati Uniti. E'

sabato: un modesto allevatore di bovini, tale Ed Carlson, sfidando la gelida tempesta del Midwest, attraversa quasi tutto lo stato del Wisconsin sul suo malandato furgone. Trasporta il cadavere di una giovenca, morta per emorragia, ed un secchio del suo sangue che non vuole saperne di coagularsi. Finalmente arriva all'Istituto di Medicina Veterinaria di Madison, semi deserto per il week-end, e cerca qualcuno che gli dia retta. L'unica porta che trova aperta è quella del laboratorio di biochimica. Ed Carlson scarica sul pavimento del laboratorio la carcassa del povero animale ed il secchio con il suo ondeggiante contenuto che schizza un po' dappertutto. E' facile immaginare con quale stupore e disgusto Carl Link, il direttore del laboratorio, ed un suo giovane studente assistano alla scena. Chiedono spiegazioni. Il povero allevatore è disperato, nell'ultima settimana ha già perso 3 dei suoi bovini nello stesso modo: emorragia. Chiede aiuto alla scienza. Il dottor Link è imbarazzato. Il problema è già diffuso nella zona, conosciuto nei fatti, ma non nelle cause. Un'epidemia davvero strana: l'unica cosa che si sa è che, per evitare le emorragie, bisogna somministrare ai bovini foraggio fresco, quasi introvabile in quel gelido inverno del '33. Quando poi iniziano le emorragie, la sola speranza per salvare le povere bestie è trasfonderle con il sangue di un animale sano, una terapia improponibile in un piccolo allevamento del Wisconsin. Il dottor Link cerca di spiegare pacatamente queste cose, ma i suoi suggerimenti gettano nello sconforto il povero Ed Carlson che, con la mente gravida di cattivi pensieri sull'inutilità e la supponenza degli scienziati, riprende il suo furgone per fare ritorno alla fattoria. A questo punto, il primo colpo di scena: nel laboratorio del dottor Link scoppia un violento battibecco. Wilhelm Shoefel è il giovane studente, da poco emigrato negli USA, che sta facendo il suo tirocinio nel laboratorio di Link. E' infuriato per quanto ha sentito e non risparmia critiche al suo capo: "Come ha potuto dare a quel pover'uomo delle informazioni così assurde?" sembra abbia esclamato Shoefel, nel suo inglese molto approssimativo. "Dove mai potrà trovare queste cose, in pieno inverno, un allevatore del Wisconsin?". Shoefel ha origini contadine e



Dall'alto:

Carl Link, al quale va probabilmente attribuito il principale merito della scoperta del warfarin, nel suo laboratorio a Madison nel Wisconsin.

Washington, 1 Novembre 1956: Eisenhower in ottima forma, durante la campagna per l'elezione a presidente degli Stati Uniti. (Era stato curato con il warfarin per una trombosi coronarica) (vedasi testo a pag. 29).

Confezioni originali del warfarin: a sinistra il farmaco, a destra il topicida, reclamizzato con slogan convincenti.



prende molto a cuore il problema. Nonostante la perplessità del suo capo, raccoglie il sangue della giovenca ed inizia a studiarlo. E' accertato che la sintassi e la pronuncia inglese del giovane Shoefel fossero pessime, ma il carattere doveva essere piuttosto solido. Riesce a convincere il dottor Link ad occuparsi a tempo pieno delle emorragie dei bovini. Le ricerche portano a capire che la causa di quelle emorragie non è una malattia contagiosa, virale o batterica, ma una sostanza chimica contenuta nel foraggio. La malattia verrà chiamata "sweet clover disease". I bovini, durante l'inverno, vengono alimentati con un foraggio conservato, ricco di "trifoglio odoroso". Questo trifoglio, fermentando, produce grandi quantità di una sostanza chimica, chiamata poi dicumarolo: il veleno che rende incoagulabile il sangue e causa le emorragie irrefrenabili. Ci vogliono però quasi 6 anni perché Link e Colleghi riescano a cristallizzare la sostanza anticoagulante, il dicumarolo. Di circa 150 molecole ad azione anticoagulante, ne viene selezionata una particolarmente attiva, chiamata warfarin. Il nome nasce dalle iniziali della fondazione che finanzia le ricerche, la Wisconsin Alumni Research Foundation (uno dei pochi finanziamenti che abbia mai avuto la ricerca sulla terapia anticoagulante, ma questa è un'altra storia che riprenderò più avanti). Si scopre anche un antidoto efficace per neutralizzare l'effetto del warfarin in caso di necessità. E' una sostanza chiamata vitamina K (da "Koagulation") scoperta alla fine degli anni '20 da un ricercatore danese, Henrik Dam. A questo punto ci sono tutti gli elementi per ipotizzare l'uso del warfarin come farmaco. E invece no. Forse la scarsa consapevolezza che molte gravi malattie (infarto, ictus, embolia polmonare) sono causate dalla trombosi, forse il timore di una tossicità molto elevata frenano tale logica ipotesi. Si fa invece strada un'altra idea. Il warfarin è un "concentrato" di una sostanza in grado di uccidere i bovini: perché non utilizzarlo per eliminare animali dannosi? Così il primo impiego del warfarin, alla fine degli anni '40, non è la cura degli esseri umani, ma l'eliminazione di topi. Il warfarin acquista in breve tempo fama di topicida efficace ed a basso costo. Il topo, animale furbo e con una vita socia-

le complessa, è in grado di difendersi da veleni ad azione rapida. I roditori, infatti, diffidano di un'escsa vicino alla quale ci sia il cadavere di un altro membro della loro specie, girano al largo, non "abboccano". Il warfarin, invece, agisce a distanza di qualche giorno. L'effetto letale avviene in un luogo ben lontano da quello di avvelenamento: difficile, anche per il topo più avveduto, mettere in relazione l'avvelenamento con l'appetitosa escsa ingerita dal compagno molte ore prima. La popolarità del warfarin come topicida giova alle vendite del prodotto, ma costituirà un grosso ostacolo psicologico, per i pazienti e anche per i medici, alla sua successiva carriera di farmaco. La prima perplessità da superare è quella dei medici: si ritiene il warfarin troppo tossico per l'uso nell'uomo. Questo timore dura fino a che un marinaio assume un'ingente quantità di topicida a scopo suicidario. Un po' di vitamina K ed il marinaio riesce a salvarsi. Il fatto rimette in discussione il possibile uso del warfarin come farmaco, però la sua reputazione come medicina è ovviamente molto bassa fra i potenziali pazienti. Chi è disposto a curarsi con veleno per topi? Come superare tali comprensibili, anche se ingiustificate paure? Ed ecco entrare involontariamente nella nostra storia un famosissimo personaggio. Siamo nel 1953. In quell'anno il presidente degli Stati Uniti, Dwight D. Eisenhower ha una trombosi coronarica. Eroe di guerra, uomo di pochi dubbi e di molte, rapide decisioni, vuole il farmaco più potente al momento disponibile, il warfarin. Non si lascia certo intimorire da un veleno per topi. La terapia ha successo, tanto che Ike verrà rieletto per un secondo mandato presidenziale. Bisogna onestamente ammettere, viste le scarse conoscenze sul dosaggio ottimale del warfarin che si avevano allora, che la buona sorte e l'energia personale del Presidente Eisenhower abbiano giocato un ruolo più importante del farmaco stesso nella sua guarigione. Come noto, la fortuna arride agli audaci. Comunque sia, da quel momento il warfarin, pur restando un buon veleno per topi, diventa anche un medicinale ambito: un farmaco che ha guarito il Presidente degli Stati Uniti, amato eroe di guerra, è nei desideri di ogni buon americano. La strada del warfarin come valida terapia anti-

coagulante sembra a questo punto spianata, ma ci sono ancora un po' di problemi da risolvere. Si scopre quasi subito che ogni paziente ha una sua particolare sensibilità al farmaco. Non è possibile dare la stessa dose a tutti, pena l'inefficacia della terapia in alcuni, e gravi emorragie in altri. Quindi è necessario fare un esame di laboratorio, il tempo di protrombina, e regolare la dose in base al suo risultato almeno una volta al mese. Ma, inaspettatamente, anche con questo controllo le emorragie sono assai frequenti e talvolta gravi. Cosa strana, queste emorragie avvengono molto più spesso negli Stati Uniti, mentre nei pazienti europei, che pure prendono la stessa medicina, il problema è molto minore. Il paradossale fenomeno non dipende dalla razza o dalla lingua (anche gli inglesi hanno meno emorragie degli americani e, nonostante le molte ironie sull'argomento, parlano la stessa lingua), ma dipende dai reagenti usati per fare il test di laboratorio. I reagenti americani, derivati dal cervello di coniglio, "sentono" poco l'effetto del warfarin. Così il medico è indotto ad aumentare troppo la dose e si passa dall'effetto terapeutico a quello... topicida. I reagenti migliori sono invece derivati dal cervello umano, e non in senso metaforico. Proprio il cervello umano, fino all'avvento della biologia molecolare sarà infatti la miglior fonte di questi reagenti di laboratorio. Dobbiamo arrivare alla metà degli anni '60 per avere validi standard, con test di laboratorio semplici ma sicuri, ed è necessario un altro decennio per individuare "intervalli" terapeutici ben definiti che, sostanzialmente, utilizziamo ancora oggi. Gli ultimi sviluppi hanno riguardato la realizzazione di programmi per computer che aiutano il medico a prescrivere la dose appropriata per ogni singolo paziente. E poi, strumenti portatili, efficienti anche se ancora costosi, che permettono al paziente di farsi da solo l'esame della coagulazione in qualunque momento, in qualunque parte del mondo. Infine, l'uso di Internet che permette un rapidissimo scambio di informazioni fra medico, paziente ed ospedale. Così il risultato del tempo di protrombina può essere trasmesso in tempo reale, il medico può suggerire la terapia anche se si trova a distanza di migliaia di chilometri, ed il paziente può

ricevere di ritorno la prescrizione via fax, SMS, e-mail.

Giunti ai nostri giorni, prima di guardare al futuro, vorrei fare una riflessione sul warfarin e sulla sua storia. Il warfarin costa pochissimo, l'equivalente di pochi centesimi di Euro a compressa. Come si conviene ad un topicida, la sostanza chimica è veramente a buon mercato e gran parte del (modestissimo) prezzo in farmacia immagino derivi da confezionamento e distribuzione. Un grande pregio. Ma anche un enorme difetto: questa molecola (e le molecole consimili come l'acenocumarolo) rendono assai poco in termini di business. La mancanza di interesse economico da parte dell'industria farmaceutica ha portato a scarsissima disponibilità di denaro per la ricerca scientifica sui dicumarolici. Quasi tutto quello che vi ho raccontato, e cioè mezzo secolo di progressi e scoperte sulla terapia anticoagulante, è avvenuto per la dedizione di medici e biologi "indipendenti" che, nei casi più fortunati, hanno potuto valersi del modesto supporto economico di qualche società scientifica. Come quel finanziamento della Wisconsin Alumni Research Foundation che ha dato il via alla storia del warfarin ed il nome al farmaco. Osservando il presente con il dovuto pessimismo della ragione, credo che sarà sempre più difficile riproporre una ricerca indipendente, magari un po' eroica (e qui non alludo al Presidente Eisenhower), certamente spinta da motivi etici oltre che da tanta buona volontà, sul tipo di quella che vi ho raccontato fin ora. Ormai le necessità organizzative, il rispetto delle norme, la richiesta di tecnologia avanzata e costosa rendono improponibile una ricerca sui farmaci che non abbia solide basi finanziarie. Questa constatazione mi rattrista, forse per un certo personale spirito romantico, ma soprattutto mi preoccupa. L'industria farmaceutica, per sopravvivere, crescere, investire in ricerca, deve creare legittimi profitti. Ma mi chiedo: se oggi venisse individuata qualche sostanza (magari un insetticida) potenzialmente efficace in terapia nell'uomo, ma troppo economica per giustificare investimenti da parte dell'industria, quali probabilità avrebbe di percorrere una strada come quella del warfarin e finire nell'armamentario del medico? Credo che

la comunità scientifica ed i Sistemi Sanitari, sempre più in difficoltà nel rispondere economicamente alle esigenze della popolazione, ma spesso latitanti nel sostegno alla ricerca medica, debbano affrontare questo problema.

Per concludere la nostra storia, vorrei tornare all'editoriale del New England Journal of Medicine. Dopo oltre mezzo secolo di onorato servizio, con l'avvento di nuovi farmaci che non richiedono controlli di laboratorio e che promettono di essere assai più comodi per il paziente, molti pensano che sia giunto per il warfarin l'ora del declino. Qualcuno ha già proposto di riporlo in un armadio.

Mi sembra prematuro. Per ora, teniamoci ben stretto anche il warfarin come farmaco. Poi, magari nella nostra cantina, un topicida efficace ed economico potrebbe sempre rendersi utile.

#### **Bibliografia**

Shapiro S.S., *Treating Thrombosis in the 21st Century*. The New England Journal of Medicine 2003 ;349:1762

Schonfield F.W., *Damaged sweet clover. The cause of a new disease in cattle simulating septicemia and blackleg*. Journal of the American Veterinary Medical Association 1924; 64:553

Duxbory McD. B. and Poller L., *The oral anticoagulant saga: past, present, and future*. Clinical and Applied Thrombosis and Haemostasis 2001;7:269

Rosendaal F.R., Cannegieter S.C. et al., *A method to determine the optimal intensity of oral anticoagulant therapy*. Thrombosis and Haemostasis 1993; 69:236

Poller L. Siach C.R et al., *European Concerted Action on Anticoagulation. Multicenter randomized study of computerised anticoagulation dosage*. Lancet 1998; 352:1505

Manotti C., Moia M. et al., *Effect of computer-aided management on the quality of treatment in anticoagulated patients: a prospective, randomized, multicenter trial of APROAT (Automated Program for Oral Anticoagulant Treatment)*. Haematologica 2001; 86:1060



# Un Servizio ponte tra fisica e medicina

GIUSEPPE EULISSE, FRANCESCA EULISSE

L'assegnazione del premio Nobel 2003 per la Medicina al chimico-fisico americano Paul Lauterbur e al fisico inglese Peter Mansfield per i loro lavori fondamentali per lo sviluppo della Risonanza magnetica nell'ambito medico diagnostico offre lo spunto per considerare quali sono i rapporti tra fisica e medicina, da dove abbiano origine, dove possano portare e, quindi, quale può e deve essere la collocazione, prima di tutto culturale, di un *Servizio di Fisica* all'interno di un grande Ospedale.

La medicina è una pratica empirica basata su scienze e opera in un mondo di valori. E' una tecnica, nell'accezione antica del termine, poiché comprende in sé un sapere conoscitivo, valutativo e pratico, basato su regole. Tuttavia, a differenza degli altri saperi tecnici, la medicina ha la particolare peculiarità che si occupa dell'uomo in quanto *oggetto* della malattia ma anche *soggetto* della sofferenza. Emblematica, in questo contesto, l'affermazione del prof. Giorgio Cosmacini, il maggiore storico italiano della medicina, secondo cui, in campo medico, "la tecnica è il mezzo, ma l'*antropos*, l'uomo, è il fine ultimo, o primo". Il medico, consapevole della qualità del proprio ruolo, dovrebbe esercitare la professione da un lato servendosi dell'efficacia della strumentazione tecnologica, dall'altro non rinunciando alla valutazione e comprensione curativa globale dell'umanità del paziente.

