



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,
mangiagalli e regina elena - anno XLVI - n. 4 - 2005

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,
mangiagalli e regina elena - anno XLVI - n. 4 - 2005

sommario

pagina

Ai lettori	1
Intervista - Nel mondo dell'infermiera. Lavorare lontano <i>Alvise Mamprin a Paola Maiocchi</i>	2
Più cultura di base per una tecnologia al servizio dell'uomo	<i>Ferruccio Bonino</i> 6
Medicine complementari o alternative?	<i>Beppe Rocca</i> 8
Asterisco	12
Mediazione e clinica: una relazione possibile	<i>Simonetta Bottardi</i> 13
La telecamera deve anche difendere la dignità e fragilità dell'uomo	<i>Luigi Offeddu</i> 17
Il contagio delle malattie. Una lunga storia tra credenze, diffidenza e indifferenza	<i>Marco Segala</i> 19
Etica, diritto, economia in sanità	<i>Giancarlo Dal Sasso</i> 23
Malattia di Parkinson. La voce del parkinsoniano può migliorare grazie alla Cantoterapia?	<i>Livio Bressan</i> 31
Asterisco	34
Sanità e managerialità per l'Ospedale Maggiore. Un incontro ben riuscito	<i>Alessandro Fenyves, Fabio Pansa Cedronio, Pino Tassara</i> 35
Pusterla e pusterle	<i>Vincenzo Bevacqua</i> 36
Notiziario	45
Cronache amministrative	47
Indice generale dell'annata	49

La copertina

Le opere d'arte dell'Ospedale Maggiore nei Musei del Castello. Due dei quattro angeli di terracotta policroma facenti parte un tempo della prima crociera della Ca' Granda, oggi sede dell'Università degli Studi.

Direttore responsabile: FRANCA CHIAPPA. Attività e programmi culturali della Fondazione.

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

“Medicine complementari o alternative”. L'autore, lungi dall'ignorare discussioni e controversie, quando non veri scontri ancor oggi fra autorità del mondo medico ed esperti delle medicine “altre”, riporta qui risultati di approfondimenti di ricerche ed esperienze in materia, per nostre libere possibilità di giudizi e conoscenze.

La mediazione: Simonetta Bottardi ci offre con una chiarezza da non perdere, definizione e conoscenza della mediazione nelle sue straordinarie capacità e nei privilegi d'uso: “un processo, quasi sempre formale, attraverso il quale una terza persona neutrale cerca, tramite l'organizzazione di scambi tra le parti, di consentire alle stesse di confrontare i propri punti di vista e di cercare con il suo aiuto una soluzione al conflitto che le oppone”.

Una pagina significativa di Luigi Offeddu, scrittore e giornalista, sull'etica professionale dei mezzi di comunicazione, sulla coscienza morale di ognuno e sulla indispensabilità di tener conto in ogni caso della “dignità e fragilità dell'uomo”.

Le lunghe faticose e anche tortuose scoperte in tutti i campi della medicina hanno portato gradualmente ad aumentare la fiducia nelle cure, nel curante e nei complessi di assistenza. Indispensabile tuttavia la massima attenzione e prudenza individuale e comunitaria. Marco Segala ripercorre la storia del contagio, esemplifica fatti e personaggi, ricorda l'apporto di uomini straordinari cui l'umanità deve molto ancor oggi.

Etica, diritto, economia: un testo molto richiesto, impegnato e coraggioso nella stesura di Giancarlo Dal Sasso, noto ai nostri lettori per la competenza e l'attenzione rigorosa a ogni aggiornato riferimento.

Ci fermiamo sulla cultura dando spazio e respiro alla storia, alla memoria, alle belle immagini delle sempre attese pagine di Vincenzo Bevacqua, che anche oggi ci guida alla scoperta felice della nostra città.

Il dottor Livio Bressan, perseverante con i suoi collaboratori nell'attenzione e nell'“invenzione” di metodi di cura a sollievo di determinati sofferenti, illustra per la Ca' granda l'avviata interessante sperimentazione della Cantoterapia per i malati parkinsoniani.

Una pagina essenziale sull'incontro-collaborazione fra l'ALDAI e il Policlinico, a firma di Alessandro Fenyves e coll. induce a disporre da ora nella rivista spazi ulteriori per le future attese realizzazioni.

Notizie dalla nostra comunità, le cronache amministrative e l'indice annuale per autore e per argomento chiudono il fascicolo.

Intervista

Un incontro casuale con Paola Maiocchi, infermiera e - soprattutto - missionaria, la sua serietà, la sua fermezza nella scelta di vita, l'impegno delle sue forze e del suo tempo ci sono parsi un dono: un dono da far conoscere e partecipare.

Siamo all'apertura del fascicolo quarto della nostra ca'granda. Alvisè Mamprin l'ha abilmente indotta a parlare e raccontare.

Nel mondo dell'infermiera Lavorare lontano

ALVISE MAMPRIN a PAOLA MAIOCCHI

Paola Maiocchi, infermiera, da tre anni vive e lavora in Cambogia.

Come ha deciso di andare a lavorare in Cambogia piuttosto che rimanere in Italia?

Prima ancora di diventare infermiera avevo deciso di essere missionaria. Mi sono formata presso la Comunità delle Missionarie Laiche del PIME. Questa organizzazione è dal 1996 che è presente in Cambogia; quando, nel 2001, è arrivato il momento di partire, la mia "destinazione" è stata Phnom Pehn, Cambogia appunto.

Come si è inserita in una realtà così differente e complessa?

I primi tempi sono stati parecchio difficili. Mi sembrava di essere una "mosca bianca" in un contesto dove il diritto alla salute, la qualità ed il livello dell'assistenza medica e la preparazione professionale sono scandalosamente bassi. Ma devo dire che sono stata accolta molto bene. Il primo anno si può dire che praticamente non ho lavorato. Era essenziale imparare prima di tutto la lingua Khmer per poter capire e farmi capire dalla gente. Ho studiato molto, una vera faticaccia! Ad essere onesti i risultati

delle prime conversazioni erano delle sonore risate da parte dei miei interlocutori. Ho pensato: "Meglio così, queste persone non hanno molte occasioni per sorridere e se un po' di buon umore riesco a darglielo io con i miei strafalcioni linguistici, ben vengano questi ultimi..."

Cosa si può dire della situazione attuale in Cambogia?

È una nazione ancora profondamente segnata dal sangue. Un periodo lunghissimo di guerre e un momento di una tragicità unica, se è possibile ancor più grave, il genocidio portato avanti durante gli anni '70 dal regime di Pol Pot. Sono ferite che hanno bisogno di molto tempo per rimarginarsi, figuriamoci per non dolere più. Ora poi c'è una corruzione diffusissima, se non istituzionalizzata. È una pratica che arriva a immobilizzare qualsiasi tentativo di programmazione ed azione, in tutti i campi. Si bloccano i grandi progetti come la vita quotidiana se non si hanno soldi, merce di scambio o più semplicemente perché non c'è la voglia o la volontà.

La politica è, per usare un eufemismo, malgestita e l'economia che è grandemente legata agli aiuti provenienti dall'estero, non ingrana.

Il popolo vuole credere e spera in un futuro più

sereno e costruttivo. I giovani, soprattutto gli studenti universitari con cui lavoro cominciano a rendersi conto della situazione e si stanno attrezzando per cominciare a cambiarla. A tal proposito ho un ricordo, risalente ai primi mesi dopo il mio arrivo. Stavo parlando con il mio insegnante di Khmer, un sopravvissuto al genocidio. Egli mentre mi raccontava dei lavori forzati, della fame, della stanchezza perenne e della morte che colpiva il suo popolo mi disse: “Noi cambogiani stiamo ancora cercando una risposta alla domanda: perché, perché è successo tutto questo...?”

Oggi uno dei grandi problemi della Cambogia è la diffusione dell’Aids-Hiv

Piove sul bagnato, come spesso succede. Si tratta di una piaga, una bruttissima piaga che colpisce purtroppo soprattutto i bambini.

La sindrome da immunodeficienza acquisita si è manifestata in tutta la virulenza in poco tempo, direi alcuni anni. Nessuna barriera, scarsissima conoscenza e il virus ha avuto vita facile. Dopo i primi casi di morte dovuta all’Aids si è subito pensato al peggio, sia come numero di malati e di decessi sia come velocità di diffusione. Previsioni azzeccate!

Il dilagare del contagio ha fatto sì che diverse organizzazioni internazionali non governative si sono impegnate in Cambogia nella cura degli adulti e nella prevenzione dal contagio. Tra i primi sono stati i missionari statunitensi di Maryknoll, con cui io ho poi in seguito collaborato. Essi hanno posto le basi e portato avanti un progetto rivolto alle persone che, essendo segnate e quindi discriminate da questa “maledizione”, avevano perso la casa, non erano più percepiti come uomini ma erano solo emarginati, anzi direi invisibili in quanto ammalati di Aids. La morte per queste persone arrivava ed arriva veloce. Poco prima di morire questi uomini si dicevano pronti al passaggio ma esprimevano anche la profonda angoscia nel pensare ai loro figli, ai loro bambini, spesso anch’essi ammalati e di lì a poco abbandonati a se stessi.