Fisica e medicina sono scienze antiche quanto l'uomo greco: Talete ed Empedocle, Democrito e Ippocrate sono figli dello stesso naturalismo scientifico e della stessa esigenza di conoscere la natura. Si occupano dello stesso mondo, indagato sia a livello del macrocosmo che del microcosmo. Da questo punto di vista la cosmologia dei quattro elementi (fuoco, aria, acqua, terra) corrisponde alla fisiologia dei quattro umori, sostanze tangibi-

li del corpo umano, in grado di definire i comportamenti dell'uomo a seconda della loro combinazione: il sangue, corrispondente dell'aria e dominante nell'infanzia; la bile gialla, corrispondente del fuoco e dominante nell'adolescenza; la bile nera, corrispondente della terra e dominante nella maturità; il flegma, corrispondente dell'acqua e dominante nella vecchiaia. La salute è considerata come manifestazione della buona mescolanza dei quattro umori.

Fisica e medicina sono scienze unite anche nel Medioevo e nel Rinascimento: il sapere medico è inserito in una più generale teoria delle scienze naturali, la *philosophia naturalis*. Il medico Vesalio faceva corrispondere la propria fondamentale opera sull'anatomia, *de humani corporis fabrica*, con l'altrettanto importante opera copernicana fondamentale dal punto di vista della meccanica celeste, *de revolutionibus orbium coelestium*. L'una costituiva la rivoluzione anti-galenica del corpo umano, l'altra la rivoluzione anti-tolemaica dei corpi celesti.

Il Seicento rappresenta un secolo rivoluzionario per la scienza: è in questo secolo, infatti, che Galileo Galilei elabora il metodo sperimentale, basato sull'osservazione empirica, la sperimentazione pratica e la concettualizzazione teorica. E' l'inizio del moderno concetto di progresso inteso come utilizzazione di una strumentazione tecnica finalizzata alla *manipolazione* della natura e al suo *miglioramento*.

La rivoluzione scientifica galileiana comporta il superamento definitivo della logica aristotelica e la necessità di riscrivere la meccanica del corpo umano in termini fisico-matematici. E' di questo periodo la nascita della cosiddetta *iatrofisica*, che costituisce la giunzione tra fisica e medicina e che vede tra i suoi esponenti principali il medico matematico Borrelli. La medicina cerca di muo-

versi cartesianamente come una scienza esatta e descrive quindi matematicamente il comportamento dei solidi e dei fluidi nel corpo umano.

In questo contesto appare il genio di Newton, il cui innovativo approccio ideologico ai problemi scientifici diviene un riferimento per tutto il mondo scientifico e, quindi, anche per i medici; l'impulso a rimettere in discussione le certezze acquisite spinge Albrecht von Haller, medico-poeta bernese e figura tra le più affascinanti e discusse del secolo dei lumi, a rifiutare l'ormai acquisita spiegazione iatromeccanica del moto muscolare, determinando i presupposti per le successive scoperte di Luigi Galvani. La fisica continua a procedere con la medicina: le scoperte nel campo dei fenomeni naturali creano le premesse per spiegazioni sempre più raffinate dei fenomeni fisiologici, che a loro volta aprono nuove strade nella ricerca clinica.

Alla metà del XIX secolo il pensiero positivista è al suo culmine, e figure come Hermann Von Helmholtz incarnano l'ideale dell'uomo di scienza a tutto campo, curioso di ogni novità e indifferente alle barriere tra le discipline; come medico militare prima, come professore di fisiologia poi, oltre a svolgere fondamentali sperimentazioni sulla velocità di trasmissione degli impulsi nervosi, si interessa approfonditamente di acustica, di ottica, di matematica, di geometria. I suoi studi sui moti dell'atmosfera e, in particolare, sulla dinamica dei vortici in un fluido perfetto rappresenteranno un modello che influenzerà le prime teorie sui modelli atomici; le sue scoperte nell'ambito della teoria dei colori gli varranno l'unanime plauso della comunità scientifica. Ciò che farà guadagnare a questo medico un posto di primo piano nella storia della scienza è però senza dubbio il fatto di essere stato tra i primi a formulare, in senso generale, il principio di conservazione dell'energia, uno dei fondamentali concetti della fisica moderna.

Hermann Von Helmholtz rappresenta forse il culmine del percorso comune tra fisica e medicina: a partire dalla fine dell'800, infatti, la crescente tecnicizzazione delle discipline fa sì che sempre più rari siano gli scienziati capaci di padroneggiarle entrambe; contemporaneamente si vedono però

perfezionarsi e moltiplicarsi le ricadute tecnologiche delle scoperte fisiche in ambito diagnostico e terapeutico, tra le quali i "raggi X" di Wilhelm Conrad Röntgen rappresentano indubbiamente l'esempio più noto e rilevante. I giganteschi progressi della clinica medica compiuti nel secolo scorso non possono essere spiegati senza tener conto dell'apporto di quel *criptoscopio* (così chiamata Röntgen la prima apparecchiatura radiologica) le cui immense potenzialità furono fin dal principio ben chiare alla comunità medica, proprio a partire dalla peculiarità di questi nuovi raggi indicata da Röntgen nel suo lavoro alla fine del 1895: "se si tiene una mano tra l'apparecchio di scarica e uno schermo luminoso, si vedono le ossa della mano". In seguito alla scoperta dei raggi X e all'applicazione clinica della fisica delle radiazioni, la medicina interna diventa ancora più "interna". La radiologia è la *fotografia dell'invisibile* e le immagini che ci consegna del corpo vivente sono *bioimmagini*.

Non è casuale però che la scoperta dei raggi X abbia una ricaduta straordinaria non solo nell'ambito medico ma anche nell'ambito fisico: indagando sulle proprietà di un sale di Uranio, proprio alla ricerca dei raggi X scoperti poche settimane prima da Röntgen, Henri Becquerel scopre la radioattività e insieme ai coniugi Marie Sklodowska e Pierre Curie mette a disposizione del fisico i proiettili *giusti* per indagare la struttura intima dell'atomo. Le teorie fisiche allora conosciute, alla base della cosiddetta fisica classica, saranno inadeguate a spiegare questa struttura: inizia la rivoluzione imposta dalla meccanica quantistica, in grado di spiegare il microcosmo dell'atomo.

Qualche decennio dopo, nel 1934, una figlia dei coniugi Curie, Irene, con il marito Frederic Joliot, indurrà il fenomeno della radioattività artificiale, aprendo nuove frontiere alla fisica ma anche alla medicina; nasce idealmente la medicina nucleare, la possibilità di indagare strutture interne del corpo umano attraverso le radiazioni emesse da sostanze radioattive in precedenza iniettate nello stesso.

"Il Novecento", dice Cosmacini nel suo libro "Introduzione alla medicina", "si apre con la fiducia che la medicina, incorporando una sempre mag-

giore dose di scienza (fisica, chimica, biologia), sia in grado di raggiungere uno statuto di massima scientificità e una messe sempre più cospicua di ricadute tecniche a vantaggio dell'uomo".

La mutazione tecnologica della radiologia, o almeno il suo completamento, è ancora dovuta a un fisico, Alan Cormack, che insieme a un ingegnere, Godfrey Hounsfield, pone le basi teoriche e tecnologiche per la tomografia computerizzata per trasmissione di raggi X, la TAC, oggi patrimonio irrinunciabile della medicina. Negli ultimi decenni e anni la strumentazione biomedica si è ancora arricchita notevolmente anche grazie all'applicazione di fenomeni fisici noti da tempo secondo modalità nuove: l'energia luminosa applicata al laser, l'energia nucleare alla medicina nucleare, l'energia sonora all'ecografia.

I continui progressi della scienza radiologica hanno portato a dare forma a una branca della fisica indicata comunemente *fisica sanitaria o fisica medica*; questa terminologia può essere considerata come un modo di sancire la definitiva separazione tra scienziati medici e scienziati fisici, ormai destinati a incontrarsi solo sul terreno dello sviluppo di applicazioni pratiche; in realtà può e deve essere considerata come una base teorica e scientifica a disposizione della medicina in un percorso che non può che essere comune.

L'evoluzione che è stata fin qui tratteggiata, sia pure sinteticamente, sembrerebbe, di per sé, conclusa. La collaborazione a progetti tecnologici, aventi come fine il miglioramento delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, lo sviluppo congiunto di programmi di ricerca, orientati all'applicazione delle più recenti scoperte della fisica alla medicina, parrebbero l'ambito esclusivo cui l'evoluzione tecnologica ha condotto il rapporto tra medici e fisici.

Ma come la storia della scienza insegna, molto spesso il momento in cui il prestigio di un paradigma sembra giunto al suo culmine è anche il momento in cui iniziano a emergere con maggiore chiarezza i suoi limiti. E in effetti, se la crescente tecnicizzazione della medicina veniva salutata fino a qualche decennio fa come il punto di forza della sua evoluzione, oggi che la prevalenza schiacciante del paradigma razionalista-meccani-

cista nella professione medica è sotto gli occhi di tutti, emergono da settori sempre più vasti della società istanze di critica a quelle che potremmo definire le *malattie della medicina*: la spersonalizzazione dell'atto medico, le possibili conseguenze di un uso spregiudicato della manipolazione genetica, le distorsioni della pratica clinica che emergono nell'ambito della medicina sportiva, temi che creano sconcerto e timore in fasce sempre più ampie della società e che deprimono il prestigio della classe medica agli occhi dei pazienti.

Dall'altro lato la diffusione delle cosiddette "medicine alternative", alimentandosi da tali timori, crea l'illusoria aspettativa di una "contro-rivoluzione copernicana" che riporti in auge metodi di cura a-razionali, se non francamente irrazionali, basati su congetture e suggestioni prive di ogni serio fondamento scientifico.

In questo quadro non propriamente ottimistico, piace pensare che dal rapporto tra fisica e medicina ci si possa ancora oggi attendere qualcosa di nuovo e inaspettato. Non si pensi solo agli aspetti tecnici della professione medica, che oggi più che mai risentono del progresso della fisica applicata. Si pensi piuttosto alle difficili ma quanto mai fruttuose crisi che la fisica teorica ha dovuto attraversare all'inizio del Novecento, quando ogni fisico sfogliava le riviste scientifiche con il timore, o la speranza, che le fondamenta su cui aveva costruito anni di preparazione potessero essere spazzate via dall'articolo di un giovane sconosciuto; anni in cui uno studioso chiuso nel proprio laboratorio poteva addirittura spostare gli equilibri strategici tra le grandi potenze mondiali. Oggi che il fermento degli "anni eroici" si trova a investire la medicina e la biologia, gioverebbe forse aver presente come la fisica, ma soprattutto *i fisici*, siano riusciti a mantenere diritto il timone della scienza senza lasciarsi influenzare dai volubili umori della pubblica opinione e senza cedere a compromessi etici che avrebbero avuto conseguenze inimmaginabili.

Se dunque concepire un Von Helmholtz del XXI secolo può riuscire difficile, non per questo è giusto pensare che i rapporti tra fisica e medicina non possano estendersi anche oggi oltre l'ambito strettamente specialistico in cui convergono le diverse competenze tecniche. Questa convergenza

può e deve essere trovata soprattutto sul terreno della sintesi culturale tra le diverse visioni gnoseologiche che ispirano le rispettive scienze, non in astratto, ma nel concreto sviluppo che le hanno portate a essere ciò che esse appaiono *hic et nunc*. Che questo sforzo sia oggi più che mai necessario nell'ambito medico, lo confermano le parole che Cosmacini dedica al momento che la scienza medica attraversa oggi: «Oggi, accanto a un maximum di capacità analitica, esiste spesso solo un *minimum* di capacità sintetica. Lo sforzo professionale è concentrato prevalentemente sull'analisi. Quale sforzo culturale è stato fatto e si fa per la sintesi? Il problema della formazione è stato ed è affrontato soprattutto sotto il profilo specialistico, tecnico; è stato ed è meno sentito sotto il profilo epistemologico, critico. Spesso è lasciato all'autodidattica, al buon senso, all'attività pratica sul campo. Se questa salva i propri contenuti umani e sociali, lo fa perché li ritrova non nell'attuale realtà del proprio pur inestimabile patrimonio scientifico-tecnico, ma nella propria tradizione culturale, attenta all'uomo nella sua totalità somatica e psichica, nella sua integrazione con l'ambiente di vita e di lavoro. Ritrovare questa tradizione non significa tornare

indietro, alla pre-analisi, alla non-specializzazione. Significa andare avanti, oltre la iper-analisi, oltre la iper-specializzazione».

Sembra chiaro che, nello sforzo di ridefinizione epistemologica cui Cosmacini chiama la medicina, la fisica abbia un ruolo da giocare, e non dei meno rilevanti; da questo punto di vista dovendo scegliere la denominazione di *Fisica sanitaria* piuttosto che di *Fisica medica* si ritiene di concludere con la proposta di una terza via proposta da Giampiero Tosi, primo direttore fisico dell'Ospedale Maggiore di Milano, quella di *Fisica in Medicina*, a voler sottolineare che “il fisico che lavora nel campo della Medicina deve mantenere la propria identità culturale e metodologica, inserendola in una disciplina, la medicina appunto, che fonda la sua dottrina e le sue possibilità su un metodo differente: per questo dunque, *Fisica in Medicina*, e non *Fisica Medica* o *Fisica Sanitaria*”.

Piace concludere riportando nella tabella seguente i premi Nobel assegnati ai fisici e ai fisici-chimici citati in questa nota e che hanno avuto un ruolo straordinario nello sviluppo della Fisica e della Medicina.

<b>Premi Nobel</b>			
<i>Anno</i>	<i>Disciplina</i>	<i>Vincitore/i</i>	<i>Motivo</i>
1901	Fisica	W. Röntgen	Raggi X
1903	Fisica	H. Becquerel, M. Sklodowska, P. Curie	Radioattività naturale
1911	Chimica	M. Sklodowska	Scoperta Radio e Polonio
1935	Chimica	I. Curie, F. Joliot	Radioattività artificiale
1979	Medicina	A. Cormack, G. Hounsfield	TAC
2003	Medicina	P. Lauterbur, P. Mansfield	Risonanza magnetica

# *Due cantieri come vasi comunicanti*

## *Nel XVII secolo, un andirivieni di architetti e scultori tra Duomo e Ca' Granda*

ERNESTO BRIVIO

Da ormai un secolo, due grandi cantieri occupavano i sogni, l'interesse, i *ciâcer* dei milanesi: quello della "gran macchina del Duomo", la cattedrale patrocinata da Gian Galeazzo Visconti per esprimere sia la potenza e l'importanza europea della sua Signoria sia la fede e la religiosità degli ambrosiani, e l'altro, dello "Spedale dei Poveri", la Ca' Granda, voluto da Francesco Sforza per offrire ai più bisognosi un'assistenza medica dignitosa e ai sudditi uno strumento efficace per l'esercizio della loro *pietas*.

Ma i sogni, l'interesse e i *ciâcer* dei milanesi si fecero a loro volta più inquieti, critico e quasi morboso e vivaci dall'ultimo decennio del Cinquecento in poi, quando, per motivi ben diversi, la continuazione dei lavori subì condizionamenti, lunghe soste, riprese stilisticamente anomale rispetto al già costruito.