Ha detto che ha collaborato con questa Organizzazione, come si è preparata al lavoro a contatto con i bambini ammalati?

Dopo sei mesi dal mio arrivo in Cambogia, mentre studiavo ancora lo Khmer, ho cominciato a lavorare con Maryknoll.

All’inizio, sul campo, la frase più diffusa e deprimente era: “Non c’è via di scampo. I bambini sono una battaglia già persa. L’Aids è una malattia che fa morire”.

Ma i Maryknoll hanno comunque aperto tre “case” che adesso sono diventate sei, dove i bambini che non hanno più nessuno a causa della morte dei genitori, dell’abbandono da parte dei medesimi per mancanza di mezzi di sostentamento, possono essere ricoverati, essere sottoposti alle terapie del caso e, cosa importantissima, mangiare.

In che condizioni sono i bambini che arrivano da voi?

Per la gran parte sono molto malati. Arrivano da noi dopo che gli è stata diagnosticata, tardivamente, la sieropositività. Altri bimbi sono portati da noi da un loro familiare. Mi viene in mente una bimbetta di sei anni, si chiama Sray Lang. È stata la nonna a portarcela. Vivevano sole, in strada. Si mantenevano grazie al buon cuore degli abitanti delle case lì attorno, che davano sempre loro qualcosa da mangiare. Ma Sray Lang era molto malata, non avrebbe potuto farcela ancora per molto. Triste e “silenziosa”, (già qui la parola ammalato è uguale a silenzioso) questa bambina, una volta assistita e curata, ha ritrovato forza, spirito ed entusiasmo. Va alla scuola materna, ride, gioca e quando ti vede corre verso di te e dopo il formale saluto a mani giunte ti salta al collo, sicura che le farai fare un bel volo verso l’alto. Niente più silenzio.

Niente silenzio ma la malattia rimane. Quali speranze ci sono per i bambini sieropositivi?

Sono i farmaci antiretrovirali l’unica possibilità a fronte di una prospettiva di morte certa.

Tutt'altro che facile è garantirli. Si tratta di una terapia da seguire quotidianamente, per tutta la durata della vita. E poi, e poi siamo al solito punto; sono farmaci molto costosi e quasi nessuno laggiù ha abbastanza soldi per comprarli. È la generosità, l'attenzione ai problemi non prossimi, l'umanità di molte brave persone che hanno voluto fortemente diventare genitori adottivi a distanza che ha permesso e continua a darci la possibilità di curare dei bambini altrimenti spacciati.

Rimane sempre nei miei ricordi Panny, 11 anni, che l'anno scorso si sentiva dire da dei dottori senza cuore: "Che cosa continui a venire qua? Non lo sai che stai morendo?".

Panny ora sta per iniziare la prima elementare, è fiero di se stesso e ripete sempre: "Tutti dicevano che stavo per morire, ma io no! Io sono ancora qui, perciò spero!"

Panny deve ringraziare quelle persone di cui parlavo prima.

I farmaci sono però solo un elemento del cocktail che permette la speranza.

Quali sono gli altri ingredienti?

La ricetta si compone così. Le terapie unite ad accoglienza e familiarità, cibo buono e abbondante, igiene, riposo e poi l'amore, tanto amore.

A Lakany, una ragazzina che un anno fa mi stava morendo tra le braccia e adesso invece sembra una piccola donna nel pieno delle forze, un giorno dico: "Non capisco proprio come faccio ad amarti così tanto, a volerti così bene!" Lei semplicemente mi risponde: "Semplice, perché Lui ha voluto che ci incontrassimo e diventassimo come madre e figlia".

Qualcuno si stupisce che io possa ricordare i nomi di tanti bambini e le loro storie, io rispondo che non c'è nulla di strano. Non si tratta di uno sforzo, ognuno di questi piccoli uomini entra direttamente nel cervello e nel cuore.

La passione, la dedizione, l'amore sono fondamentali per fare l'infermiera in Cambogia, ma nello specifico come è organizzato il suo lavoro?

Io lavoro nelle "case" di accoglienza per i piccoli malati, ma una porzione importante del mio tempo è impegnata nelle visite a domicilio nelle baraccopoli di Phnom Pehn. Parlo con i parenti, do consigli circa l'igiene e le cose giuste da mangiare. A volte bisogna impegnarsi molto per scalzare i pregiudizi pesanti come macigni, spesso dovuti alla povertà quasi totale e alla ignoranza, Davin, una bambina molto malata, quando l'ho incontrata per la prima volta era un'alcolista. Certo, le davano da bere birra. Suo padre, anch'egli malato, rifiutava di farsi curare e di far curare sua figlia. Diceva: "Non voglio portare la mia bambina da nessuna parte, niente medicine. Se deve morire, morirà tra le mie braccia".

Mi tocca anche aver a che fare con l'inefficienza del sistema sanitario cambogiano. Su questo aspetto della mia quotidianità mi viene in mente la storia di Samy. Era un bambino che doveva essere operato di tonsille. Il suo intervento era stato rifiutato perché Samy era sieropositivo. In un primo momento l'intervento era stato programmato (e pagato) perché i medici non erano a conoscenza della malattia. Una volta accertata la sieropositività hanno iniziato a parlare della cronicità della malattia, dell'importanza delle tonsille per il sistema immunitario... e il bambino è stato mandato a casa.

Qualche tempo dopo le tonsille si sono infiammate ancora, unite a un febbrone preoccupante. Rifiutata l'operazione una volta ancora ho dovuto minacciare di rivolgermi alla stampa e ai competenti organismi internazionali. Con questo spauracchio l'operazione è stata fatta ma ho dovuto fornire ai medici e agli infermieri guanti, maschere e occhiali per "difendersi".

Un lato del mio lavoro che mi dà molta soddisfazione è organizzare e vivere quindi insieme ai bambini gite al mare, piccole feste, giochi e gare sportive. Sono momenti di enorme felicità per me ma innanzitutto per i bambini.

È parte integrante del mio lavoro anche la formazione ai giovani sia cambogiani che di altre nazionalità che si avvicinano alle nostre proposte per la voglia, la curiosità, il fascino di capire qual è il

segreto della serenità e della bellezza che si sprigionano da questi bambini...

Soddisfatta della decisione?

Pienamente. Da quando sono in Cambogia, ho visto e ascoltato storie di infelicità, dure e gravi. Ma gli adulti con cui lavoro, i giovani che incontro e i bambini che curo mi trasmettono ogni giorno la loro voglia di restare in vita e capire il senso di quest'ultima.

È una grandissima soddisfazione. Non fosse altro perché tutto ciò ha cambiato la mia vita.

Ora è in Italia, cosa le manca e cosa invece ha portato con se?

Il distacco dai “miei figli Khmer” e dalla Cambogia non è stato facile, mi ha aiutato la possibilità di riprendere la mia professione qui in Italia. Ora lavoro con persone anziane. L'inizio mi ha come sempre un po' frastornato.

Ma dal primo giorno ho scoperto una cosa, quel “filo rosso” che unisce e marca di significato pieno tutte le esperienze che ho fatto.

Questo filo rosso è la passione per la mia professione, così unica, così privilegiata. Un lavoro che ti permette di arrivare dove a pochi è dato arrivare, là dove si può fare qualcosa per il bene della persona e poterlo fare come se fosse una lezione per la vita. È lo stesso filo rosso che ho visto riflesso negli occhi dei bambini cambogiani e che ora vedo in quelli di molti pazienti. Non c'è nessuna differenza, questi occhi vogliono sprigionare vita, nonostante spesso siano ora racchiusi in un corpo indebolito, deformato, invecchiato.

Quali sono i suoi progetti?

Il mio anno in Italia sta quasi per terminare. Mi è servito molto per il mio aggiornamento professionale ed anche per elaborare le esperienze che ho vissuto in Cambogia. Ora ho voglia di tornare a lavorare “sul campo”. Ecco, il mio progetto è essenzialmente uno: tornare in Cambogia. Credo che questo avverrà molto presto. Mi aspettano Sray Lang, Panny, Lakany, Samy e tanti altri bambini.