Un fenomeno più che comprensibile quando per l'entità e la grandiosità dell'iniziativa si sa, già in partenza, che i lavori si protrarranno per decenni e decenni, se non per secoli; si aggiunga poi che, fin dal loro avvio, i grandi cantieri ben difficilmente operavano su un progetto esecutivo globale, ma avanzavano su progetti di massima, via via definiti e completati con il procedere dell'edificio secondo disegni e modelli particolareggiati. Del tutto ovvia l'impossibilità di garantire il loro finanziamento, per lo più di matrice popolare e quindi secondo cespiti annuali se non stagionali, messi sempre in pericolo da cause molteplici che colpivano con inarrestabile frequenza: rivolgimenti politici, guerre, occupazioni, pestilenze, carestie.

Da questi accenni si conferma che la storia è una scuola di vita che nessuno, o quasi, frequenta; di assai simile, se non di peggio, succede tutt'oggi, anche per opere che – di modesto impegno, brutale sobrietà e scarsa qualità estetica, non certo

paragonabili ai due cantieri cui ci riferiamo – sono tuttavia di grande importanza sociale, culturale, produttiva e di relazione.

Tra alti e bassi, il cantiere del Duomo proseguiva con la sua singolare impronta tardo-gotica che, grazie a Giovanni Antonio Amadeo (primo e secondo decennio sec. XVI) e a Vincenzo Seregni e Cristoforo Lombardo (quarto decennio sec. XVI), si era ingentilito assumendo alcuni caratteri secondari, cioè più decorativi e scultorei che architettonici, della rinascenza lombarda, sicuramente il più tardivo capitolo del Rinascimento italiano.

E sarebbe proseguito così se non fossero intervenuti i decreti del Concilio di Trento, in particolare quelli all'arte sacra, e il loro più determinato e intelligente interprete, il santo arcivescovo di Milano card. Carlo Borromeo<sup>(1)</sup>. Si trattava, anche con l'architettura e tutte le altre arti figurative, di sottolineare fortemente l'unità della Chiesa cattolica nel riconoscimento dell'unico pastore, il pontefice che regnava sul soglio di Pietro, a Roma. Occorreva che le stesse modalità architettoniche e gli apparati decorativi, soprattutto pittura e scultura, si ispirassero all'arte ecclesiale romana del tempo – si era nella Roma post michelangiolesca – per sottolineare visivamente questo vincolo nella sua molteplice veste: teologica, sacramentale, spirituale e giuridica.

Ovviamente per motivi pastorali e di disciplina ecclesiastica, il Borromeo diede la precedenza a "inventare" il grandioso presbiterio del Duomo (divenuto la chiesa pilota della riforma cattolica), scandito nei suoi diversi poli celebrativi da opere di grande suggestione evocativa, di raffinata arte, di varia e preziosa materia. Un insieme unitario e di elevato livello artistico dovuto a Pellegrino Pellegrini, imposto alla Veneranda Fabbrica proprio da san Carlo perché, oltre all'esperienza maturata

nella Roma papale, possedeva l'inclinazione interiore e le specifiche qualità progettuali, atte a interpretare le intenzioni dell'arcivescovo e a far concentrare l'attenzione e la tensione spirituale dei milanesi sui divini misteri, non più celebrati al centro di architetture e spazialità gotiche, fortemente evocanti le cattedrali delle contrade centroeuropee, dalle quali nacque e si propagò il protestantesimo.

Ma il santo cardinale non ebbe tempo di esprimere le sue idee per la facciata, della quale fino ad allora non v'è traccia di interesse e di proposte da parte della Fabbrica. Il Pellegrini<sup>(2)</sup>, dal canto suo, alla morte dell'arcivescovo (1584) ripará in Spagna per sottrarsi ai processi che pendevano su di lui, a causa dei violenti contrasti che il suo operato aveva sollevato negli architetti che erano allineati con l'ala – oggi si direbbe – piú conservatrice della Fabbrica impegnata nella difesa della "conformità al gotico".

A seguito di un nuovo concorso indetto nel 1592<sup>(3)</sup>, Pellegrini inviò dalla Spagna due versioni di facciata "alla romana", poderosa ed elegante architettura tardo-cinquecentesca, delle quali una presentava due campanili ai lati della fronte. Poiché è nota la dotta frequentazione tra il cardinale e l'architetto, è lecito ritenere che i progetti di Pellegrino siano influenzati dalle riflessioni di Carlo in merito alla facciata, così come si può ipotizzare che fosse avvenuto per i disegni "alla greca e non alla tedesca" di Tolomeo Rinaldi (1590) e per quelli, coevi, di Martino Bassi, il quale, progettando un ampio e nobile portico, per primo ebbe a recepire l'esplicita richiesta dell'arcivescovo. Tutti questi progetti rimasero, però, solamente sulla carta.

All'arrivo sulla cattedra ambrosiana del card. Federigo Borromeo (1595), cugino di Carlo, il problema venne affrontato con maggior concretezza. Il nuovo arcivescovo sposò in pieno l'insegnamento del predecessore, del quale ereditò e portò a termine le opere all'interno della cattedrale. Sorretto da una profonda cultura umanistica e teologica, riprese l'interrotto studio della facciata, nell'intento di risolvere l'annoso problema e di dare al Duomo il necessario compimento monumentale.

Chiamato dall'arcivescovo, Francesco Maria Richino<sup>(4)</sup> già nel suo primo anno di attività presso la Veneranda Fabbrica (1603) stese un progetto che recuperava quello pellegrinesco, concedendo, però, maggior enfasi al fastigio superiore e introducendo molti elementi decorativi, ma conservando quasi integralmente l'impianto generale dell'architettura, i suoi valori spaziali, la collocazione delle aperture, il disegno e la forte plasticità delle modanature dei portali e delle finestre. La ripresa del progetto Pellegrini per volere del card. Federigo rappresenta, secondo noi, la conferma che le idee-guida alla base del disegno degli anni 1592-95 abbiano avuto origine dalla mente di Carlo Borromeo e che, con coerente continuità, ad esse volle riferirsi il fondatore della Biblioteca Ambrosiana. Richino, nell'arco dei trentacinque anni in cui fu attivo alla Fabbrica e piú o meno direttamente interessato alla facciata, consegnò vari progetti, sostanzialmente varianti di quello iniziale, sempre rispettando portali e finestre disegnate dal Pellegrini, che nel frattempo si andavano costruendo. L'ultima proposta fu quella del 1635; in essa eliminò riquadri, nicchie, pinnacoli e altri ornati, a vantaggio di una facciata nobilmente piú composta e della scultura, divenuta piú importante e visibile, vera comprimaria con l'architettura, secondo i canoni dell'arte classica.

Quale il motivo di questa esemplificazione? Riteniamo possa essere stata la necessità di rispettare la volontà testamentaria di Giovanni Pietro Carcano<sup>(5)</sup>. Il testatore, morto il 4 luglio 1624, con lascito rogato l'8 maggio 1621, lasciava eredi della metà delle rendite del proprio ingente patrimonio l'Ospedale Maggiore, per completare la Ca' Granda fin contro il laghetto di Santo Stefano in Brolo, e la Fabbrica del Duomo, per portare a compimento la facciata "*senza interruzione, solo con i denari delle rendite da me lasciate, senza aggiungerne di altra provenienza*", ma con un'altra condizione assai vincolante: "*non voglio che tale somma sia usata per il pagamento delle colonne o piramidi che si dice si vogliano porre davanti alla Chiesa maggiore*". Gli effetti di questa volontà si ravvisano appunto nell'ultimo progetto Richino, che conservava ancora le dieci alte colonne di granito rosa di Baveno. Al destino di

queste ultime provvide il fato – ma noi propendiamo per la Provvidenza – ; infatti, alla manovra d'imbarco sull'apposita chiatta lunga 50 braccia (circa 30 m) del monolite della prima colonna (lunghezza circa m 10), qualcosa non funzionò e il masso cadde in tre pezzi nel Lago Maggiore. Si affondarono così e la chiatta e il progetto Pellegrino-Richino e la sudditanza del Duomo ambrosiano all'architettura ecclesiastica romana; la Fabbrica conservò l'eredità Carcano, impiegandola in diverse opere in corso nella cattedrale, secondo le indicazioni del benefattore.

E' venuto così alla ribalta il nome del più illustre architetto del primo barocco milanese: Francesco Maria Richino. Oltre ai molti importanti palazzi e chiese da lui edificati a Milano e in Lombardia, egli fu anche attivo, con più fortuna, alla Ca' Granda <sup>(6)</sup>, ove con l'aiuto di Fabio Mangone <sup>(7)</sup> (architetto caro a Federigo Borromeo, autore nel 1623 di un progetto di facciata per il Duomo) e la consulenza di Gian Battista Crespi, il Cerano <sup>(8)</sup>, preparò i disegni per il grande cortile centrale a loggiati sovrapposti, con il recupero dei tondi marmorei amadeiani, attese al corpo di mezzo verso via Festa del Perdono e alla chiesa dell'Annunziata. Di grande valore e impatto plastico è il monumentale accesso al corpo centrale, costituito da un portale concluso da un timpano triangolare, tripartito da coppie di colonne su due ordini, con nicchie animate inferiormente dalle statue di S. Ambrogio e di S. Carlo, di Giovan Battista Bianco <sup>(9)</sup>, e superiormente dall'arcangelo Gabriele e dalla Vergine Annunziata, di Giovan Pietro Lasagna <sup>(10)</sup>. Tra gli anni 1625 e 1649, l'elenco degli scultori operanti alla Ca' Granda si fa cospicuo ed è bene notare che sono gli stessi che lavorano nel cantiere del Duomo: Francesco Castelli <sup>(11)</sup>, Giovanni Pietro Giovenzano <sup>(12)</sup>, Gian Francesco Giussano, detto Bellone <sup>(13)</sup>. In precedenza, nel 1603, lo scultore Pietro Antonio Daverio <sup>(14)</sup> eseguì una statua di S. Carlo Borromeo in marmo bianco. Prestarono la loro opera per entrambe le fabbriche anche i pittori Camillo Procaccini <sup>(15)</sup> e Paolo Antonio Volpino <sup>(16)</sup>; a questi si deve aggiungere l'intagliatore in legno Claudio Mangone <sup>(17)</sup>, che nel 1634 consegnò le tre porte per la nuova facciata centrale: sulla più grande, in alto, intagliò un' Annunciazione.



Dall'alto: Il Duomo di Milano. "Disegno della facciata Pellegrini-Richini, I decennio del sec. XVI". "Disegno di facciata di Carlo Buzzi - 1645/53" (Fototeca Fabbrica del Duomo).

La contemporanea presenza di questi architetti e scultori nei grandi cantieri del Duomo e della Ca' Granda, affacciati ai lati opposti del Laghetto di Santo Stefano in Brolo, testimonia la naturale parentela fra i due edifici. Essa risale già agli inizi dell'Ospedale, nella seconda metà del secolo XV, come ricordano le prestazioni di Guiniforte Solari e di Giovanni Antonio Amadeo. Questo crescere insieme - pur tra difficoltà economiche, diverse opinioni architettoniche, rivolgimenti politici e occupazioni straniere - rinsalda ancor di più lo spontaneo vincolo tra il Duomo, tempio della preghiera e dell'annuncio cristiano, e lo "Spedale dei poveri", espressione concreta della carità evangelica proclamata dal vescovo nella cattedrale.

Per concludere, tra il 1647 e il 1653, Carlo Buzzi<sup>18</sup> presentò quattro progetti che rappresentarono una parola nuova nel dibattito per la facciata del Duomo, in piena antitesi con i progetti fin qui elaborati, ma riuscendo a mediare tra le due contrapposte tendenze: alla gotica o alla romana? Egli, aderendo alle disposizioni della Veneranda Fab-

brica e al criterio tipicamente milanese di non disfare il già fatto, sostituì colonne e modanature, pinnacoli e mascheroni con contrafforti semplici e doppi - tra i quali incastonò i portali e le finestre "alla romana", salvando così una splendida testimonianza di architettura manieristica -, con guglie e falconature, mensole e baldacchini: in una parola riportò la cadenza, la struttura e il linguaggio che già caratterizzavano i fianchi della cattedrale, naturale emanazione della fulgida architettura dell'abside e del transetto. Questa soluzione "protoneogotica" caratterizza la facciata del nostro Duomo, da leggere e da capire come una grande pagina sincera e vera di storia di questa architettura e dell'intero tempio che non finiscono mai di stupire.

Questa scelta appare come un' autonoma risposta di Milano, se non della Chiesa ambrosiana; scomparso i due Borromeo, sembra di sentire riecheggiare la voce del patrono Ambrogio: "A Roma seguano pure le loro usanze; a Milano invece si fa così".



Ospedale Maggiore di Milano: la parte centrale della fronte barocca (da Liliana Grassi - *Lo Spedale di Poveri del Filarete*)



**Note:**

1 - Per una maggior conoscenza di questo evento e dei suoi riflessi sul Duomo di Milano, si rimanda a: E. Brivio, *Il presbiterio del Duomo di Milano*, in "Civiltà Ambrsiosiana", anno 1, gennaio-febbraio, pp. 24-31, Milano 1984; G. Santi, *Instructiones Fabricae*, in "Dizionario di Liturgia Ambrosiana", pp. 247-249, Milano 1996, cui attingere ulteriore bibliografia.

2 - Per un'ampia biografia del Pellegrini, si consiglia: G. Rocco, *Pellegrino Pellegrini*, Milano 1939; A. Buratti Mazzotta, *Pellegrino Pellegrini*, in "Il Duomo di Milano – Dizionario storico artistico religioso", 2° ed., pp. 429-432, Milano 2001.

3 - Sulle vicende dei progetti e della costruzione della facciata del Duomo e sull'attività degli architetti citati nell'articolo, si rimanda ai due recenti studi: F. Repishti, *La facciata del Duomo di Milano (1537-1657)* e R. Schofield, *Architettura, dottrina e magnificenza nell'architettura ecclesiastica dell'età di Carlo e Federico Borromeo*, in "Architettura e Controriforma", a cura degli stessi, pp. 13-124 e pp. 125-250, Milano 2003.

4 - Attivo alla Fabbrica del Duomo dal 1612, fu nominato architetto della stessa nel 1631 e licenziato nel 1639.

5 - Sull'argomento, si veda la serie di tre articoli: E. Brivio, *Duomo e Ospedale Maggiore uniti nel generoso intreccio del legato Carcano*, in "Ca' Granda". n. 2, 1944, pp. 6-12; nn. 3, 4, 1994, pp. 24-28; nn. 2, 3, 1996, pp. 48-54.

6 - Per le notizie che seguono relative ai lavori per la Ca' Granda, ci si è avvalsi dell'accurato studio e dell'apparato illustrativo pubblicato dalla compianta amica Liliana Grassi. Cfr. L. Grassi, *Lo "Spedale di poveri"* del Filarete, pp. 43-74, Milano 1972.

7 - Attivo al cantiere del Duomo dal 1614, fu nominato architetto della

Fabbrica nel 1617. A lui si devono lo studio e la preparazione del trasporto della prima colonna per la facciata Pellegrini-Richino. Purtroppo, il 10 luglio 1628, durante il sollevamento del manufatto per l'imbarco si ruppero le funi e il masso precipitò in acqua. Lo sconforto per l'incidente minò la salute del Mangone che morì il 4 marzo 1629.

8 - Pittore, architetto, sovrintendente ai lavori di scultura, fu attivo alla Fabbrica del Duomo dal 1598 al 1631. È il maggior iconografo di S. Carlo, come attestano i suoi teleri sulla vita e i suoi quadroni sui miracoli del Borromeo, eseguiti per il Duomo tra il 1602 e il 1610. A lui si devono i bozzetti monocromi per i maggiori altorilievi di facciata.

9 - Scultore della Fabbrica dal 1629 al 1633; a lui si debbono molte statue e rilievi marmorei.

10 - Fu uno dei più importanti e fecondi scultori operanti per il Duomo, ove lavorò ininterrottamente dal 1610 al 1658.

11 - Lavorò per la cattedrale solamente nel 1618.

12 - È segnalato sui libri di Fabbrica nel 1629.

13 - Partecipò ai lavori di scultura unicamente nel 1626.

14 - La scultura fu commissionata per il frontespizio dell'infermeria degli scalini, dalla quale fu rimossa e collocata nell'archivio ospedaliero. Lo scultore fu a lungo attivo per il cantiere del Duomo, dal 1588 al 1622.

15 - Appartiene alla ben nota famiglia di pittori; fu attivo in Duomo tra il 1590 e il 1610.

16 - Operò in Duomo solamente nel 1630.

17 - Falegname, fu attivo nel cantiere della cattedrale nel 1630.

18 - Forse già in attività per la Fabbrica dal 1629, ne fu nominato architetto nel 1638, incarico che esercitò fino alla morte, avvenuta nel 1658.



Ospedale Maggiore di Milano: veduta del cortilone centrale nell'angolo ovest (da Liliana Grassi - *Lo Spedale di Poveri del Filarete*)

# Testimonianza e responsabilità

ELISABETTA ZANAROTTI TIRANINI

Uno dei pregi della lingua italiana, a parte la sua musicalità, è costituito dalla ricchezza dei lemmi e, all'interno di questi, si snodano espressioni semantiche assai variegata.

Ho scelto i termini "testimonianza e responsabilità", perché le loro sfaccettature sono realmente molteplici.

Il politico e saggista Vittorio Foa afferma: «Quando muore un anziano, scompare un'intera biblioteca». Le esperienze e le acquisizioni personali, scaturite da una lunga esistenza, possiedono un valore incommensurabile.

Ma, procedendo per ordine e per argomento, tutti siamo consapevoli di quanto sia fondamentale l'escussione dei testimoni. La prova testimoniale appartiene alla categoria delle prove indirette, costituendo un utile supporto insieme alla confessione e al giuramento, fornito però da un terzo. Nel nostro attuale ordinamento giuridico riveste una rilevanza così essenziale da autorizzare il magistrato, qualora rilevi con sicurezza la mendacità, a condannare il testimone "per direttissima". Non è indispensabile essere religiosi per sapere che la falsa testimonianza è condannata nell'VIII comandamento del Decalogo, si tratta anche di una questione etica. Per citare una locuzione di dominio pubblico, l'Italia "patria del diritto", fin dall'antichità ha studiato la testimonianza. Malgrado questa non sia la sede per compiere un "excursus" storico, giova ricordare che già dal 450 a. C. circa, la "*Lex XII Tabularum*" (Legge delle Dodici Tavole) nucleo del "ius legitimus vetus" è essa stessa una testimonianza della nostra cultura giurisprudenziale.

Diversi sono stati gli imperatori romano-bizantini che si occuparono di legislazione; questa raggiunse il suo apice con Giustiniano I (482-565 d. C.) ideatore di una migliore e più maneggevole raccolta di leggi: il celeberrimo "*corpus iuris civilis*" redatto grazie all'organizzazione del suo efficiente giureconsulto Tri-

boniano, messo a capo di un'apposita commissione. Ancora oggi, seppure con opportune modifiche, attingiamo molte norme da tale opera immortale.

Fu proprio Giustiniano I a rendere obbligatoria la prestazione di testimonianza richiesta dal giudice, prima essa era libera. Anticamente, tra i popoli cui non era nota la scrittura vigeva la prova strumentale.

La Chiesa ereditò dal diritto romano questo mezzo di prova, e con il proprio diritto contribuì a renderlo diffuso anche presso i popoli germanici nei quali, però, la prova testimoniale non mancava anche se ci si affidava all'"ordalia" o giudizio di Dio.

Ma prescindendo da ciò che riguarda il religioso o il giuridico, ci siamo mai domandati quanto possa cambiare la vita di una persona che presta o che subisce una testimonianza? Esiste un filo indissolubile tra testimonianza, responsabilità e memoria.

Quando una persona si offre come testimone, assume una consapevolezza del proprio e dell'altrui coinvolgimento fisico e morale, portando alla luce fatti che potranno assumere una rilevanza assoluta.

Per esemplificare, possiamo affermare che ogni nostro atto, consapevolmente o no, produce un effetto fisico simile a quello provocato da un sassolino gettato nell'acqua.

Soprattutto da bambini, la nostra attenzione è stata attratta dai numerosi cerchi concentrici che si formano nel fluido; oppure, stando su una spiaggia, abbiamo rilevato il propagarsi e il frangersi di particolari onde dopo il passaggio di un natante, grande o piccolo, nell'immensità del mare.

Ebbene, anche se in modo quasi impercettibile o infinitesimale, il nostro comportamento nel tempo e nello spazio non sarà inosservato. Arriverà ad un'altra "sponda" di quel mare, in perenne movimento ed evoluzione, costituito dal genere umano e dalla natura.

È questa la motivazione che dovrebbe farci sentire pienamente responsabili quando compiamo un gesto,

oppure ce ne asteniamo. Anche le omissioni, talvolta, possono essere di gravità mortale. Nel momento in cui siamo testimoni e possibili soccorritori, ma invece rimaniamo indifferenti e inattivi, moralmente non possiamo più considerarci uomini o donne, bensì la nostra condizione è pari a quella di un essere senza anima e senza cuore.

Immanuel Kant affermava che le facoltà conoscitive sono tre: sensibilità, intelletto, ragione. Allora, usufruiamone, perché esse contribuiscono alla nostra dignità che non deve mai annullarsi.

Responsabilità ed etica, per la loro stretta correlazione, come facilmente si può immaginare, sono temi dominanti e prediletti da parte di molti filosofi.

Il tedesco naturalizzato statunitense Hans Jonas ha riproposto l'argomento già nel 1979 con la pubblicazione del suo saggio "*Principio di responsabilità*" dove, nell'approfondimento dell'etica nell'età della tecnica e delle biotecnologie, l'oggetto non è più formato soltanto dai rapporti interumani, ma si verifica una dilatazione all'intera biosfera; quindi la responsabilità non riguarda più il singolo soggetto, ma l'umanità nel suo complesso.

Il francese di origine lettone Emmanuel Lévinas, influenzato dall'esistenzialismo, nella sua opera "*Umanesimo dell'altro uomo*" (1972), ritiene che l'idea chiave dell'etica in quanto tale, sia la responsabilità nei confronti dell'altro.

Uno dei problemi che assillano gli storici contemporanei è la progressiva inesorabile scomparsa dei testimoni oculari del XX secolo, periodo dei più cruciali per ricchezza di fatti e per gravità di eventi. Il luogo che, per nostra fortuna, è il pilastro e la raccolta di innumerevoli testimonianze di quasi tutto lo scibile umano è rappresentato dalle biblioteche: pubbliche o private, antiche o moderne sono uno dei beni più preziosi in ogni senso.

In campo medico-scientifico, i progressi sono veramente notevoli. L'allungamento della durata della vita media umana fra l'inizio e la fine del Novecento è la prova tangibile che la medicina ha subito un'evoluzione a ritmo geometrico. Le nuove tecnologie e gli studi sempre più avanzati dimostrano che l'intelligenza e la volontà dell'uomo possono essere sfruttati per il suo benessere.

Gli scritti e le opere di tutti questi scienziati non verranno mai dimenticati, perché proprio chi si inte-

ressa di storia e, nella fattispecie, di storia della medicina o della salute o anche della sanità, adempie ad un impegno: quello di raccogliere con pazienza, oggettività e organicità tutte le testimonianze, divulgandole nel modo più diretto e interessante.

La nostra responsabilità ci suggerisce di avvicinarci al malato, testimone di un dolore nel corpo e nella psiche che abbiamo il dovere e il diritto di lenire con ogni mezzo.

Secondo me, la testimonianza più sublime rimane quella d'amore, intesa come amore concreto e fattivo per un'umanità sofferente nel fisico e nello spirito. In un mondo dove ogni giorno siamo, nostro malgrado, spettatori di violenze, soprusi, ingiustizie e catastrofi, siamo anche illuminati dalla luce di persone che, come piccoli ma robusti bianchi fiori sbocciati in un deserto di aridità, di contraddizioni e di indifferenza, si curano dei più deboli. Ecco, dunque un Albert Schweitzer, un Raoul Follereau, una madre Teresa di Calcutta, o organizzazioni come *Médecins sans frontières* e *Emergency* o la stessa Croce Rossa Internazionale, per non citarne altri, meno noti a livello mondiale, ma che da anni si occupano anche di bambini disabili con competenza, scrupolosità e abnegazione per restituire con la propria costante affettuosa presenza la serenità e la "dignità di persona" a un malato, a un defedato o a un emarginato.

# *La narrativa come forma di pensiero*

GIANNI TRIMARCHI

Quando si parla di narrativa, soprattutto dopo l'avvento della televisione, è forte la tentazione di abbinarla a uno svago, o a un'evasione, priva di sbocchi culturali veri e propri. In altri casi si può trovare chi tende a trasformare i testi in una sorta di indovinello da decodificare, dimenticando le sottili variabili sottese da questa forma di comunicazione, in cui passione, intelletto e formazione si uniscono in un articolato intreccio. Proprio questo intreccio è quanto vorremmo prendere in esame, facendo riferimento anzitutto al mondo infantile e poi a quello degli adulti, che come vedremo, mantiene per le forme narrative la funzione di veri e propri strumenti di pensiero.

Veniamo ora a quanto riguarda le radici infantili del mondo adulto.

Il particolare fervore con cui l'astronomo si dedica ai suoi studi scientifici è imbevuto di quanto rimane del senso di reverente sbigottimento che lo soprafface quando, da piccolo, contemplò per la prima volta la bellezza, o l'immensità del cielo, se non anche la sua eternità...

Il buon biologo, non meno del buon medico, conserva nel proprio intimo il senso di meraviglia ispirato dal miracolo della vita...egli deve in qualche modo avere l'alone di quelle facoltà magiche che passate generazioni attribuivano allo stregone<sup>(2)</sup>.

Giustamente è stato detto che il narrare non è mai innocente, in quanto non è mai referenziale; al contrario esso è sempre soffuso di un alone di malvagità, o di immoralità, con al suo interno un messaggio nascosto e mai del tutto univoco, che nemmeno i narratori sono sempre in grado di decodificare per intero. Questo in buona parte è ciò che costituisce il fascino della storia stessa.

Questa equivocità della fiaba si connette con la teorizzazione di B. Bettelheim secondo il quale le fiabe della tradizione hanno la funzione di mettere

*La narrativa, ora finalmente ce ne rendiamo conto, è davvero un affare serio, che sia nel diritto, in letteratura, o nella vita.  
(J. Bruner<sup>1</sup>)*

un bambino in forma esplicita, ma discreta, davanti ai suoi conflitti interiori, permettendogli così di dare un volto e un nome ai suoi problemi, che altrimenti non saprebbe come affrontare. L'allusività avrebbe il pregio di indicare tutta una serie di soluzioni, offrendo spunti alla riflessione, ma senza esigere un preciso comportamento da parte del bambino, il quale, a seconda del suo livello evolutivo può trovare via via, anche nella stessa fiaba suggerimenti diversi.

Così ad esempio, facendo riferimento alle fiabe dei Grimm, un bambino può trovare molto significativo il fatto che Hänsel lasci dietro di sé dei sassolini, mentre una bambina potrà trovare particolare interesse al fatto che è Gretel a sconfiggere la strega. Nel caso di Rapunzel, possiamo riscontrare, in linea di massima, la problematica della madre gelosa, che rinchioda sua figlia in una torre, ma un bambino potrà interpretare questo fatto come una rassicurante difesa contro il mondo esterno, nel momento in cui sua madre dovette abbandonarlo per qualche tempo per farsi ricoverare in un ospedale.

In sostanza la fiaba mette in atto una sorta di giudizio analitico, che ripresenta al bambino in forma esplicita i suoi conflitti più profondi e non pronunciati. Il fatto di esplicitare situazioni abitualmente lasciate nella totale oscurità dell'implicito può tuttavia mettere in atto dei processi non banali di elaborazione.

Le madri non possono accettare i desideri dei loro figliolotti di sbarazzarsi del papà e di sposare la mamma; ma una madre può partecipare con piacere alla fantasia in cui suo figlio immagina se stesso come l'uccisore di draghi, che prende possesso della sua bellissima principessa. Inoltre una madre può incoraggiare senza riserve le fantasie della figlia circa il bel principe che si unirà a lei, aiutando

dola così a credere in una felice soluzione, nonostante la sua presente delusione. Così, lungi dal perdere la madre a causa dell'attaccamento edipico al padre, la figlia si rende conto che la madre non solo approva simili desideri camuffati, ma anche spera nella loro realizzazione. Mediante le fiabe il genitore può unirsi al bambino in tutti i suoi viaggi fantastici, pur mantenendo la sua importantissima funzione di svolgere i compiti parentali nella realtà<sup>(3)</sup>.

Questo modo di intendere, assai poco cartesiano, acquista un significato enorme per chi si trovi a dialogare con dei bambini, ai quali invece risulta molto consueto.

Piaget riferisce che una bambina gli chiese di parlare delle ali di un elefante. Egli rispose che gli elefanti non volano, al che la piccola insistette: "Ma sì che volano, io li ho visti." Piaget replicò che certo essa voleva scherzare... Se Piaget avesse avviato una conversazione per capire dove era diretto in volo un elefante così di fretta, o sui pericoli da cui cercava di fuggire, i problemi con cui la bambina era alle prese avrebbero potuto venire alla luce, perché Piaget si sarebbe disposto ad accettare il suo modo di approfondire il problema<sup>(4)</sup>.

Questo passo può forse darci qualche ragguaglio sui motivi del grande successo del disneyano Dumbo: l'elefante che volava, agitando le sue orecchie, grandi come ali, ma, a parte questo, stupisce l'atteggiamento di Piaget, il quale risulta qui decisamente orientato verso la dimensione computazionale del pensiero, in contraddizione con ciò che aveva scritto fin dalle prime opere, in cui egli riconosceva una sostanziale identità del pensiero infantile con quello prelogico, o animistico, dei primitivi.

Sospendiamo una scatola a una corda doppia e, davanti a Vel, la attorcigliamo, in modo che, lasciando la scatola, la corda si srotoli, trascinandola in un movimento rotatorio.

- Perché la scatola gira?...

- Perché il filo vuole srotolarsi.

- Il filo sa di essere arrotolato?

- Sì..., perché sente di essere attorcigliato<sup>(5)</sup>.