Più cultura di base per una tecnologia al servizio dell'uomo

FERRUCCIO BONINO

Nel 1950 la velocità media dell'auto era di circa 30-40 km all'ora e ci volevano 2-3 settimane per spedire o ricevere la posta. Due mila anni fa, ai tempi di Giulio Cesare la velocità del carro, il più comune mezzo di trasporto di allora era di circa 15-20 Km all'ora. La velocità della posta era di circa 3-6 settimane. Dal 1950 a fine secolo, in soli 50 anni si è realizzato il progresso tecnologico più significativo della storia dell'uomo. Oggi servono solo pochi secondi per inviare una lettera per posta elettronica in qualsiasi parte del mondo. Per l'automobile addirittura il progresso tecnologico ha invertito la rotta e non mira più ad aumentarne la velocità, ma al controllo della sicurezza. Fino ad oggi ogni progresso tecnologico ha implicato un significativo miglioramento della qualità di vita dell'uomo. D'ora in poi invece appare evidente che in molti settori ogni ulteriore miglioramento tecnologico non produrrà più necessariamente significativi vantaggi per la vita dell'uomo. Anzi la diffusione esponenziale dell'uso dell'automobile alle nuove e più numerose popolazioni del mondo costituisce una minaccia più che una speranza per il futuro. Ad un attento osservatore i segni del cambiamento sono evidenti anche in molti aspetti della medicina. Non è casuale che molte persone preferiscano le proposte di cura delle vecchie medicine tradizionali piuttosto che quelle della medicina moderna per la cura dei disturbi funzionali. La sfrenata corsa tecnologica e i suoi continui successi applicativi hanno proposto l'illusione di una medicina "certa e sicura", capace perfino di esorcizzare la morte. L'accelerazione tecnologica è sfuggita però al controllo della mente e il nostro tempo è scandito dalla fretta tecnologica che riduce sempre di più lo spazio libero di pen-

siero. Ogni giorno non si legge più un solo giornale, ma si vuole averne il più possibile a portata di mano per la rassegna stampa più estesa e indiscriminata. Nell'intento di sapere un po' di tutto finiamo per conoscere niente. Ogni messaggio di posta elettronica è inviato in copia a tutti i partecipanti di un progetto e così ogni giorno il dirigente è investito da centinaia di lettere di posta elettronica che non può leggere. Per cercare di controllare tutto rimaniamo al corrente di nulla. Esausti dalla corsa frettolosa della settimana di lavoro tutti pensiamo solo nei week-end. Il lunedì ci richiamano tutti contemporaneamente per riprendere nel modo più caotico e frettoloso un altro vorticoso giro di fretta tecnologica.

Anche in medicina la ricerca clinica ha esaltato soprattutto la tecnologia e le metodologie che mirano alla verifica di mercato degli strumenti tecnologici di diagnosi e cura. La corretta valutazione di un nuovo farmaco o mezzo diagnostico impone ampi studi per verificare se il nuovo strumento sia significativamente più utile e conveniente di quello già in uso. Malati uguali, anonimi sono seguiti da medici uguali, anonimi per poter confrontare senza interferenze gli strumenti anonimi di cura. I soli numeri rimangono a significare le diversità e le evidenze fornite dalla cura cieca dove ciechi guidano anonimamente altri ciechi. Ne consegue che la malattia sia diventata il principale e impersonale oggetto della cura e che il malato ne sia spesso solo lo strumento. L'uomo è ormai al servizio della tecnologia di cui ha perso il controllo. La medicina della quantità copiata sul modello dell'industria per la produzione di massa sta però segnando il passo a favore di una medicina ispirata all'industria per la produzione di qualità. Oggi, infatti lo

studio e la conoscenza del genoma umano ci rivelano come ogni persona sia unica, irripetibile. La cura nella pratica clinica deve tornare ad essere soprattutto un equilibrato esercizio di esperienza, responsabilità e prudenza mirata alla percezione delle sfumature che permettono l'uso adeguato e personalizzato degli anonimi strumenti di cura nel singolo malato. Anziché misurare esclusivamente le diversità degli strumenti di cura si inizierà a valutare la diversità degli esiti della cura e misurarne la qualità che dipende dalla capacità e esperienza degli operatori più che dalla tipologia degli strumenti da loro utilizzati. Il diritto alla salute non può garantire banalmente la stessa cura a tutti perché ciò significa al massimo la cura appropriata nel 25 % dei casi, insufficiente nella metà e non appropriata nel rimanente 25% dei casi. Il diritto alla salute dovrebbe perciò garantire la pari opportunità ad ogni individuo di accedere alla cura giusta per lei/lui o personalizzata, magari proprio con il farmaco ritirato dal commercio perché inutile nella maggioranza dei casi. Questo è infatti il caso paradossale che si verifica frequentemente come conseguenza del sistema attuale di commercializzazione e rimborso dei farmaci che mira a garantire la cura media per la malattia o malato medio. Purtroppo nella pratica clinica il malato medio assomiglia solo lontanamente a circa il 25 per cento dei malati veri. In medicina come in tanti altri aspetti della vita umana occorre oggi utilizzare le risorse tecnologiche per ridare tempo al pensiero. Filosofia, fisica, politica e teologia devono tornare a riassorbire appieno l'interesse delle menti più fulgide e creative dei giovani per recuperare tanto tempo perduto. Una domanda sorge spontanea, se il pensiero dell'uomo che pretende di governare le moderne tecnologie e di fondare la nuova civiltà cosmopolita possa fare riferimento solo e sempre ai principi della filosofia di Aristotele e Platone, ai capisaldi del Diritto Romano e ai dogmi di duemila anni fa. Il cammino di ricerca nell'ambito delle principali categorie del pensiero umano è stato distratto e attirato dalle sirene tecnologiche per troppo tempo. La tecnologia ci ha dato tantissimo, ma d'ora in poi essa potrà continuare a rima-

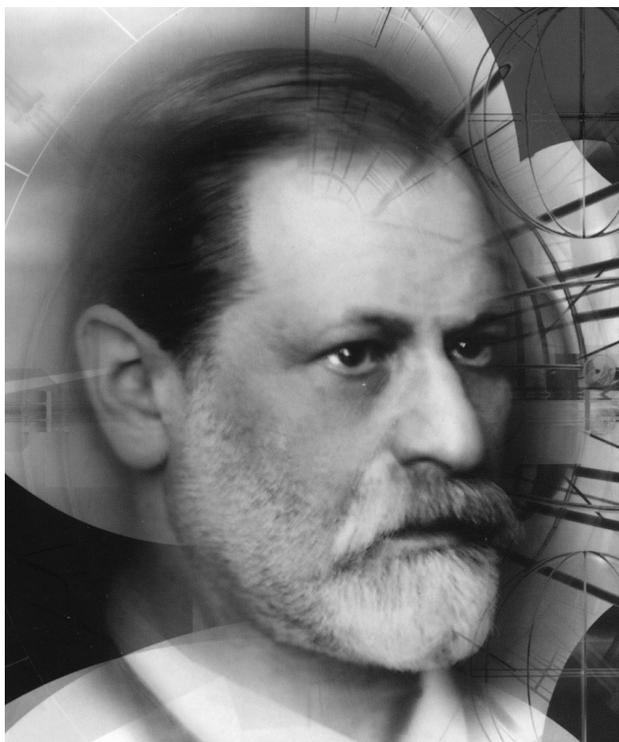
nere al nostro servizio solo se sapremo guidarla con la forza di un pensiero nuovo, più adeguato ai bisogni dell'umanità del XXI secolo.

Medicine complementari o alternative?

BEPPE ROCCA

Quando nell'inverno del 1886 Freud rientrò a Vienna da Parigi, dopo la sua esperienza alla Salpêtrière con il grande Charcot, impaziente di comunicare ai colleghi medici il suo entusiasmo per la scoperta dell'importanza che la mente ha sulle malattie del corpo, trovò ad attenderlo un notevole scetticismo. Le sue conferenze davanti ai colleghi più autorevoli della scienza medica tedesca si rivelarono fin dalle prime battute, un *dialogo tra sordi*. In particolare il collega Meynert, che era stato maestro di Freud, diventò molto aggressivo di fronte all'entusiasmo per i *fenomeni di suggestione* (non solo l'ipnosi) e il grande ruolo delle nevrosi per la clinica ⁽¹⁾.

Molti autorevoli colleghi non avevano esperienza personale concreta con i fenomeni in discussione, ma rifiutavano i casi presentati da Freud come *non scientifici*.



Sigmund Freud

Il clima che oggi circonda le medicine complementari o alternative è molto simile, e ora come allora, il giudizio sprezzante di molte eminenti autorità del mondo medico contrasta con la crescente popolarità di forme di terapia complementari o alternative (CAM: *Complementare and Alternative Medicine*) alla biomedicina occidentale.

Invitato recentemente ad organizzare una tavola rotonda sul tema delle CAM, invitai sia mia sorella Nadia, che lavora come medico pediatra in Guiana Francese, sia mio fratello Walter che è un ricercatore della Mayo Clinic. La loro risposta è istruttiva. Mia sorella rispose: no grazie, in Sudamerica avremmo bisogno di molta più medicina occidentale tradizionale, ma non abbiamo i soldi per pagarla. Mio fratello partecipò con entusiasmo alla discussione e il suo commento fu: oggi negli Stati Uniti tutti i grandi centri di ricerca dimostrano grande interesse per forme di terapia diverse dalla biomedicina occidentale.

Eccoci davanti ad una situazione apparentemente paradossale: mentre l'ottanta per cento della popolazione mondiale potrebbe trarre vantaggio da molte terapie occidentali ma non ha i soldi per pagarle, il restante venti per cento, cioè proprio gli occidentali che le hanno inventate, guardano con crescente interesse alle CAM.

Già nel 1990 negli Stati Uniti, il numero delle visite a guaritori delle CAM superava il numero delle visite dei medici di medicina generale. Una verifica ripetuta nel 1997 rivelò che la popolarità delle CAM in America è in crescita esponenziale con 628.000 visite contro le 385.000 della medicina generale ^(2,3,4).

A questo punto, il lettore incuriosito potrebbe chiedere: cosa sono queste medicine complementari e alternative?

L'*American Medical Association* (AMA) ha classificato le CAM in 16 tipi principali:

1. Piante medicinali
2. Medicina naturale

3. Omeopatia
4. Ipnosi
5. Agopuntura
6. Massaggio
7. Chiropratica
8. Pranoterapia ed *energy healing*
9. Biofeedback
10. Tecniche di rilassamento (meditazione)
11. Megavitamine
12. Diete *lifestyle* (vegetariana, macrobiotica)
13. Diete commerciali
14. Gruppi di self help
15. Uso di immagini (*imagery*, santini, immagini sacre)
16. Pratiche spirituali.

Sono tutte in aumento? Chi le utilizza? Perché? Per quali indicazioni? Sono efficaci?

Il medico con una formazione occidentale tradizionale non è *formato* e neppure *informato* adeguatamente sul problema. Nel 1997 e 1998 l'*American Medical Association* ⁽⁵⁾ sottolineò l'importanza del tema e stimolò il finanziamento di grandi progetti di ricerca su: *Alternative Medicine: An Objective Assessment* ⁽⁶⁾ che fornirono le prime risposte in articoli pubblicati su *JAMA* e sugli *Archives* nel 1998 e anni successivi ⁽⁷⁾.

Quali risultati sono emersi da uno sforzo così imponente?

Molti luoghi comuni e pregiudizi sono stati sfatati e non sono mancate le sorprese. Vediamo alcuni aspetti in dettaglio.

I ricercatori si scontrarono immediatamente con un ostacolo importante. Molte delle fonti disponibili non permettono di distinguere tra: a) prove esterne e obiettive d'efficacia b) resoconti aneddotici senza elementi di prova verificabili c) teorie religiose, filosofiche, ideologiche... mescolate in modo inestricabile con resoconti d'efficacia 4) opinioni e credenze di autorità e tradizioni le più diverse e incompatibili tra loro ⁽⁸⁾.

Quali tipi di CAM godono di maggiore popolarità?

Dagli studi americani ed europei è emersa una mappa estremamente variegata: tipi diversi di pratiche sono ritenute più efficaci e godono di maggiore popolarità a seconda delle tradizioni storiche della cultura in cui vengono impiegate. Pur

non potendo entrare nei dettagli delle statistiche emerse nei singoli paesi, ciò che sorprende sono le enormi differenze nelle percentuali d'uso in culture e paesi diversi.



Samuel Hahnemann, il padre dell'omeopatia

Quali sono veramente efficaci?

Non dobbiamo avere la presunzione di rispondere ad una domanda così generica. Sarebbe come chiedere ad un medico occidentale: ma l'aspirina, serve? La sua risposta non potrebbe che essere: *dipende!* Nelle situazioni in cui è indicata, e prestando la dovuta attenzione alle indicazioni e controindicazioni, è uno dei farmaci più efficaci della nostra farmacopea.

Invece spesso si sentono discussioni interminabili tra chi *crede* che le medicine alternative e complementari non siano scientifiche *in assoluto* e qualcuno che ne pratica una forma specifica da anni e fa di tutto per dimostrare il contrario. Oppure tra chi *crede* alla fitoterapia, ma non *crede* all'omeopatia o alla chiropratica.

Si tratta di conversazioni non sempre pacate e raramente pertinenti, che hanno poco in comune con la ricerca scientifica. Al ricercatore scientifico non dovrebbe interessare chi *crede* o non *crede* ideologicamente o per credenze personali e conoscenze frammentarie a questa o quella CAM.

Come per l'aspirina, è scientifico discutere indicazioni e controindicazioni precise e risultati obiettivi verificabili.

Non potendo per ovvie ragioni, e non essendo questa la sede più idonea per farlo, discutere analiticamente indicazioni, controindicazioni ed efficacia di ciascuna pratica CAM, possiamo cercare di sfatare alcuni pregiudizi molto diffusi e alcuni luoghi comuni che stendono una cortina fumogena e impediscono anche solo l'inizio di un dialogo pacato e pertinente.

Si sente dire spesso: si tratta d'ignoranza! Le persone intelligenti vanno dal medico.

È il tipo di risposta che senza dubbio tranquillizza chi si crede intelligente, ma non è suffragata da informazioni obiettive. Coloro che ricorrono alle medicine alternative hanno in media più anni di studio alle spalle e si tratta spesso d'impiegati, dirigenti, professionisti. In Italia, come negli Stati Uniti, non sono le regioni più povere del Sud, ma le ricche città del Nord a presentare i fatturati più alti per le CAM. Inoltre le donne colte e benestanti sembrano essere le prime ad esplorare – sarebbe meglio dire a riscoprire – pratiche di cura che abbiamo ereditato da tradizioni millenarie.

I critici della medicina e più in generale della tecnologia occidentale dicono che il motivo di ricorso alle CAM è perché finalmente le persone – grazie ai media e a Internet - si sono emancipate dalla figura autoritaria e paternalistica del medico e si sono rese conto che esistono delle alternative. Ma è vero? Le ricerche epidemiologiche hanno mostrato chiaramente che le persone nella grande maggioranza dei casi si rivolgono prima alla medicina occidentale e solo in seconda battuta alle CAM, non perché si sentano emancipati o Internet abbia aumentato la loro capacità di autodeterminazione... semplicemente perché il loro problema non è stato risolto in modo adeguato dal loro medico di fiducia.

Quindi non ci sono medicine alternative in senso radicale? Solo medicine complementari alla medicina occidentale?

Anche questa domanda richiede una risposta molto precisa: se per *alternativo* intendiamo *contrappositivo* alla medicina occidentale, meno del 5 per cento del ricorso alle CAM si configura

come radicalmente alternativo. Si tratta di un 5 per cento di persone che pur esistendo ed essendo ampiamente dimostrata ed accettata l'efficacia della terapia occidentale tradizionale, rifiutano il ricorso alle istituzioni sanitarie occidentali e *si rifugiano* in prima battuta presso un guaritore CAM.

Chi sono? Perché si comportano in questo modo? Si tratta di un gruppo di persone che negli ultimi sei mesi o a livello d'esperienza biografica annoverano un grave episodio di malattia in un parente, figlio, conoscente stretto, da loro interpretato non come la conseguenza del limite della medicina, ma come un errore e una inadeguatezza dei medici e della medicina occidentale. Un esempio per tutti: dopo aver perso un figlio per una forma oggi incurabile di leucemia, una madre rifiuta la chirurgia per cancro del seno e *si rifugia* in un Ashram della California o dell'India o in un centro di meditazione di una grande città dell'Italia del Nord.

Sono emersi due gruppi di persone radicalmente diversi: a) un cinque per cento di *risentiti* verso la medicina occidentale, che si contrappone ad essa b) il 95 per cento delle persone che riconosce la grande efficacia delle medicine occidentali in molte situazioni, ma nello stesso tempo si rivela aperta, e si orienta verso altre forme di cura, congruenti con i suoi valori, credenze e orientamenti verso la salute e la vita ^(9, 10).

Alcuni sociologi, sulla scia di Ivan Illich, hanno suggerito che oggi le persone vogliono *riappropriarsi della salute*, togliendo la cura dalle mani del medico che se ne è impossessato come altri professionisti si sono impossessati dell'insegnamento o dell'amministrazione dell'economia e della giustizia. Il successo delle CAM confermerebbe la forza di tale rivendicazione ^(11, 12).

I dati epidemiologici disponibili evidenziano al contrario una tendenza crescente dei pazienti a delegare ad altri, siano essi medici o guaritori alternativi, la cura della loro salute, e se si rivolgono a guaritori diversi, non è certo per *riappropriarsi* della loro salute. Al contrario, sono proprio alcune pratiche alternative ad essere centrate sul malato e a basarsi sul ruolo attivo del paziente nella cura.

Chi sono gli utilizzatori delle CAM, e per quali indicazioni le persone si rivolgono ad esse?

Schematicamente possiamo distinguere tra: a) persone in buona salute della popolazione generale b) disturbi comuni e funzionali c) malattie croniche d) neoplasie e) malattie in fase terminale.

Le aspettative cambiano notevolmente da un sottogruppo all'altro. Le persone in buona salute, negli studi epidemiologici su campioni della popolazione generale ricorrono ai rimedi delle CAM per: a) mantenere la salute e la vitalità⁽¹³⁾ b) prevenire la comparsa di malattie in futuro⁽¹⁴⁾.