Tutto ciò spiega il successo di certe narrazioni, in cui gli oggetti risultano animati e dotati di intenzioni. Costituisce sicuramente un esempio classico la vibrazione burattino-bambino in Pinocchio, ma gli esempi potrebbero essere molti.

Se questo è il modo di pensare di un bambino, allora è facile pensare che questo porti a conflitti non trascurabili con la mentalità dei genitori, che inevitabilmente si pongono su un piano completamente diverso.

Certi genitori temono che i loro figlioletti possano lasciarsi trascinare dalle loro fantasie e che, esposti alle fiabe, finiscano col credere nella magia; ma ogni bambino crede nella magia e cessa di farlo quando diventa grande... Io ho conosciuto bambini mentalmente disturbati a cui non erano state mai raccontate delle fiabe, ma che investirono un ventilatore elettrico, o un motore, di poteri più magici e distruttivi di quelli mai attribuiti da una fiaba al suo personaggio più potente, o scellerato<sup>(6)</sup>.

Questo conflitto fra il modo di ragionare dei bambini e quello degli adulti si trasferisce anche su un certo tipo di mercato librario, che deve tener conto assai più dei desideri dei genitori, che non delle esigenze dei bambini, o dei loro insegnanti. A questo proposito scrive Bettelheim:



“... sempre costituisce un esempio classico la vibrazione burattino-bambino in Pinocchio ...”

(da Carlo Collodi - *Le avventure di Pinocchio*, Bur 2001)

“L'editore di una serie largamente in uso stava preparandone una nuova...io gli spiegai dettagliatamente perché a mio avviso le storie che aveva intenzione di usare erano mortalmente noiose...egli osservò cortesemente che avevo detto cose sensate, ma...mi ricordò che non erano i bambini, o gli insegnanti a comprare quella serie, ma solo i sovrintendenti e i consigli scolastici...”<sup>(7)</sup>

A questo punto Bettelheim si accorge di star combattendo una battaglia persa in partenza, in quanto gli effettivi acquirenti della collana non avevano gli strumenti per intendere quale fosse effettivamente il problema in campo. Per di più:

“Avendo suggerito l'uso delle fiabe come possibile materiale, sapevo che l'editore [aveva ragione], perché alcuni si sarebbero allarmati, dato che le storie mostravano le matrigne sotto una cattiva luce, altri avrebbero trovato le punizioni inflitte ai malvagi troppo crudeli, e così via.”<sup>(8)</sup>

Ciò che pensano i genitori e altre persone prive di una effettiva competenza professionale in merito all'educazione dei bambini rischia di essere il contrario di ciò che bisogna effettivamente fare:

“Molti genitori credono che al bambino dovrebbero essere presentate soltanto la realtà conscia, o immagini piacevoli e capaci di andare incontro ai suoi desideri: egli dovrebbe insomma essere esposto unicamente al lato buono delle cose...ma la vita reale non è tutta rose e fiori...Noi vogliamo far credere ai nostri bambini che tutti gli uomini sono intrinsecamente buoni; ma i bambini sanno che loro stessi non sono buoni e spesso, anche quando lo sono, preferirebbero non esserlo. Ciò contraddice quanto viene loro detto dai genitori e quindi rende il bambino un mostro ai suoi stessi occhi.”<sup>(9)</sup>

Questo in quanto gli si fa credere implicitamente che certi conflitti laceranti siano solo suoi, all'interno di un mondo idilliamente perfetto e esente dai conflitti che egli invece vive quotidianamente.

Proprio a causa della virulenza dei conflitti vissuti dai bambini, acquista importanza il “C'era una volta”, che caratterizza l'inizio di tante fiabe: il dramma raccontato avveniva sì, ma lontano dal nostro presente e dalla nostra vita. I draghi, delle cui storie alcuni piccoli sentono un grande bisogno, perché riflettono parte dei loro conflitti, sono essenziali nell'ambito della narrazione, ma la loro

presenza va sdrammatizzata attraverso la lontananza spazio-temporale: c'era una volta...ma oggi non più. Con questa premessa diventa più facile scatenare tutta la tregenda dei conflitti infantili, senza che i soggetti ne restino travolti. Da questa identificazione controllata con i problemi vitali rappresentati dalle fiabe, i bambini potranno acquisire una coscienza adulta equilibrata, perché avranno potuto elaborare quanto concerne i grandi problemi della vita.

Anche le abili riscritture delle storie messe in atto da Rodari<sup>(10)</sup> penso che acquistino un particolare significato se si costituiscono come un invito per i bambini a rielaborare attivamente forme e contenuti, in funzione di una problematica individuale, che trascende il pur affascinante lavoro di intervento nella meccanica della struttura narrativa, che, isolatamente preso, potrebbe anche avere un significato solo manieristico.

Il rapporto con la fiaba sopravvive poi negli adulti come la nostalgia struggente di un paradiso ormai perduto.

*O nonna, o nonna! deh com'era bella,  
quand'ero bimbo! ditemela ancor,  
ditela a quest'uom savio la novella  
di lei che cerca il suo perduto amor.*  
(G. Carducci: Davanti a S. Guido)

Ci resta da vedere in quali modi il mondo adulto mantenga un suo rapporto con le forme narrative, anche al di là della nostalgia di un passato irrecuperabile.

E' noto che ormai da lungo tempo psicologi e sociologi, quando devono descrivere delle situazioni, fanno riferimento a passi narrativi: in tutta una serie di casi il linguaggio narrativo, lungi dal costituire una mera evasione, viene riconosciuto come sostanzialmente più denso della prosa scientifica.

Risalendo poi ad una tradizione molto antica, J. Bruner ci parla, nel suo ultimo libro, degli avversari in un tribunale, che “si fronteggiano e narrano”, cercando di convincere i giudici, o più in generale i presenti, attraverso l'impiego di una retorica fondata ad un tempo sull'evidenza e sul pathos. Nel corso del dibattito compariranno, ovviamente, anche argomenti a carattere, per così dire, geometrico, ma sempre saranno i più importanti.

Secondo Bruner quella dei giuristi è una retorica

che non esce dalla codifica delle situazioni storicamente già date. In questo ambito la narrazione può avere la funzione di rendere l'inaspettato meno sorprendente, costituendo ciò che il nostro autore definisce come "l'imprevisto di repertorio" vale a dire la codificazione di stereotipi devianti, ormai consolidati, che proprio a causa delle reiterate narrazioni non costituiscono più oggetto di orrore, o di stupore; si tratta ad esempio del "figlio ingrato", o della "moglie infedele"<sup>(1)</sup>. In questo senso la narrativa "restituisce la legge al popolo", perché proprio attraverso l'evidenza emozionale del racconto, risulta possibile ad ogni tipo di cultura "convenzionalizzare le disuguaglianze e tenere a freno i suoi squilibri". In questa prospettiva, larga parte della cosiddetta legittimità sociale sembra fondarsi su quelle che potremmo definire come fiabe per adulti.

Questa retorica tuttavia può in certi casi eccedere dai suoi originari confini, nel momento in cui si ribalta in una narrazione capace di superare la "banalità dell'abitudine" per affacciarsi a un universo di mondi possibili. In questo caso la narrazione può avere la funzione di liberare i suoi fruitori dalle passioni banali e aprir loro l'orizzonte di nuove forme di vita. Così l'opinione pubblica americana si trovò a riflettere sulle ingiustizie e sulle contraddizioni profonde di valori attinenti al mondo in cui essa stessa viveva, prima con la lettura de "La capanna dello zio Tom" e poi con quella di romanzi come "Furore", che non inglobavano le piccole devianze, ma al contrario mettevano in discussione situazioni della vita e le confrontavano con i principi stessi della Costituzione e di quello che venne definito come il "sogno" americano. Gli orizzonti che si aprono in questi casi, secondo Bruner tenderanno ad affermarsi, perché "le storie impongono una realtà irresistibile"<sup>(2)</sup>, riproponendo sì gli elementi della tradizione, ma in funzione delle speranze di una collettività, capaci di travolgere passato e futuro in una nuova sintesi liberatoria.

Fin qui abbiamo parlato delle storie che coinvolgono una collettività e del singolo narratore, che opera la sua connessione con il suo contesto sociale affascinando il suo pubblico con storie che reinterpretano quelle della tradizione. Se il discorso si fermasse qui, verrebbe di pensare che la narrazione non consente spazio individuale, in quanto tutta la

vita tenderebbe ad essere assorbita dalla dimensione sociale, a scapito della formazione del singolo individuo. Non è così, in quanto ogni narratore ha sempre la possibilità di attingere a un contesto molto variegato di tradizioni. Questo gli permette di costituire dentro di sé tutto uno scenario di affetti e di valori, non necessariamente condizionato da quanto avviene all'esterno in quel singolo momento storico; in questo modo si realizza il difficile equilibrio fra autonomia individuale e connessione col sociale, che per Bruner, (ma non solo per lui) carat-



"... la fanciulla andò all'albero, aprì la serratura con la piccola chiave ..." (da Fratelli Grimm - *Nuove novelle*, Hoepli 1988)

terizza quella che forse è la parte più significativa della nostra vita. La costruzione dell'identità individuale viene qui intesa come la libertà di alimentare la propria formazione attraverso la scelta di alcune storie invece che altre, trascorrendo fra spazi e tempi diversi da quelli contingenti.

L'importanza della narratività risulta definibile, secondo Bruner, anche in negativo, prendendo in esame una malattia definita come “dysnarrativa”<sup>(13)</sup>: si tratta dell'incapacità di cogliere i fattori narrativi e di raccontare una storia, così come anche dell'incapacità di avere interazioni empatiche con un gruppo di ascoltatori.

Questa patologia neurologica venne descritta da O. Sacks come l'essere “svuotato e privo di anima”, in quanto “gli individui che hanno perso la capacità di costruire narrazioni hanno perduto il loro io” e con esso “quella parte di identità che ci collega agli altri”<sup>(14)</sup>, perché un io non è mai definibile da solo, senza un contesto.

All'estremo opposto, tornando a una definizione positiva del raccontare, possiamo trovare quella che viene definita come “medicina narrativa”, fondata sulla “responsabilità di ascoltare quello che ha da dire il paziente e poi pensare il da farsi in proposito”. Rientra anche nella terapia narrativa il fatto di “sottoporre i bambini con lesioni gravi, o in recupero da malattie invalidanti a una terapia fisica che reintegra le funzioni e talora salva la vita....Non è sufficiente prescrivere gli esercizi giusti e farli seguire da un fisioterapista competente...Ci deve essere anche un racconto di una possibile guarigione e anche una storia di fantasia, che trasforma il bambino malato, il terapeuta e un genitore nei personaggi di una storia western, o poliziesca...Ciò che importa è una narrazione in comune”<sup>(15)</sup>, senza la quale l'oggettività della scienza medica rischia di non ottenere il risultato proposto.

Riepilogando il nostro discorso, osserviamo che la narrazione ha un'enorme importanza nella formazione dei bambini, ma non cessa le sue funzioni con il comparire dell'età adulta, che ha sempre bisogno di comunicare in forme spontanee, simboliche e emozionali, ben lontane dal pensiero dimostrativo, che in ogni caso costituisce solo una parte delle nostre funzioni mentali. Quando si

“Gianni babbeo inseguito dai cani attratti dal lardo ...”  
(da Fratelli Grimm - *Nuove novelle*, Hoepli 1988)



parla del pensiero umano, non va mai dimenticata la funzione del linguaggio narrativo, che dà vitalità e significato ai momenti più importanti della nostra vita.

#### Note

- 1 - J. Bruner: *La fabbrica delle storie: diritto, letteratura, vita*. Bari Laterza 2002 p 120
- 2 - B. Bettelheim-K. Zelan: *Imparare a leggere*. Milano Feltrinelli 1991 p56
- 3 - B. Bettelheim: *Il mondo incantato*. Milano Feltrinelli 1977 p 114
- 4 - J. Piaget: *La nascita dell'intelligenza del fanciullo*. Firenze Giunti 1968, citato in B. Bettelheim op cit p 118
- 5 - J. Piaget: *La rappresentazione del mondo del fanciullo*. (1928) Torino Boringhieri 1970, pp 181-182
- 6 - B. Bettelheim: *op cit* p. 117
- 7 - Bettelheim-Zelan: *op cit* p. 29
- 8 - *Ibid.* p. 29
- 9 - B. Bettelheim: *op cit* p. 13
- 10 - G. Rodari: *Grammatica della fantasia*. Torino Einaudi 1973
- 11 - J. Bruner: *op cit* p. 103
- 12 - *Ibid.* p.101; p. 106
- 13 - *Ibid.* p. 98
- 14 - O Sacks: *Risvegli*. Milano Adelphi 1997; v. anche O. Sacks: *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*. Milano Adelphi 1999
- 15 - J. Bruner: *op cit* p. 119



## Recensioni

Sergio Zavoli - *Il dolore inutile. La pena in più per il malato*, Garzanti Editore, Milano 2002, pagg. 464, Euro 25,00.

“Il dolore accompagna la vita dell’uomo dalla nascita alla morte... nel dolore stanno le motivazioni iniziali della medicina. Sarebbe un errore però ridurlo a biologia soltanto perché investe la psicologia, la filosofia, la teologia, cioè il pensiero e l’anima.”

Nelle sue 56 interviste Sergio Zavoli ci consegna una appassionata e a tratti dura indagine nella quale esplora il “senso” che il dolore assume nella nostra società.

La parola è data, oltre che a medici illustri, che nella vita e nella loro professione il dolore l’hanno incontrato e lo combattono quotidianamente, anche a psicologi, studiosi, filosofi, storici, scrittori, religiosi e teologi.

La domanda sul dolore nasce qui da una esigenza in prima istanza antropologica.

Nella sua bellissima introduzione, in cui il senso di questa domanda è ben più che tratteggiato, il giornalista dipana, attraverso la storia del pensiero filosofico e letterario, quelle che sono le radici della cultura del dolore nel pensiero occidentale.

Nella cultura greca classica, il dolore apre la strada alla conoscenza e alla esplorazione consapevole di una via di uscita al patimento. In buona parte del pensiero occidentale, segnatamente nella filosofia del sistema hegeliano, il dolore continua ad essere vissuto come una spia della finitezza e fragilità umana. Connota allo stesso tempo però il privilegio dell’uomo che, a differenza del non vivente, nel dolore sperimenta prima la capacità di sentire, poi di avere consapevolezza di questo stato e del suo essere.

L’affermazione e la difesa del dolore considerato, da parte di una più radicale interpretazione del pensiero religioso ebraico e cristiano, come strumento salvifico e catartico dal peccato originale di cui l’uomo si è macchiato, ha influito notevolmente su quella che l’autore definisce essere la “sordità” al dolore. Sordità qui intesa come indolenza scientifica, lentezza burocratica, moralismo sociale, indifferenza alla richiesta di aiuto sia essa legata al corpo che alla mente.

Il dolore non è solo fisico, né lo strumento per placarlo è solo l’analgescico, spesso il dolore divora i pensieri e non le membra.

E se raccogliamo l’invito ad uscire dalle esegesi e speculazioni filosofiche, tentando di calarci nella realtà singola e pratica di questa dimensione, constatiamo che la forza dedicata alla lotta al dolore non è equiparabile al successo e all’impegno scientifico che la medicina ha perseguito e conseguito in altri campi terapeutici.