Nella maggioranza dei casi si tratta di autoprescrizione o di ricorso ai rimedi alternativi su consiglio di un amico, il farmacista, una rivista o Internet⁽¹⁵⁾.

Nel caso di disturbi comuni e funzionali, spesso le CAM si rivelano veramente *alternative* rispetto agli scarsi successi terapeutici conseguibili con le terapie tradizionali. I pazienti si dividono in modo bilanciato tra casi di autoprescrizione e ricorso a guaritori e medici delle CAM.

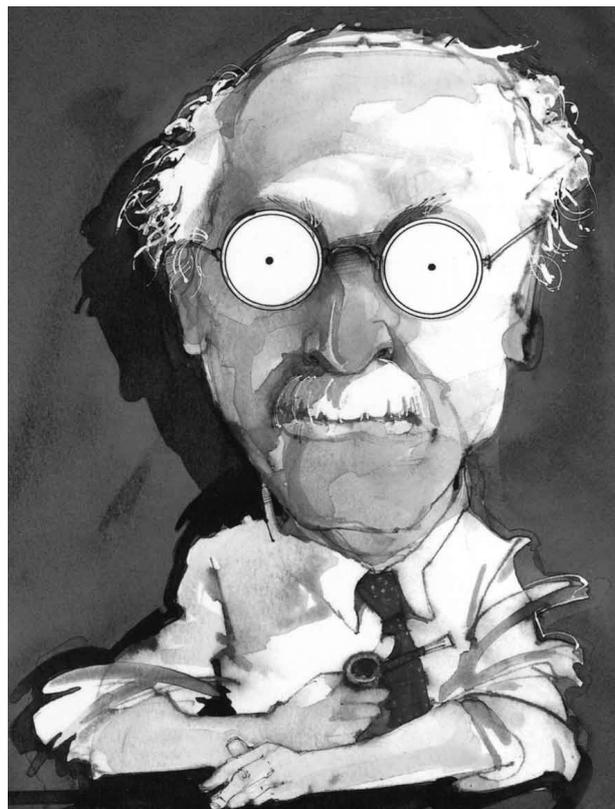
Le malattie croniche spesso sono controllate, ma non in modo ottimale dalle terapie tradizionali e le CAM vengono affiancate ad esse per ridurre il consumo di farmaci, o per migliorare il compenso. Ad esempio l'omeopatia nella terapia dell'adulto è spesso prescritta per condizioni croniche.

Nel caso delle neoplasie si debbono distinguere due tipi di situazioni: 1) le CAM vengono usate come complementari alle terapie tradizionali, per controllare meglio i sintomi o ridurre gli effetti collaterali, ad esempio della chemioterapia o radioterapia⁽¹⁶⁾; 2) le CAM vengono usate come ultima speranza, dopo il fallimento delle terapie tradizionali.

Nelle malattie in fase terminale sono impiegate sia per la loro efficacia terapeutica, sia per la suggestione positiva che può derivare dalla loro assunzione (effetto placebo).

In sintesi, sembra che un numero crescente di persone intelligenti dei paesi occidentali dimostri una rinnovata apertura mentale verso pratiche di cura ereditate da tradizioni e culture diverse e tenda ad integrarle nella cura di sé. Si può a ragione parlare di un nuovo sincretismo della cura?

Alla domanda di Tiziano Terzani⁽¹⁷⁾ al Dalai



Louis Pasteur (1822-1895)

Lama: *Santità, lei si cura con la medicina tibetana o con quella occidentale?* il Dalai Lama - *oceano di saggezza* - rispose: *con tutte e due. Se ha un attimo di pazienza e mi vuole scusare, è l'ora del mio antibiotico. Dopo, possiamo gustarci la buona tisana tibetana che il medico ha preparato per me e senza dubbio farà bene anche a lei!*

E allora?

Chi scrive ha studiato e praticato la medicina solo in grandi città dell'Italia del Nord, a Londra e negli Stati Uniti, ha un'esperienza iniziale e altamente insufficiente di alcune CAM, e non è quindi nella posizione migliore per tirare delle conclusioni. Ma ha una netta impressione: le CAM hanno successo. Le assicurazioni in America e i politici nei *welfare state* europei sono già in gara per chi riuscirà a cogliere meglio e prima i profitti o i voti di questo grande movimento culturale.

La storia recente insegna che il grande successo e la grande popolarità hanno già portato alle stelle e fatto crollare sia la psicanalisi sia l'omeopatia. Sarebbe un'altra occasione perduta se anche que-

sta volta non si approfondisse proprio ciò che di più innovativo hanno da offrire alcune CAM: un modo diverso di vedere il medico e il malato, la salute e la malattia, la vita e la morte, superando in saggezza anche lo stesso Dalai Lama.

Ma è proprio l'affascinante ed enigmatica differenza di paradigma di alcune CAM, che molti dei miei illustri colleghi continua a vedere come *non scientifica o antiscientifica*.

Bibliografia

- 1 - Freud S. Opere. Torino: Boringhieri; 1967. In particolare Vol 1. *Studi sull'isteria e altri scritti*. 1886-1895
- 2 - Diehl DL, Eisenberg D. *Complementary and alternative medicine (CAM): epidemiology and implications for research*. *Progress in Brain Research*. 2000;122:445-55.
- 3 - Eisenberg DM, Kaptchuk TJ, Laine C, Davidoff F. *Complementary and alternative medicine-an Annals series*. (comment). *Annals of Internal Medicine*. 2001 Aug 7;135(3):208.
- 4 - Eisenberg L. *Complementary and alternative medicine: what is its role?* *Harvard Review of Psychiatry*. 2002 Jul-Aug;10(4):221-30.
- 5 - Istituzione corrispondente a grandi linee ai nostri Ordini dei medici.
- 6 - Le medicine alternative: una valutazione obiettiva.
- 7 - Si tratta di riviste mediche americane che rispecchiano la posizione della medicina accademica.
- 8 - Fontanarosa P. *Alternative Medicine. An Objective Assessment*. American Medical Association USA: JAMA and Archives Journals; 2000.
- 9 - Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM. *Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002*. *Alternative Therapies in Health & Medicine*. 2005 Jan-Feb;11(1):42-9.
- 10 - Eisenberg L. *Complementary and alternative medicine: what is its role?* *Harvard Review of Psychiatry*. 2002 Jul-Aug;10(4):221-30.
- 11 - Ivan Illich. *Nemesi Medica. L'espropriazione della salute*. Bruno Mondadori, Milano 2004.
- 12 - Ivan Illich. *Disabling Professions*. Marion Boyars, London, 1977.
- 13 - Si parla di *promozione* della salute.
- 14 - *Prevenzione delle malattie*.
- 15 - Eisenberg DM. *The Institute of Medicine report on complementary and alternative medicine in the United States - personal reflections on its content and implications*. *Alternative Therapies in Health & Medicine*. 2005 May-Jun;11(3):10-5.
- 16 - Rientrerebbero nell'ambito delle terapie palliative in senso ampio.
- 17 - Terzani T. *Un altro giro di giostra. Viaggio nel male e nel bene del nostro tempo*. Milano: Longanesi; 2004.

La memoria è un occhio sempre aperto

Un mondo senza memoria sarebbe un mondo cieco, chiuso nell'ansia del presente. Per questo motivo i totalitarismi censurano, proibiscono, gettano alle fiamme. Così uccidono lo sguardo del pensiero, il ricordo, l'espressione delle differenze: la terra dove nascono l'arte, i sogni, le illusioni, la libertà.

Ritornare su ieri significa, però anche amare l'oggi perché la memoria è riflesso, ombra, proiezione. E l'uomo di oggi è fratello di quello di ieri.

La storia degli uomini è fatta di compagni straordinari e tenaci. Frequentarli nel ricordo è come scrivere un romanzo: quello dei personaggi e dei luoghi che il secolo, voltando pagina, ha portato via con sé per ritrovare la propria anima all'ombra della propria memoria. Non ci si separa dalla Storia, ci si convive, cercando di notte, nei sogni, l'isola che non c'è.

Il Giorno della Memoria è ricordare piccoli, anonimi, smarriti protagonisti, i loro cieli in tempesta, le vite perdute, i sentimenti bruciati, i fiori appassiti, le speranze cadute, i sorrisi dimenticati, le lacrime che caddero e quelle mai piante.

Le luci si spensero e Hitler fece dell'Europa un cimitero sotto la luna: quella malattia dello spirito che Camus chiamò il "regno delle bestie". Il paganesimo nazista e il suo Führer, immaginifico inventore dell'estetica della morte, uccisero la pietà, gli uomini e la ragione. Oggi altre sfide sono portate alla Storia, nel nome di religioni di morte, utopie malate, controrivoluzioni medioevali.

Un frammento del Giorno della Memoria cada sui dinosauri secondo cui l'Olocausto è una leggenda. Un altro protegga Israele, figlio di una straordinaria avventura umana. E il nostro tributo sia anche un atto d'amore.

MARCO INNOCENTI

(Da *Il Sole 24 Ore* 27.1.06)

Mediazione e clinica: una relazione possibile

SIMONETTA BOTTARDI

1. La mediazione. Note intorno alla sua definizione e al suo uso

L'idea di mediazione, nei tempi e nei modi odierni che si fanno sempre più complessi, sembra essere diventata di moda. Si parla di mediazione penale, scolastica, familiare, sociale, lavorativa, con tecniche, attori, scopi, competenze e referenti istituzionali differenti. Ma, dando uno sguardo più ravvicinato e cercando un denominatore comune possiamo definire la mediazione come “un processo, quasi sempre formale, attraverso il quale una terza persona neutrale cerca, tramite l'organizzazione di scambi tra le parti, di consentire alle stesse di confrontare i propri punti di vista e di cercare con il suo aiuto una soluzione al conflitto che le oppone.”⁽¹⁾ Il ricorso alla mediazione si iscrive in un movimento, più ampio ed articolato, di ricerca di modelli “alternativi” alla giustizia retributiva, per la regolamentazione delle liti, la composizione degli effetti devastanti dei conflitti, e non da ultimo, per rispondere in un modo diverso, alla lentezza, ai costi e all'inadeguatezza delle strutture giudiziarie di fronte all'insoddisfazione sempre più crescente dei cittadini. Questi gli scopi e le ragioni presenti fin dall'inizio del movimento di *alternative dispute resolution* (ADR), nato intorno agli anni '60-'70 negli Stati Uniti (e in generale nel mondo anglosassone). Ma, nonostante l'impiego ormai decennale di questi percorsi “altri”, la riflessione sul concetto di mediazione sembra portare con sé, negli usi e negli ambienti più differenti, un alone di incertezza e di perplessità.

Perché la mediazione⁽²⁾ genera dubbi sul suo operato e sulla sua natura? Le risposte possono essere molteplici e riguardare più punti di vista: la novità del suo impiego in Italia, il cambiamento che il suo paradigma propone, la flessibilità propria del consensualismo.....

Forse, però, il punto decisivo sembra essere un altro: cioè quello delle “idee guida che portano all'affermazione delle tecniche di mediazione nella gestione

della conflittualità sociale”⁽³⁾. Infatti, la mediazione, attraverso il tentativo di cambiamento e ridefinizione degli interessi personali contrastanti in vista di un accordo comune, può aiutare le parti a concepire un orizzonte più vasto di riferimento per quanto riguarda il “lavoro” da svolgere insieme. La mediazione segnala due livelli di intervento: il primo come individuazione delle modificazioni relazionali all'interno del rapporto fra i confliggenti e il secondo come amplificazione di questa trasformazione a livello di “confronto pubblico”, civico. Le parti in campo si incontrano con dei ruoli – malato, cittadino, professionista della salute – che possono e devono intrecciarsi e compenetrarsi. In questa prospettiva assume un rilievo fondamentale la proposta di un'idea molto diversa di giustizia: quella conciliativa, del “fare insieme”, di una progettualità condivisa, del dialogo fra i protagonisti in gioco per poter raggiungere un obiettivo concreto, cioè la riapertura di un linguaggio, di una comunicazione interrotta e distrutta dal conflitto che allontana e separa le parti. L'incontro di mediazione è consegnato interamente ai confliggenti: il mediatore⁽⁴⁾ non ha nessun potere, non impone nessuna soluzione esterna, osserva quello che accade. “Sta” in mezzo alle parti ed assiste, “come uno specchio”, a quello che succede, rendendolo percorribile e sostenendolo. Quello del mediatore è un ruolo molto difficile: appartiene al medesimo spazio delle parti in lotta, non si “chiama fuori”, ma pur rappresentando solo un “catalizzatore” delle energie degli attori, realizza, nella differenza dalla parti, la sua identità. Mentre i confliggenti litigano, il mediatore cerca di vedere il terreno comune che li unisce, cioè la comunicazione. Solo così, stando nel mezzo pur non appartenendo a nessuna parte, “il mediatore (...) è mezzo per la pacificazione, rimedio per il conflitto grazie allo stare *tra* i contendenti.”⁽⁵⁾

Il cammino di mediazione si prefigge, si diceva, uno scopo concreto: quello di ottenere un progetto di rior-

ganizzazione delle relazioni sociali che sia il più soddisfacente possibile per le parti coinvolte a partire dal conflitto che le oppone. Questo programma passa attraverso il riconoscimento della propria responsabilità e capacità di decisione: la mediazione è confidenziale, libera, non coercitiva e qualsiasi sia la decisione presa (o non presa) risponde pienamente e soltanto alla volontà dei singoli attori.

La messa in campo attraverso la mediazione, di una domanda di giustizia che nasce da una prospettiva di verità frutto di confronto, mette in gioco un ripensamento della colpa e della pena in termini che assicurino un miglioramento delle procedure partecipative dei singoli cittadini ai processi sociali, politici e civili. La mediazione potrebbe rappresentare, nella pluralità delle sue declinazioni, il recupero di spazi decisionali e d'azione che una disciplinarietà legislativa sempre più capillare ha via via depredato. Con ciò non si intende opporre la mediazione al diritto, ma piuttosto esplicitare una diversità di funzione: la mediazione arriva a ricucire quel sostrato sociale strappato dal conflitto che il diritto tralascia. Così agendo, la mediazione sottolinea un elemento di importanza fondamentale, quello del riconoscimento di una differenza che da individuale si fa etica: i soggetti, nello spazio e nel tempo accogliente della mediazione, si riconoscono *diversi* in quanto portatori di competenze, valori e vissuti, che possono intersecarsi in vista di un sapere condivisibile. Le sentenze proprie del processo giurisdizionale hanno natura dualistica e conducono ad un esito rigido ed intoccabile: ci sono vincitori e vinti, rancori ancora cocenti, lacerazioni non ricucite. “La pace assicurata dal diritto, rimanendo alla superficie degli eventi, si dimostra carente sia sul piano etico generale, sia su quello pratico dell’effettiva risoluzione del conflitto: sul piano etico, non solo non spinge i contendenti alla consapevolezza delle proprie reali motivazioni ma non va oltre la mera tolleranza, senza pervenire a un vero riconoscimento dell’altro; sul piano pratico, confonde quasi sempre la verità con la vittoria, lasciando lo sconfitto solo col suo rancore e il suo desiderio di rivalsa”⁽⁶⁾. Proprio per questo i sentimenti che animavano il conflitto, invece di essere trasformati, sono amplificati e rimasti inespressi sotto la sofferenza e il senso di aver subito un’ingiustizia irreparabile. Forse, soltanto il percorso di mediazione, che offre un luogo sicuro per incanalare l’odio, l’ag-

gressività, l’amarrezza di un tradimento, la violenza verbale e fisica che viene generata da una situazione irrimediabile, può rappresentare un’occasione di libertà incondizionata per incontrare la parte che ci ha “fatto del male”, che ci ha “rovinato la vita”. Questa è un’opportunità per parlarsi, per vedersi come persone e non come nemici da annientare. La mediazione si propone come orizzonte di consapevolezza dove poter raccontare i fatti accaduti, così come sono stati vissuti e percepiti: “(...) le ingiustizie, il “male commesso” non vengono dimenticati in nome di un indulgenzialismo e un “buonismo” privi di significato, essi vengono accolti e ben identificati; ma questo lavoro non serve, nella mediazione, per imputare una responsabilità, bensì per rendere possibile una riparazione, un superamento, una trasformazione”⁽⁷⁾. Non necessariamente il cammino di mediazione porta ad una soluzione comune: l’incontro può anche essere interrotto dalle parti per qualsiasi motivo. Ma, credo che l’importanza e la rivoluzione che la mediazione esprime risiedano proprio nel consegnare interamente ai cittadini in gioco la possibilità di scegliere e decidere in prima persona un “altro modo” di affrontare i conflitti, modo che pone le proprie radici nell’autonomia costitutiva di un essere umano.

2. Partecipazione, clinica, mediazione sanitaria. Un incontro possibile

Lo scenario che si apre sulla medicina contemporanea mette il cittadino di fronte a realtà estremamente complesse in continua evoluzione: una tecnologicizzazione iper-specialistica ormai consolidata della pratica medica, la compenetrazione di clinica e ricerca, la relazione medico-malato percorribile in una dimensione terapeutica più orizzontale e democratica, hanno portato progressivamente alla modificazione dell’intera rete di cura con la creazione di linguaggi e modelli nuovi e diversi per la comprensione delle dinamiche della salute. Le persone coinvolte nei processi di cura sono costantemente chiamate ad imparare come relazionarsi fra competenze, saperi, diritti e doveri nella consapevolezza di essere parte in gioco nell’integrazione di scelte da compiere e valori da rispettare.