È vero: la medicina comincia a porsi in termini lucidi e limpidi il problema dell’alleviamento del dolore solo in seguito alla svolta epidemiologica, che ha visto il cancro crescere in modo sempre più aggressivo. È da poco, troppo poco tempo che è nata l’esigenza di una terapia del dolore con una funzione allo stesso tempo sistematica e terapeutica della sofferenza fisica e psichica, scrive Zavoli: “non si tratta più di un semplice ed estemporaneo ricorso ad un analgesico ma di un programma clinico”.

In particolare, nel nostro Paese, solo nel 2001 il parlamento italiano ha approvato le norme per agevolare l’impiego dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore, riscuotendo grande approvazione da parte dei settori più illuminati della medicina e dell’opinione pubblica.

Dell'attualità Zavoli ci offre i dibattiti e i confronti fra paesi e culture, i successi e i traguardi della ricerca e della pratica medica e scientifica, gli ostacoli sociali e politici e le svolte.

Se pure con persistenti reticenze, il dolore non è più solo uno dei sintomi, o il terzo incomodo che crea imbarazzo nella relazione fra curante e paziente. È esso stesso la malattia, è il dato clinico e singolarmente umano a cui dover dare dignità diagnostica e prestare attenzione terapeutica.

Di chi la responsabilità e perché tanta sordità al dolore psichico, a quello fisico, a quello dei bambini? Come trovare un senso e una plausibile ragione? Perché questo tabù? “Eppure nell'esperienza umana ciò che è meno indispensabile è proprio il dolore.”

A questo punto le voci del dolore cominciano a comporsi. Attuale quella di Gino Strada che ci apre alla dimensione sociale del dolore, come esperienza di un popolo e non solo del singolo. In paesi travagliati e devastati dalla guerra, in cui anche “la terra ne è impregnata”, il dolore diviene terreno comune, “habitat naturale in cui ci si muove” e si vive.

Seguono, sotto la pesante delicatezza della domanda di Zavoli, tante altre voci che ci parlano del dolore vissuto ed esperito.

E questi molteplici volti del dolore trovano espressione nelle pagine conclusive del libro nella bellissima allegoria del Laocoonte. Il dolore qui si struttura e si manifesta nella sua più alta complessità: prima nel corpo, poi nella mente, nella relazione con il sofferente e nell'affettività espressa dallo

sguardo dei figli del Laocoonte e infine nell'animo e nella relazione teleologica con il mondo. L'autore riprende la parola, lo fa a partire dalla sua esperienza di vita personale che lo aveva spinto a cercare il senso del dolore. O si può dire il “non senso”?

Eloisa Consales

\*\*\*\*\*

Giorgio Cosmacini - *Una famiglia qualunque (1918-1940)* – Vienne-pierre Edizioni, Milano 2003, pagine 155, Euro 20,00

Solo uno storico acuto riesce a leggere gli avvenimenti della memoria personale e familiare come accadimenti di una semplice storia *privata* che si intersecano inevitabilmente con gli eventi della complessa storia *pubblica*. Solo un raffinato scrittore è in grado di coinvolgere emozionalmente il lettore nelle vicende intime di una famiglia “normale” al punto tale che le vicissitudini narrate diventino trama di un appassionato racconto che incuriosisce mostrando analogie e similitudini tra la vita dei “piccoli interpreti” che si muovono sulla scena privata e quella dei “grandi protagonisti” che sono presenti contemporaneamente nell'ambito pubblico. È quanto riesce a fare, straordinariamente, Giorgio Cosmacini nel volume *Una famiglia qualunque (1918-1940)* (Vienne-pierre edizioni, Milano 2003), ultimo di una trilogia nella quale egli traccia, attraverso ricordi vivaci e puntuali riflessioni tratte dalla propria memoria, un preciso bilancio esistenziale.

La famiglia piccolo-borghese della quale egli narra la storia,

compresa in un arco temporale di ventidue anni (dal 1918 al 1940), è la sua; la città che fa da palcoscenico a queste vicende è la Milano fra le due guerre. “La concreta realtà di un'ascesa e il presentimento di un declino – scrive Giorgio Cosmacini nella premessa del libro – sono componenti storiche simmetriche della vita della famiglia e di un ventennio cruciale per il nostro paese. I due campi, pubblico e privato, si rispecchiano l'uno nell'altro in una sorta di contrappasso”.

La storia prende avvio dalla memoria della nonna materna, Carmen Curioni Giovannoni, ostetrica competente e solidale, amica e collaboratrice della “dottora” Anna Kuliscioff (compagna di vita e di partito del socialista Filippo Turati), morta in giovane età a causa della “spagnola” contratta da una piccola assistita, portatrice e generatrice *in primis* di uno spirito di servizio sociale, di dedizione e di attenzione verso i bisognosi e i sofferenti che entrerà nel patrimonio genetico familiare e che si esprimerà (attraverso professioni diverse e in modi talvolta apparentemente contraddittori) nelle persone che costituiranno i nuovi rami dell'albero genealogico. Prosegue poi narrando le vicissitudini travagliate di sua figlia Lina (mamma di Giorgio), del marito Carletto (Gian Battista, papà di Giorgio) e del primogenito Aldo (fratello maggiore di Giorgio), attorno ai quali ruotano una serie di figure parentali (lo zio Bruno e la zia Mad, lo zio Peppino, lo zio Merindol e il cugino Giovanni, solo per citarne alcuni) e di amici e conoscenti (talvolta

anche illustri, come il professor Silvio Palazzi e don Carlo Gnocchi) che nella sua memoria lasciano ricordi indelebili e segnano momenti significativi nel processo di crescita umana, spirituale e intellettuale di Giorgio, che, come egli stesso ricorda in chiusura, “farà il medico [...] e farà anche lo scrittore [e] scriverà questa storia”, destinata a ricordare, come detto, vicissitudini private che rispecchiano sovente grandi eventi pubblici in anni fondamentali della storia d’Italia.

Questa “lettura parallela” della storia (privata e pubblica, familiare e sociale) è un “esperimento” che Giorgio Cosmacini ha già effettuato con successo in altre due occasioni. Essa nasce da un’interpretazione originale e personalissima – ma non per questo meno rigorosa sul piano storiografico – della lezione degli *Annales*: la “microstoria” come prisma per interpretare la “macrostoria”; la memoria come fonte storica del sapere (*horal history*); la storia materiale come criterio interpretativo di una più ampia e articolata “storia sociale e politica”. In *O La Thuile del mio cuore* (KC, Genova 1999), che è la prima “opera autobiografica”, quasi con spirito goliardico, sulla vena dei “ricordi personali”, racconta la scoperta e il successivo progressivo “innamoramento” di un luogo incantevole e incantato (un *pays charmant*) dove trascorrere con serenità, insieme agli amici e alla famiglia, i periodi di riposo estivo e invernale: La Thuile, in Val d’Aosta. Un paese che il fratello maggiore Aldo, architetto e urbanista, ha contribuito a far crescere

progettando costruzioni, case e particolari urbani. Un paese che Giorgio, con un affiatato gruppo di amici, ha contribuito nel tempo, con la sua ricorrente presenza, a rivitalizzare sotto il profilo sociale e culturale. Un paese che egli, come afferma, vuole salvaguardare “dal rischio che diventasse, senza memoria collettiva, un ‘paradiso perduto’. In questo contesto anche i ricordi personali, la narrazione di semplici incontri tra amici o di improvvisate competizioni sciistiche tra vacanzieri, rendono efficacemente al lettore il senso dei cambiamenti “storici” e sociali per cui nell’arco di vent’anni si è passati dalla semplice familiare “villeggiatura” all’organizzata ma sempre più anonima “vacanza” con perdita di buona parte di quella dimensione umana tipica dei rapporti interpersonali prima fundamentalmente insita nel “tempo del riposo e dello svago”.

*La stagione di una fine* (1943-1945) (Terziaria, Milano 2002) narra le vicende vissute da un ragazzo dai 12 ai 14 anni a Ramponio, un paese prealpino della Val d’Intelvi vicino al confine svizzero. La storia ruota attorno a un triplice omicidio di tre partigiani, avvenuto il 4 novembre 1944. Gli avvenimenti che precedono e seguono questo episodio, vissuti in prima persona da Giorgio Cosmacini, allora “sfollato” da Milano nel paese dove già in precedenza era solito trascorrere le vacanze con la famiglia, sono emblematici accadimenti, autobiografici, storici e politici insieme, che si intrecciano tra loro raccontando una triplice fine: della guerra, della dittatura, dell’adolescenza.

Sono anche il preludio, sociale e personale, della stagione di un triplice inizio: della pace, della democrazia, della giovinezza. È, come ricorda l’autore, un “breve viaggio attraverso il fascismo”, visto con occhi personalissimi, ma già in grado di cogliere lucidamente ombre e penombre di un mondo in rapida trasformazione. Con queste tre opere, che si integrano temporalmente tra loro e rimandano l’una all’altra attraverso l’arte perduta della memoria, Giorgio Cosmacini ci insegna dunque un modo nuovo di “fare storia”: impiegare la testimonianza mnemonica come criterio di lettura degli avvenimenti, confrontando memoria e documenti come fonti indipendenti ma interagenti tra loro per cogliere appieno, del singolo evento storico, le varie sfaccettature.

Vittorio A. Sironi

## Notizie

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

Un pensiero, un invito a raccoglierci anche quest'anno nel ricordo di quanti fra i benefattori, gli amministratori, i visitatori, i volontari e i dipendenti della nostra Istituzione non sono più fra noi. Invito, ricordo, gratitudine che davvero (ce lo si consenta) vorremmo accolti con più estesa partecipazione.

Il 17 novembre don Daniele Grassi e mons. Piero Cresseri hanno celebrato la S. Messa di suffragio nella secentesca chiesa dell'Annunciata.

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

«Nel percorso pastorale “Mi sarete testimoni”, fra gli elementi che, tra gli altri, concorrono a rendere molto arduo e faticoso il compito della trasmissione della fede, il nostro Arcivescovo cita, in primo luogo “la tendenza ad assolutizzare l'attimo presente, così come esso è percepito e sperimentato dal singolo soggetto. Ciò conduce, irrimediabilmente, a smarrire il senso della storia, facendo sì che il passato e il futuro perdano ogni loro consistenza e spessore” (cardinale Dionigi Tettamanzi, “Mi sarete testimoni”, pag. 25).

Opponendoci a questa tendenza noi questa sera siamo qui a ricordare e commemorare quanti, in un passato più o meno recente, hanno contribuito al bene del nostro Ospedale, siano essi stati benefattori, amministratori, dipendenti, volontari, visitatori, o quant'altro. Ci lega a loro un debito di riconoscenza perché, se l'Ospedale Maggiore ha potuto e può essere un punto di riferimento importante per la cura e la ricerca nella nostra città, è perché molte persone hanno speso le loro migliori energie e anche parte del loro patrimonio perché la nostra istituzione potesse svolgere con competenza e professionalità i compiti che le erano affidati.

Un modo concreto per manifestare questa riconoscenza ci è suggerito dal cieco del Vangelo, che riacquistò la vista e cominciò a seguire il Maestro lodando Dio, cioè volle mettersi dalla stessa parte di colui che l'aveva beneficato e ne divenne discepolo.

Il racconto evangelico del cieco è interessante per molti aspetti; ne vogliamo cogliere uno: il cieco va controcorrente; c'è una folla anonima, curiosa, che vuole vedere Gesù, ma senza impegnarsi con lui. Il cieco, appena sente dire che è

presente Gesù comincia a gridare e, alla richiesta della gente che egli sia più educato, non importuni troppo, si mette ad alzare la voce, perché vuole che Gesù si accorga di lui, vuole un incontro personale con il Maestro, perché comprende che solo in Lui può trovare ciò che cerca: il riscatto da una condizione di disabilità e di precarietà.

Chiediamo che, come il cieco, sappiamo distaccarci dalla mediocrità di un comportamento come quello della folla, che non vuole coinvolgersi e rimane ai margini della situazione, ma diventiamo protagonisti dello sviluppo e della crescita del nostro Policlinico. Chiediamo che la nostra vista si faccia acuta, per poter esercitare l'atteggiamento della vigilanza, tipico di questo tempo dell'Avvento.

Abbiamo una situazione concreta su cui porre la nostra attenzione: tre settimane fa, anticipando i contenuti della relazione del Procuratore di Milano per l'apertura dell'anno giudiziario, un giornale riportava questo paragrafo: “Corruzione. Per la prima volta dal 1992 è cresciuto il numero degli indagati per corruzione anche in settori già colpiti, come l'Anas e gli ospedali: segno, per i Pubblici Ministeri, che Tangentopoli prosegue con la stessa

intensità messa a nudo dalle indagini di Mani Pulite” (Corriere della Sera, 29.10.03, pag. 53). La cronaca dello scorso anno ci ha informato che il fenomeno della corruzione tocca ambienti molto vicini ai nostri. Mi sembra opportuno, perciò, mentre ricordiamo coloro che con dedizione assoluta si sono spesi per questa nostra istituzione, che tutti ci richiamiamo a vicenda a essere corretti e integri nello svolgimento dei nostri compiti, perché il Policlinico continui a essere l’Ospedale di tutti, specialmente dei poveri, che qui possono trovare competenza e cure adatte.

E sentiamo rivolto a noi anche il forte richiamo che emerge dalla prima lettura, in cui abbiamo trovato queste espressioni dirette all’angelo della Chiesa di Efeso: “Conosco le tue opere, la tua fatica e la tua costanza (...) Sei costante e hai molto sopportato per il mio nome senza stancarti. Ho però da rimproverarti che hai abbandonato il tuo amore di un tempo. Ricorda dunque da dove sei caduto, ravvediti e compi le opere di prima” (Apocalisse 2,2-5). Sentiamo queste parole come uno stimolo a dare sempre il meglio di noi stessi, a continuare la tradizione di cura, di assistenza, di vicinanza a chi soffre, che ha sempre caratterizzato questa nostra istituzione. Se l’attuale evoluzione della società e delle leggi sanitarie ha drasticamente ridotto il numero dei degenti nel nostro Ospedale, non deve scadere la qualità dei servizi che offriamo e l’attenzione alla persona del malato deve essere al centro dei nostri sforzi.

Il ricordo di coloro che tanto bene hanno operato per l’Ospedale Maggiore di Milano sia per noi di

sprone a continuare la loro fatica, mentre l’ascolto delle letture di oggi ci aiuti ad assumere gli atteggiamenti di vigilanza e di discernimento che sono più che mai necessari nel nostro contesto sociale.

Come conclusione e come augurio riprendiamo le parole con cui ieri abbiamo iniziato il tempo di Avvento: “O Dio misericordioso, che nel tuo Unigenito ci hai fatto rinascere creature nuove, guarda all’opera del tuo grande amore e rendici puri da ogni macchia di peccato, nell’attesa del tuo Figlio, nostro Signore e nostro Dio, che vive e regna con te, nell’unità dello Spirito Santo, per tutti i secoli dei secoli. Amen.”»

Presenti in chiesa il direttore amministrativo dell’Ospedale dott. Clemente Luciano, rappresentanze di medici, di funzionari, del personale religioso e laico, di visitatori, volontari, dipendenti a riposo, familiari degli scomparsi.