Questo panorama apre le porte ad una politica sanitaria intesa quale *costruzione* della salute, dove la clinica diventi luogo pubblico, aperto e disponibile per un

confronto serio e partecipativo per tutti i cittadini e gli operatori del campo. La pratica clinica si evidenzia, allora, come spazio d'elezione per l'assunzione e la partecipazione responsabile ai processi decisionali nelle varie esperienze che li compongono. Il malato e gli operatori sanitari, insieme, ognuno con le proprie conoscenze e competenze, lavorano all'elaborazione di una cura *personalizzata ed individuale* che meglio risponda ai bisogni della persona. Ciò porta a chiedersi cosa si intenda veramente per "comprensione" di una persona malata, ovvero l'equità della salute e il benessere psico-fisico hanno a che fare non solo con uguali opportunità di cure per tutti, ma anche con la diversificazione delle aspettative di ciascuno di fronte alla salute.⁽⁸⁾

La pratica clinica nella sua complessità si legge, dunque, anche come atto etico e culturale oltre che preventivo, diagnostico, clinico, genetico. Il malato referente unico ed insostituibile del proprio potere decisionale, esperto della propria malattia, polo attivo ed attento nel proprio processo di cura, dovrebbe essere capace di esprimere bisogni e preferenze intorno alle decisioni terapeutiche che lo riguardano.

A questo punto, la mediazione si declina, in ambito medico-sanitario, come l'espressione di una scelta autonoma non solo nei confronti di una cura, ma anche in caso di conflitto con l'*équipe* medica. Molteplici sono le cause di conflitto: dalla rottura di una fiducia, dal tradimento di una relazione, dalla delusione e dall'amarezza di una collaborazione rovinata, fino all'inflizione di un danno come caso estremo. Spesso, il contenzioso giudiziario non lascia emergere quella quota di emozioni e sofferenze suscitate dalla comunicazione interrotta fra malato e operatori sanitari. L'esito compromesso di una cura molte volte ha a che fare con aspettative non colmate, con desideri di soluzioni non appagate. Credo che sia questo lo spazio entro il quale auspicare il percorso di mediazione: l'interrelazione fra le parti dove dare "via libera" all'espressione di sentimenti suscitati dal contenzioso in vista di una potenziale sua trasformazione. Non è sempre facile e possibile, per il personale sanitario, confrontarsi con l'eventualità dell'errore: lo spettro della ghetizzazione, della sospensione e dell'esclusione dal lavoro viene vissuta come un marchio stigmatizzante molto pericoloso. Ma, se si riesce ad accettare l'idea della mediazione come l'occasione

privilegiata per un incontro libero e partecipato, a disposizione interamente delle parti, dove dall'esposizione dei fatti accaduti si arriva al riconoscimento di un'umanità dolente, si accoglie una delle sfide più importanti dell'esistenza, quella del dialogo. Il risultato della mediazione, frutto di un gioco di relazioni estremamente complesso, non è classificabile come la somma dei singoli interessi, ma è riconducibile al cambiamento dei modi di comunicare fra le parti interessate. Cambiamento che punta direttamente alla ricostruzione e alla riparazione dei rapporti sociali attraverso la riappropriazione delle modalità decisionali e della condivisione delle scelte degli attori coinvolti.

La mediazione trova impiego, con metodologie e forme diverse, in gran parte del mondo. Gli Stati Uniti sono il paese dove è maggiormente utilizzata anche in campo sanitario con applicazioni che si spingono fino alla gestione della *malpractice*. Chi arriva in mediazione nasconde sentimenti molto forti e violenti, caratterizzati dal vissuto che non sia possibile "tornare indietro", del "mai più come prima"⁽⁹⁾. La mediazione rappresenta, a questo punto, lo spazio più accogliente per cercare quelle spiegazioni che hanno portato agli eventi incancellabili ed indelebili che hanno modificato per sempre la vita del malato e della sua famiglia. Si chiedono i "perché" delle azioni, delle parole mal dette o negate, degli sguardi indifferenti, dei toni irrispettosi ed irriverenti. Parallelamente a queste richieste, ci sono quelle del medico, che si sente "sotto accusa" e vive la responsabilità della vita del malato come un peso insopportabile, come un'angoscia insostenibile: il suo compito non si esaurisce nella manipolazione del corpo del malato – diventato oggetto pubblico –, ma richiede energie e volontà ben più ampie. All'interno della mediazione, malato e medico potranno ascoltarsi: il malato vedrà che le sue sofferenze e il suo dolore non sono giudicate, né accantonate, ma riconosciute come vere e reali; il medico avrà l'occasione di manifestare il suo punto di vista e le ragioni della sua condotta. La trasformazione della relazione che lega le parti porta con sé anche l'opportunità di una revisione dei motori che spingono i confliggenti in mediazione. Forse questo è il lato più ambizioso del progetto di mediazione: scardinare gli atteggiamenti differenti che connotano le parti (desiderio di "sapere come è realmente andata",

rassicurazione che “ciò non accada più”, paura dell’onere economico, “scampato pericolo” di una citazione in giudizio...) che si incontrano per cercare insieme una nuova percezione e una nuova dimensione del problema.

Lentamente e non senza fatica, forse, si vedrà la condivisione e la comune consapevolezza di un peso fino a quel momento portato in solitudine e fatto di dolorose decisioni e di paure inespresse. Questo percorso segna la tappa fondamentale sia per rivedere le posizioni dei confliggenti all’interno del conflitto che li oppone, sia per riprendere una comunicazione interrotta, portando, di conseguenza, dove possibile, una soluzione condivisa alla controversia. I tempi e i modi della pacificazione sono tutti da inventare e nascono da un accordo comune. Solo se il conflitto viene rielaborato può ripristinarsi un dialogo che può dar vita a procedure di riparazione della vicenda che possono anche essere puramente simboliche.

Perché la stessa domanda di mediazione può essere considerata valida occasione per la pratica medica? Perché incontrare chi si ritiene responsabile del dolore infinito, del dramma che ha sconvolto la nostra esistenza?

Le risposte a queste questioni possono leggersi sotto una pluralità di punti di vista. La mediazione può essere strumento alternativo per risparmiare risorse ospedaliere e sanitarie tagliando i costi degli interminabili ricorsi giudiziari; può essere naturale e logica conseguenza di una governance clinica spendibile anche soltanto in termini di efficienza e qualità delle cure. Ma quello che credo sia più importante risponde alla declinazione della medicina integrata che si situa nel nodo fra dimensione pubblica e privata della salute. In questo modo, la mediazione usata in ambito clinico può ridefinire l’opportunità che entrambi, malato e medico, hanno di essere responsabili verso la stessa relazione che li unisce.

La responsabilità si delinea come un orizzonte di senso e di significato entro il quale esiste e si tutela la possibilità di scegliere non solo il proprio percorso di cura, ma anche il procedimento che meglio risponde all’espressione del dissenso ragionevole in caso di conflitto sanitario.

La mediazione quindi richiama una scelta consape-

vole, fatta da un cittadino competente e partecipe, disposto a mettersi in confronto con l’altro, interlocutore e referente primo della collaborazione terapeutica. La medicina della complessità non dovrebbe perdere questa occasione che non è soltanto etica, ma assume connotazioni politiche nell’esplicitazione del progetto di cura come cammino aperto, pronto ad essere rivisto e ridefinito secondo le necessità e i bisogni di ciascuno.

Note bibliografiche

1 - Bonafè-Schmitt, J.P. (1992), *La médiation: une autre justice*, Paris: Syros Alternatives, pp. 16-17.

2 - L’idea di mediazione non è assimilabile a quella di ADR, sulla base dello schema “conflitto – gestione – soluzione (eventuale)”. La mediazione cerca di creare un spazio condiviso per la mutua responsabilità fra le parti in vista di una eventuale trasformazione del conflitto che le oppone. In più, la mediazione mira alla riapertura di una comunicazione interrotta dalla disputa che separa e contrappone i confliggenti.

3 - Foddai, M.A. (2003), *Mediazione e postmodernità*, in AA.VV. *Lo spazio della mediazione*, a cura di G. Così e M.A. Foddai, Milano: Giuffrè, pp. 61-62.

4 - Vorrei precisare che, per l’economia della trattazione, si parla di “mediatore” al singolare, ma nell’incontro di mediazione sono presenti almeno tre mediatori, per meglio assicurare alle parti l’obiettività e l’equidistanza dal conflitto.

5 - Resta, E. (2001), *Giudicare, conciliare, mediare* in AA.VV. *Il coraggio di mediare*, a cura di F. Scaparro, Milano: Guerini e Associati, p. 50.

6 - Così, G., Foddai, M.A. (2003), *op. cit.*, p. 7.

7 - Mazzucato, C. (2003), *Mediazione e giustizia riparativa in ambito penale. Fondamenti teorici, implicazioni politico-criminali e profili giuridici*, in AA.VV. *Lo spazio della mediazione*, a cura di G. Così e M.A. Foddai, Milano: Giuffrè, p. 164.