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

\*\*\*\*\*

Collaboratori che hanno lasciato il servizio nell’anno 2003:

*Rosano Agnelli* (infermiere generico); dott. *Luciano Beretta* (dirigente medico); *Rina Bernabei* (infermiere generica); *Sergio Boniardi* (operatore tecnico); *Giacomo Brevi* (operatore tecnico coordinatore); *Anna Grazia Ciriello* (ausiliaria specializzata); *Matteo Colucci* (infermiere generico); dott. *Franco Denti* (dirigente medico), *Ferdinanda Formenti* (operatore tecnico coordinatore); *Giuseppe Gallotti* (coadiutore amministrati-

vo); *Giuseppina Galmozzi* (assistente amministrativo); *Serafina Gardoni* (caposala); *Roberto Ghilardi* (infermiere generico); *Umberto Guidi* (operatore tecnico); *Maria Antonia Marchesi* (infermiere generica); *Lucia Marinaro* (ausiliaria specializzata); *Gian Angelo Marziali* (infermiere generico); dott. *Paolo Massaro* (dirigente medico); *Giulia Muzzalupo* (infermiere generica); *Severina Nicolini* (capo sala); *Carlo Orlandi* (collaboratore amministrativo esperto); *Domenica C. Parisi* (operatore tecnico); dott.ssa *Gabriella Perazzoli* (dirigente medico); prof. *Claudio Ponticelli* (dirigente medico nefrologo); *Luigi Premoli* (operatore tecnico coordinatore); *Mario Roman* (operatore tecnico impiantista); *Carmela Santerme* (operatore tecnico addetto assistenza); *Vittorio Zanaboni* (ausiliario specializzato).

\*\*\*\*\*

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

Informiamo i collaboratori di recente assunzione e i nostri lettori, che nuovi indirizzi e cambi eventuali di recapito devono essere tempestivamente segnalati all’Ufficio stampa, attività e programmi culturali dell’Ospedale Maggiore, Via F. Sforza 28, 20122 Milano, tel. 02.5503.8311. Ciò per consentire l’aggiornamento costante dell’indirizzario e nell’intento di evitare dispersioni, disguidi e ritardi nella spedizione.

---

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

# Cronache amministrative

quarto trimestre 2003

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

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

## **a - direzione amministrativa**

- accettazione di un comodato d'uso di due monitor Siemens della ditta MS. D. Spa per l'unità operativa di medicina d'urgenza e pronto soccorso;
- istituzione dell'Ufficio marketing sanitario (accesso informato alle cure e alle prestazioni sanitarie);
- conferimento al pittore Alessandro Papetti dell'incarico di eseguire il ritratto del benefattore Arrigo Recordati;
- rivista d'informazione culturale "la Ca' Granda" e notiziario di informazione scientifica.

## **b - direzione scientifica**

- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca: fondo per gli investimenti in ricerca di base: assegnazione all'Ospedale Maggiore di Milano di un finanziamento di Euro 310.000,00 per gli anni 2003/2005;
- assegnazione di finanziamenti per progetti di ricerca corrente 2004: istituzione di 150 borse di studio e di un incarico di ricerca;
- sette convenzioni inerenti lo svolgimento di programmi di ricerca nell'ambito del progetto dal titolo "Programma nazionale sulle cellule staminali" proposto dall'Istituto Superiore di Sanità per un finanziamento complessivo di Euro 505.000,00.

## **c - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi**

- approvazione del contratto tra l'Ospedale Maggiore e la Trussardi Spa per la locazione temporanea di spazi espositivi presso Palazzo Marino alla Scala in occasione della mostra fotografica "Policlinico di Milano. Volti e luoghi della ricerca e della cura";
- presa d'atto della D.G.R.L. N. VII/13642 del 14.7.2003, avente per oggetto la "ridefinizione dell'assetto delle unità operative di psichiatria dell'A. O. Fate-

benefratelli di Milano e del IRCCS - Ospedale Maggiore di Milano";

- decreto legislativo 26/5/1997, N. 155: rielaborazione del manuale aziendale di autocontrollo dell'igiene dei prodotti alimentari e sua adozione;
- aggiudicazione della gara d'appalto mediante pubblico incanto per le opere da idraulico occorrenti per la manutenzione dell'Ospedale per tre anni;
- costituzione della Fondazione "Istituto nazionale di genetica molecolare INGM";
- approvazione della partecipazione dell'Ospedale Maggiore di Milano - Policlinico al progetto Emergenza - Urgenza Città di Milano;
- approvazione della convenzione tra l'Ospedale Maggiore e il Centro interuniversitario di fisiologia clinica e ipertensione per attività di collaborazione scientifica e di supporto alla didattica;
- indizione di gara d'appalto mediante pubblico incanto per il servizio di manutenzione degli impianti di distribuzione dei gas medicinali per 3 anni;
- indizione di trattativa privata per l'affidamento del servizio sostitutivo del portierato, servizio di pulizia, rotazione sacchi e fornitura di materiale di sanificazione negli stabili di Milano e provincia di proprietà dell'Ente per il periodo 1/01/2004 - 31/12/2004.

## **d - unità operativa approvvigionamenti**

- indizione di trattativa privata per la fornitura di: arredi e attrezzature per il I e II piano del padiglione Zonda (area destinata agli studi medici e dei primari); sacche per nutrizione enterale e per infusione parenterale per il periodo 1/01/2004 - 31/08/2006; materiale per l'unità operativa urologia; dispositivi vari per elettroencefalografia (E. E. G.), elettromiografia (E. M. G.) e potenziali evocati; materiale di consumo per il sistema di sterilizzazione Sterrad 100; arredi e attrezzature per il I e II piano del padiglione Zonda (area adibita a degenza);
- licitazione privata per la fornitura di: sensori monouso e pluriuso SPO2 per saturimetri di marche diverse e relativa riparazione-rigenerazione per tre anni (aggiu-

dicazione lotti 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19); sistemi di raccolta drenato pleurico (a una, due, tre camere) monouso sterili per tre anni: aggiudicazione; aghi cannula monovia, a due vie, aghi spinali, tappi per aghi e cateteri venosi, con punto di iniezione di chiusura tipo Combi, per tre anni: aggiudicazione;

- indizione di pubblico incanto per la fornitura di dispositivi per servoassistenza respiratoria per tre anni: approvazione della documentazione di rito;
- indizione di trattativa privata triennale per la fornitura di sensori monouso e pluriuso SPO2 per saturimetri di marche diverse e relativa riparazione-rigenerazione, lotti 1, 2, 3, 7, 8, 10, 15, 16, 20, 21, 22;
- indizione di pubblico incanto triennale per la fornitura di aghi da biopsia e alcolizzazione: approvazione della documentazione di rito;
- integrazione della spesa sino al 31/12/2003 relativa alla forniture di dispositivi medici diversi;
- integrazione della fornitura di siringhe per emogasanalisi per il periodo novembre 2003 / gennaio 2005: aggiudicazione;
- licitazione privata per la fornitura di sistemi di nebulizzazione distale e prossimale con la fornitura in comodato d'uso di sistemi riscaldanti, per due anni: aggiudicazione;
- 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 garantire la funzionalità dei sistemi stessi per tre anni: approvazione della documentazione di rito;
- indizione di trattativa per la fornitura di: siringhe e kits per iniettori angiografici (annuale); lancette pungidito (biennale); materiale diverso per l'unità operativa di neurochirurgia;
- aggiudicazione di licitazione privata per la fornitura di siringhe monouso sterili ed aghi ipodermici e a farfalla monouso sterili, per tre anni;
- trattativa privata per la fornitura di guanti ambidestri in vinile elasticizzato (a tutto il 29/02/2004): aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di materiale per endoprotesi d'anca: aggiudicazione;
- licitazione privata per la fornitura di materiali d'uso per trattamenti dialitici peritoneali domiciliari automatizzati (APD) con relative apparecchiature in comodato d'uso per due anni: aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura di strisce di rinforzo e patch nei diversi formati, in pericardio bovina, rispettivamente per l'unità operativa trapianti di fegato e l'unità operativa trapianti di rene, per un anno: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di: un'apparecchiatura per la registrazione dei potenziali evocati uditivi da installare presso l'unità operativa otorinolaringoiatria, ambulatorio di audiologia padiglione Moneta e di sets per clisma del tenue (biennale): aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura annuale di carta per stampanti ecografi e pellicole polaroid: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di: sistemi impiantabili (porth e cath) per terapia infusione venosa ed arteriosa (biennale); guanti ad uso sanitario per tre anni - approvazione della documentazione di rito; filtri per leucodeplezione dei concentrati eritrocitari e piastrinici per l'unità operativa centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti, per due anni;
- trattative private per la fornitura di: reti, nei diversi tipi e formati per la ricostruzione della parete addominale, laparocèle e riparazione ernia inguinale, per le diverse camere operatorie per un anno; presidi diversi per l'unità operativa centro trasfusionale; carta per apparecchiature sanitarie ed accessori ecg: aggiudicazioni;
- trattative private per la fornitura di: palloni rianimatori e relativi accessori (biennale); materiale di consumo per il sistema di sterilizzazione Sterrad 100: aggiudicazioni;
- indizione di trattative private per la fornitura di: materiale diverso per l'unità operativa semplice emodinamica, padiglione Sacco; dispositivi medici per apparecchiatura Dideco; cateteri arteriosi con mandrino preinserito, kit introduttore per swang ganz, cateteri per infusione rapida originali Arrow; materiale diverso per l'unità operativa otorinolaringoiatria;
- trattativa privata per la fornitura di aghi da biopsia per tessuti di tipo diverso, prosecuzione a tutto il 30/04/2004;
- aggiudicazione di pubblico incanto per la fornitura di strisce reattive per la determinazione rapida della glicemia su sangue capillare, compresa la contestuale fornitura, in uso gratuito, dei relativi glucometri, per tre anni;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di terreni di coltura pronti all'uso in piastra o in provetta per tre anni;

- indizione di trattativa privata diretta per l'assistenza tecnica alle apparecchiature in dotazione ai pazienti in trattamento dialitico domiciliare per due anni;
- attivazione di ufficio stampa a supporto dell'attività scientifica dell'Ospedale: rinnovo;
- licitazione privata per l'aggiudicazione del servizio trasporti per tre anni: aggiudicazione;
- indizione di licitazione privata per l'aggiudicazione del servizio trasporti per tre anni: aggiudicazione;
- indizione di licitazione privata per l'aggiudicazione del servizio di noleggio, lavaggio, manutenzione, consegna e ritiro della materasseria occorrente all'Ospedale Maggiore per tre anni: approvazione della documentazione di rito;
- indizione di licitazione privata per l'aggiudicazione del servizio di pulizia del palazzo uffici per quattro anni: ammissione ditte;
- indizione di trattativa privata per il rinnovo o il nuovo abbonamento a riviste e pubblicazioni per l'anno 2004.

#### ***e - unità operativa amministrazione e finanza***

- convenzione per l'esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l'Azienda ospedaliera di Melegnano e l'Ospedale San Gerardo di Monza: rinnovo;
- convenzione per l'esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l'Ospedale regionale di Lugano (CH);
- 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 Letizia Verga Onlus (rinnovo);
- convenzione per l'esecuzione dello screening Nat sulle unità di sangue donato (rinnovo 1/07/2003 - 30/06/2004);
- convenzione con l'Istituto neurologico "Carlo Besta" per l'esecuzione di indagini di biologia molecolare su sangue e/o plasma e liquor;
- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di medicina nucleare a favore di pazienti degenti presso l'Azienda ospedaliera Istituti clinici di perfezionamento;
- convenzione per la collaborazione scientifica fra l'Università degli Studi di Milano Bicocca e l'Ospedale Maggiore;
- convenzione per il servizio di medicina trasfusionale a favore dell'Azienda ospedaliera Ospedale Fatebenefratelli e oftalmico; rinnovo per gli anni 2002/2004;
- convenzione con: l'Azienda ospedaliera Istituti clinici di perfezionamento (rinnovo) e con la casa di cura

- "Capitano" per il servizio di medicina trasfusionale;
- convenzione per prestazioni inerenti la lettura di dosimetri personali ed ambientali a favore dell'Istituto Auxologico IRCCS: rinnovo;
- convenzione per l'effettuazione di prestazioni di consulenza neurochirurgica a favore di pazienti ricoverati nell'Azienda ospedaliera Istituti clinici di perfezionamento;
- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda - Presidio ospedaliero Villa Marelli per l'esecuzione di test tubercolari.

#### ***f - unità operativa patrimonio***

- locazione ad uso diverso dall'abitazione di unità immobiliari di proprietà dell'Ente, indizione di gara;
- localizzazione ad uso abitativo di unità immobiliari di proprietà, indizione di gara.

#### ***g - ufficio valutazione e miglioramento della qualità***

- estensione del progetto di certificazione secondo la normativa Uni En ISO 9001/2000 dell'IRCCS Ospedale Maggiore di Milano.

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

- convenzione di deposito volontario temporaneo di beni culturali dell'Ospedale Maggiore presso le Raccolte d'arte del Comune di Milano al Castello Sforzesco.

#### ***i - unità operativa sistemi informativi e informatici***

- aggiudicazione a trattativa privata per la fornitura di hardware per l'Ospedale Maggiore.

#### ***l - contributi e beneficenza***

- È pervenuta una donazione a favore della Clinica urologica presso il padiglione Cesarina Riva da parte della Fondazione per la ricerca e la terapia in urologia Onlus R. T. U.;
- la ditta Roche Spa ha donato un personal computer per il servizio di fisiopatologia esofagea dell'unità operativa di chirurgia generale I e una fotocamera digitale per l'unità operativa di day surgery e one day surgery;
- il Centro emofilia e trombosi ha ricevuto uno strumento Micros 60 dalla ABX Diagnostics Italia;
- la ditta Server ha offerto 4 mila Euro per l'unità operativa di medicina d'urgenza;
- l'Associazione "Amici del Padiglione Croff" ha donato all'unità operativa di nefrologia un computer, attrezzature per arredo e materiale informatico.



# Indice generale dell'annata 2003

*per autore*

**Auxilia, Francesco**

L'altra faccia dell'assistenza: ospedale e cure primarie  
*fascicolo 4 - pagg. 8-14*

**Bevacqua, Vincenzo**

Milano a sorpresa, VII  
*fascicolo 2 - pagg. 41-46 (ill.)*  
Milano a sorpresa, VIII  
*fascicolo 3 - pagg. 42-46 (ill.)*

**Bonino, Ferruccio**

Festa del Perdono. La ricerca, oggi, nell'Ospedale Maggiore  
*fascicolo 1 - pagg. 18-19*

**Brambilla, Italo**

In ricordo del professor Carlo Belli  
*fascicolo 3 - pag. 35*

**Bressan, Edoardo**

Milano e il volontariato ospedaliero  
*fascicolo 3 - pagg. 36-38*

**Brivio, Ernesto**

Un ricordo di Attilio Rossi, amico di Mirasole, pittore,  
grafico, editore  
*fascicolo 1 - pag. 48*

Due cantieri come vasi comunicanti. Nel XVII secolo,  
un andirivieni di architetti e scultori tra Duomo e Ca' Granda  
*fascicolo 4 - pagg. 35-40 (ill.)*

**Cantarelli, Marisa**

Ricerca infermieristica: sfida di ieri, necessità di oggi  
*fascicolo 3 - pagg. 18-24 (ill.)*

**Cassinelli, Daniele**

I benefattori dell'Ospedale: gli ultimi ritratti  
*fascicolo 1 - pagg. 23-25 (ill.)*

**Castaldi, Silvana**

Progetto ambulatori: il "Lamarmora" e le novità per i nostri pazienti  
*fascicolo 1 - pagg. 48-49 (ill.)*

**Cazzullo, Carlo Lorenzo**

Psichiatria, famiglia e società: congresso internazionale  
*fascicolo 1 - pagg. 46-47*  
Da dove viene la violenza?  
*fascicolo 3 - pagg. 15-16*

**Cenedella, Cristina**

Vita quotidiana in un ospizio nel secolo dei Lumi. Il Trivulzio a  
fine Settecento  
*fascicolo 3 - pagg. 31-34 (ill.)*

**Ceppatelli, Orazio**

Interventi di umanizzazione al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore  
*fascicolo 3 - pagg. 7-10 (ill.)*

**Consales, Eloisa**

Crozzoli, Aite, Livia: Assenza più acuta presenza (rec.)  
*fascicolo 3 - pagg. 51-52*

**Cortelezzi, Agostino**

Il rationale del Day Hospital nella programmazione  
dell'assistenza sanitaria  
*fascicolo 4 - pagg. 23-25*

**Cosmacini, Giorgio**

La professione della cura: ieri, oggi, domani  
*fascicolo 1 - pagg. 38-41*

**Il male del secolo**

*fascicolo 2 - pagg. 19-23 (ill.)*

**La vita nelle mani**

*fascicolo 3 - pagg. 5-6*

**Sanità ed educazione - Editoriale**

*fascicolo 4 - pagg. 2-6*

**Dal Sasso, Giancarlo**

Victor Fuchs: Chi vivrà? (rec.)  
*fascicolo 1 - pag. 52*

Il piano sanitario nazionale 2003-2005 tra Stato sociale  
e federalismo solidale

*fascicolo 2 - pagg. 11-17*

Il diritto alla tutela della salute tra prestazioni e risorse

*fascicolo 4 - pagg. 15-21*

**Decleva, Enrico**

Festa del Perdono: Il saluto del Rettore dell'Università  
degli Studi

*fascicolo 1 - pagg. 6-7*

**Della Croce, Francesco**

Interventi di umanizzazione al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore  
*fascicolo 3 - pagg. 7-10 (ill.)*

**Denaro, Roberto**

La gestione della sicurezza in ospedale  
*fascicolo 3 - pagg. 11-14 (ill.)*

**Di Benedetto, Giuseppe**

Festa del Perdono: Venti mesi di lavoro verso l'obiettivo  
*fascicolo 1 - pagg. 14-16*

**Eulisse, Francesca**

Un servizio ponte tra fisica e medicina  
*fascicolo 4 - pagg. 31-34 (ill.)*

**Eulisse, Giuseppe**

Un servizio ponte tra fisica e medicina  
*fascicolo 4 - pagg. 31-34 (ill.)*

**Ferretti, Marco**

Testimonianze. Biografia di una vita silenziosa  
*fascicolo 3 - pag. 47*

**Fiorista, Francesco**

Un quarto di secolo in Ospedale: riflessioni e ricordi  
*fascicolo 3 - pagg. 28-30*

Testimonianze. Alla fine del mio turno di guardia

*fascicolo 3 - pagg. 47-48*

**Galimberti, Paolo M.**

Una preziosa donazione di libri  
*fascicolo 2 - pag. 40*

**Grassi, don Daniele**

San Giuseppe ai Padiglioni: prima e dopo il centenario di fondazione  
*fascicolo 2 - pagg. 52-53*

**Lambertenghi Deliliers, Giorgio**

Il rationale del Day Hospital nella programmazione  
dell'assistenza sanitaria  
*fascicolo 4 - pagg. 23-25*

**Lerma, Milena**

I Pionieri della Terapia Familiare  
*fascicolo 2 - pagg. 24-29*

**Maiocchi, Giuseppe**

Sanasànità: anche nella pubblicità del farmaco  
*fascicolo 2 - pagg. 35-39 (ill.)*

**Maltagliati, Ermenegildo**

Interventi di umanizzazione al Pronto Soccorso dell' Ospedale Maggiore  
*fascicolo 3 - pagg. 7-10 (ill.)*

**Moia, Marco**

Gli anticoagulanti orali: una storia esemplare sulla ricerca in medicina  
*fascicolo 4 - pagg. 26-30 (ill.)*

**Montorsi, Walter**

Per ricordare il professor Luigi Donati  
*fascicolo 1 - pag. 51*

**Provera, Franco**

Sanità e politica - Editoriale  
*fascicolo 2 - pagg. 22-4*

**Ratiglia, Roberto**

La degenerazione maculare senile: cos'è e cosa si può fare di concreto oggi per curarla?  
*fascicolo 1 - pagg. 42-45*

**Ravasi, Gianfranco**

Nel tempo del dolore  
*fascicolo 1 - pagg. 35-37*

**Remuzzi, Giuseppe**

Sanità e politica - Editoriale  
*fascicolo 2 - pagg. 2-4*

**Rocca, Beppe**

La prudenza del medico  
*fascicolo 2 - pagg. 5-10 (ill.)*

**Rossetti, Antonello**

Interventi di umanizzazione al Pronto Soccorso dell' Ospedale Maggiore  
*fascicolo 3 - pagg. 7-10 (ill.)*

**Rumi, Giorgio**

Festa del Perdono: la lezione della storia  
*fascicolo 1 - pag. 17*

**Salvadé, Anna Maria**

I benefattori dell' Ospedale: gli ultimi ritratti  
*fascicolo 1 - pagg. 23-25 (ill.)*

Per una storia della Senavra  
*fascicolo 3 - pagg. 39-41 (ill.)*

**Schiepatti, Arrigo**

Sanità e politica - Editoriale  
*fascicolo 2 - pagg. 2-4*

**Sirchia, Girolamo**

Festa del Perdono: Intervento conclusivo dell' incontro  
*fascicolo 1 - pagg. 20-21*

**Sironi, Vittorio A.**

Il male del secolo  
*fascicolo 2 - pagg. 19-23*

G. Cosmacini: Una famiglia qualunque (1918-1940) (rec.)  
*fascicolo 4 - pagg. 48-49*

**Tettamanzi, Dionigi**

Festa del Perdono: La cerimonia religiosa - Omelia  
*fascicolo 1 - pagg. 3-5*

## Istanze etiche

*fascicolo 1 - pagg. 8-13*

**Tognoni, Gianni**

Sanità e farmaci - Editoriale  
*fascicolo 3 - pagg. 2-4*

**Trimarchi, Gianni**

La narrativa come forma di pensiero  
*fascicolo 4 - pagg. 43-47 (ill.)*

**Vergani, Carlo**

Il dolore dell' anziano  
*fascicolo 2 - pag. 30 (ill.)*

Il medico in una società che invecchia  
*fascicolo 2 - pagg. 32-34*

**Vitale, Marco**

Sanità ed economia - Editoriale  
*fascicolo 1 - pagg. 26-34*

**Zanarotti Tiranini, Elisabetta**

Giorgio Cosmacini, Roberto Satolli: Lettera a un medico sulla cura degli uomini (rec.)

*fascicolo 3 - pagg. 49-51*

Testimonianza e responsabilità  
*fascicolo 4 - pagg. 41-42*

*per argomento***Assistenza infermieristica**

Ricerca infermieristica: sfida di ieri, necessità di oggi  
Marisa Cantarelli  
*fascicolo 3 - pagg. 18-24 (ill.)*

**Belli, Carlo**

In ricordo del professor Carlo Belli - Italo Brambilla  
*fascicolo 3 - pag. 35*

**Dolore**

Nel tempo del dolore - Gianfranco Ravasi  
*fascicolo 1 - pagg. 35-37*

**Donati, Luigi**

Per ricordare il professor Luigi Donati - Walter Montorsi  
*fascicolo 1 - pag. 51*

**Ematologia**

Il razionale del Day Hospital nella programmazione dell' assistenza sanitaria - Agostino Cortelezzi, Giorgio Lambertenghi Deliliers  
*fascicolo 4 - pagg. 23-25*

**Geriatrics**

Il dolore dell' anziano - Carlo Vergani  
*fascicolo 2 - pag. 30-31*

Il medico in una società che invecchia - Carlo Vergani  
*fascicolo 2 - pagg. 32-34*

**Individuo e società**

Testimonianza e responsabilità - Elisabetta Zanarotti Tiranini  
*fascicolo 4 - pagg. 41-42*

**Oculistica**

La degenerazione maculare senile: cos'è e cosa si può fare di concreto oggi per curarla? - Roberto Ratiglia  
*fascicolo 1 - pagg. 42-45*

## **Oncologia**

Il male del secolo - Giorgio Cosmacini, Vittorio A. Sironi  
*fascicolo 2 - pagg. 19-23*

## **Organizzazione sanitaria**

La gestione della sicurezza in ospedale - Roberto Denaro  
*fascicolo 3 - pagg. 11-14 (ill.)*

L'altra faccia dell'assistenza: ospedale e cure primarie  
Francesco Auxilia  
*fascicolo 4 - pagg. 8-14*

## **Ospedale Maggiore**

La festa del Perdono 2003  
*fascicolo 1 - pagg. 2-22 (ill.)*

I benefattori dell'Ospedale: gli ultimi ritratti  
Anna Maria Salvadé, Daniele Cassinelli  
*fascicolo 1 - pagg. 23-24 (ill.)*

Progetto Ambulatori: il "Lamarmora" e le novità  
per i nostri pazienti - Silvana Castaldi  
*fascicolo 1 - pagg. 48-49 (ill.)*

San Giuseppe ai Padiglioni: prima e dopo il centenario  
di fondazione - don Daniele Grassi  
*fascicolo 2 - pagg. 52-53 (ill.)*

Una preziosa donazione di libri - Paolo M. Galimberti  
*fascicolo 2 - pag. 40*

San Giuseppe ai Padiglioni - Il centenario  
*fascicolo 2 - pag. 47-51*

Interventi di umanizzazione al Pronto Soccorso dell'Ospedale  
Maggiore - Ermenegildo Maltagliati, Orazio Ceppatelli,  
Francesco Della Croce, Antonello Rossetti  
*fascicolo 3 - pagg. 7-10 (ill.)*

L'altra faccia dell'assistenza: ospedale e cure primarie  
Francesco Auxilia  
*fascicolo 4 - pagg. 8-14*

Due cantieri come vasi comunicanti. Nel XVII secolo,  
un andirivieni di architetti e scultori tra Duomo e Ca' Granda  
Ernesto Brivio  
*fascicolo 4 - pagg. 35-40 (ill.)*

Per ricordare i benefattori gli amministratori, i visitatori,  
i volontari e i dipendenti defunti  
*fascicolo 4 - pagg. 50-51*

Il rationale del Day Hospital nella programmazione  
dell'assistenza sanitaria - Agostino Cortelezzi,  
Giorgio Lambertenghi Delilieri  
*fascicolo 4 - pagg. 23-25*

Un servizio ponte tra fisica e medicina - Giuseppe Eulisse,  
Francesca Eulisse  
*fascicolo 4 - pagg. 31-34 (ill.)*

## **Personale medico**

Testimonianze. Alla fine del mio turno di guardia - Francesco Fiorista  
*fascicolo 3 - pagg. 47-48*

Testimonianze. Biografia di una vita silenziosa - Marco Ferretti  
*fascicolo 3 - pag. 47*

Il medico in una società che invecchia - Carlo Vergani  
*fascicolo 2 - pagg. 32-34*

La professione della cura: ieri, oggi, domani - Giorgio Cosmacini  
*fascicolo 1 - pagg. 38-41*

Un quarto di secolo in Ospedale: riflessioni e ricordi  
Francesco Fiorista  
*fascicolo 3 - pagg. 28-30*

La vita nelle mani - Giorgio Cosmacini  
*fascicolo 3 - pagg. 5-6*

## **Psichiatria**

Psichiatria, famiglia e società: congresso internazionale  
Carlo Lorenzo Cazzullo  
*fascicolo 1 - pagg. 46-47*

Da dove viene la violenza? - Carlo Lorenzo Cazzullo  
*fascicolo 3 - pagg. 15-16*

## **Psicologia**

I Pionieri della Terapia Familiare - Milena Lerma  
*fascicolo 2 - pagg. 24-29*

## **Ricerca**

La ricerca, oggi, nell'Ospedale Maggiore - Ferruccio Bonino  
*fascicolo 1 - pagg. 18-19*

Gli anticoagulanti orali: una storia esemplare sulla ricerca in  
medicina - Marco Moia  
*fascicolo 4 - pagg. 26-30 (ill.)*

## **Rossi, Attilio**

Un ricordo di Attilio Rossi, amico di Mirasole, pittore,  
grafico, editore - Ernesto Brivio  
*fascicolo 1 - pag. 50*

## **Sanità**

L'altra faccia dell'assistenza: ospedale e cure primarie  
Francesco Auxilia  
*fascicolo 4 - pagg. 8-14*

Il diritto alla tutela della salute tra prestazioni e risorse  
Giancarlo Dal Sasso  
*fascicolo 4 - pagg. 15-21*

Il piano sanitario nazionale 2003-2005 tra Stato sociale e  
federalismo solidale  
*fascicolo 2 - pagg. 11-17*

La prudenza del medico - Beppe Rocca  
*fascicolo 2 - pagg. 5-10 (ill.)*

Un quarto di secolo in Ospedale: riflessioni e ricordi  
Francesco Fiorista  
*fascicolo 3 - pagg. 28-30*

Sanasànità: anche nella pubblicità del farmaco - Giuseppe Maiocchi  
*fascicolo 2 - pagg. 35-39 (ill.)*

Sanità ed economia - Editoriale - Marco Vitale  
*fascicolo 1 - pagg. 26-34*

Sanità e politica - Editoriale - Giuseppe Remuzzi, Franco Provera,  
Arrigo Schieppati  
*fascicolo 2 - pagg. 2-4*

Sanità e farmaci - Editoriale - Gianni Tognoni  
*fascicolo 3 - pagg. 2-4*

Sanità ed educazione - Editoriale - Giorgio Cosmacini  
*fascicolo 4 - pag. 2-6*

## **Storia di Milano**

Due cantieri come vasi comunicanti. Nel XVII secolo, un andirivieni  
di architetti e scultori tra Duomo e Ca' Granda - Ernesto Brivio  
*fascicolo 4 - pagg. 35-40 (ill.)*

Milano a sorpresa, VII - Vincenzo Bevacqua  
*fascicolo 2 - pagg. 41-46 (ill.)*

Milano a sorpresa, VIII - Vincenzo Bevacqua  
*fascicolo 3 - pagg. 42-46 (ill.)*

Milano e il volontariato ospedaliero - Edoardo Bressan  
*fascicolo 3 - pagg. 36-38*

Per una storia della Senavra - Anna Maria Salvadé  
*fascicolo 3 - pagg. 31-41 (ill.)*

Vita quotidiana in un ospizio nel secolo dei Lumi. Il Trivulzio a  
fine Settecento - Cristina Cenedella  
*fascicolo 3 - pagg. 31-34 (ill.)*



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

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