8 - Crf. Sen, A. (1999), “Uguali e diversi” davanti alla salute, in *Kéiron*, n. 1, giugno 1999, pp. 10-16.

9 - Mi riferisco qui ad alcune riflessioni sviluppate nelle lezioni che il prof. Ceretti tiene alla “Casa della Carità” a Milano, per l’anno 2005-2006.

Abbiamo già scritto che noi teniamo conto delle segnalazioni e richieste dei lettori i quali, al di là degli articoli naturalmente graditi ma connaturati alla rivista (il mondo medico e scientifico nel quale essa è nata e vive) sensibili al richiamo della vita di ogni giorno, ai fatti quotidianamente diffusi da stampa e televisione, gradirebbero in alcune pagine della Ca' granda interventi ed eventualmente commenti appunto vicini alla materia del quotidiano. Ospitiamo qui un contributo di Luigi Offeddu, inviato speciale del Corriere della Sera, con il nostro ringraziamento.

La telecamera deve anche difendere la dignità e fragilità dell'uomo

LUIGI OFFEDDU

Chissà che cosa avrebbe detto il maestro Manzi: lui che aveva ideato una trasmissione Rai, "Non è mai troppo tardi", rivolta agli ultimi della società del suo tempo, gli italiani analfabeti o semianalfabeti lasciati ai margini dal turbinoso sviluppo industriale del dopoguerra. Chissà che cosa avrebbe detto il maestro Manzi, morto solo pochi anni fa, davanti ai palcoscenici luccicanti della televisione contemporanea, popolati da persone che fanno "audience", ascolto - e dunque portano in alto gli incassi pubblicitari della rete - proprio per le loro debolezze o fragilità di ogni tipo: fragilità culturali, intellettuali, psicologiche, fisiche, cliniche, economiche; "handicap" piccoli o grandi, seminasconditi o tragicamente evidenti; "analfabetismi" individuali non più legati al testo di grammatica o al vocabolario di carta ma al vocabolario della vita, della salute, dell'integrazione sociale.

L'ultimo caso, di questo inverno: due trasmissioni che hanno avuto come protagonisti dei giovani con la sindrome di Down, intervistati, invitati a ballare e cantare, o anche a una serie di "scherzi": una delle due trasmissioni, dopo le dure proteste di alcuni gruppi di genitori e ascoltatori, è stata poi cancellata per decisione della stessa conduttrice, Maria de Filippi ("Non cambio idea - ha dichiarato alla stampa - era giusto invitare quei ragazzi e nessuno ha mai voluto offenderli o deriderli, ma ho riflettuto sulle critiche e ho deciso di fare un passo indietro"). Ma altri genitori, ascoltatori e critici televisivi hanno invece approvato le iniziative, hanno respinto le critiche: così si è aperto un dibattito arroventato e anche doloroso, a riprova del fatto che nulla è così semplice e scontato, nel

mondo della comunicazione di massa, come invece può talvolta sembrare.

La giustificazione offerta per la comparsa sul palcoscenico di persone con problemi, handicap o fragilità di ogni genere, è quasi sempre la stessa: lo si fa per aiutarli e per sensibilizzare la "gente" ai loro problemi, li si invita per farli sentire uguali a tutti gli altri. E sono, tutti, ospiti e figuranti "volontari", apparentemente felici di essere applauditi, compianti o anche sommersi dalle risate, pronti a firmare la rituale "dichiarazione liberatoria" che assolve da qualsiasi responsabilità i dirigenti della televisione di turno.

Ospiti "volontari" sì, obiettano in molti, ma oggettivamente "deboli" e potenzialmente indifesi davanti a un mezzo di comunicazione che è in sé "innocente" come tutti i mezzi di comunicazione: e che però è anche capace di profonde distorsioni e strumentalizzazioni; lo stesso mezzo dove il semplice lampo di un riflettore o il fruscio inavvertito di un microfono possono trasformare una persona in bersaglio, in zimbello, in oggetto di riso, di scandalo, o di smarrimento e disperazione.

Se non firmano loro, gli ospiti "volontari", perché minorenni o giuridicamente incapaci, firmano i loro genitori o comunque i tutori legali, e le spese vengono sempre pagate quand'anche non siano previsti dei veri e propri compensi: per la legge tutto è a posto, formalmente non vi è neppure un sospetto di reato o di imposizione. Ma il problema è sempre lo stesso: che cosa si può intendere davvero per libera responsabilità, per piena consapevolezza? Ed è un problema al quale forse il codice penale e civile, da solo, non può

offrire una risposta esauriente: entrano in gioco altri criteri, legati all'etica professionale dei mezzi di comunicazione ma anche alla coscienza morale dei singoli, della famiglia, dei medici, di chiunque abbia una sola parola da pronunciare in questi campi.

Forse il maestro Manzi avrebbe detto quello che ha detto il presidente Carlo Azeglio Ciampi, proprio nel vivo della polemica sulle trasmissioni con i ragazzi Down: basta, basta, o che almeno venga fissato un confine fra telecamere, che protegga i più deboli.

Ma quello dei ragazzi Down è solo un esempio fra tanti. In realtà il fenomeno è molto più diffuso, profondo, radicato, in tutte le televisioni. E si connette direttamente al dibattito sulla cosiddetta "realtà televisiva", cioè sul presunto trasferimento della vita reale, la vita di ogni giorno e della "gente" comune, davanti all'obiettivo di una telecamera. Si è discusso tanto sull'ammissibilità morale e legale del "Grande Fratello", ma anche quella è una frontiera ampiamente superata, ormai lasciata alle spalle. Perché la logica intrinseca del "Grande Fratello" ha ormai inzuppato moltissime trasmissioni, anche quelle che si dichiarano per principio e per tradizione lontanissime dal "Big Brother".

Forse è solo il classico gatto che si morde la coda - (forse basterebbe offrire qualcosa di diverso, e la corrente si invertirebbe?) - ma i dati sull'ascolto e sugli introiti pubblicitari parlano chiaro: sono le presunte "storie vere" della presunta "reality Tv", ad attirare il grande pubblico, e questo vale ormai per qualsiasi canale pubblico e privato.

L'ospite preferito rientra ormai quasi sempre in categorie ben definite: l'attricetta, con un passato più o meno salace, che racconta la sua conversione morale o religiosa; il transessuale (o qualunque altro presunto "trasgressivo" dei costumi sessuali) che vuole consultare "la gente" sulle traversie della sua vita intima: la coppia, dai 14 agli 85 anni, che vive il suo quarto d'ora di celebrità confessando le proprie avventure di corna e di letto; il politico che schiude i sipari della sua "privacy", meglio se imbarazzante o "trasgressiva" ma sempre convenientemente arredata dal consulente personale per l'immagine; il sacerdote o il medico, sempre più di frequente, trasformato in intrattenitore multi-uso; la vittima o il colpevole (o comunque imputato-imputata) di reati che hanno ipnotizzato l'opinione pubblica per il loro grado di violenza e san-

guinarietà; e possibilmente qualcuno dei legali o portavoce dello stesso imputato/a, tanto più graditi agli organizzatori della trasmissione quanto più aggressivi, pittoreschi, chiassosi (il pensiero può correre subito al caso di Cogne, ma in fondo questo è stato solo uno, fra decine e decine di drammi simili, approdati sul palco negli ultimi anni).

Altro "ospite fisso": la persona, irrimediabilmente sola o accompagnata da coniuge e genitori, spesso giovanissima, che si gioca la sua faccia, il suo presente e il suo passato sul palcoscenico, nel sogno di una "comparsata" da velina, di quattro inquadrature ginecologiche su un calendario o anche di un semplice ruolo da figurante: una poltroncina fra il pubblico, un'inquadratura fulminea della telecamera durante venti secondi di applauso, valgono anni di preparazione e sacrifici, talvolta la rinuncia a un posto di lavoro "grigio" ma concreto, a un corso di studio "normale" ma vero.

Lo si può impedire tutto questo? No, e naturalmente non sarebbe neppure giusto. Il pubblico è composto da milioni di cittadini, ognuno con il suo "diritto di telecomando". E ciascuno, è chiaro, deve essere libero di desiderare per sé quello che meglio crede: anche un calendario, se la cosa gli - o le - garba. Né ha molto senso fare del moralismo spicciolo, quando si parla di un mezzo così potente e invadente come la Tv.

Tutto quello che si vorrebbe, però, è che si eviti l'uso della parola "cultura", o "informazione", o "giornalismo": specialmente quando davanti alle telecamere sfilano casi che reclamano - consapevolmente, o no - pietà e attenzione per il loro vero o presunto disadattamento nella società dei videofonini cellulari, delle Tv al plasma, del "benessere a ogni costo. Sul palco, a "esaminare" e "aiutare" questi casi, spesso si sta tutti insieme fra filosofi, giornalisti, cantanti, scienziati, medici, politici, magistrati, poeti, tuttologi in genere: "tutti insieme, appassionatamente", come diceva il titolo di un vecchio film, insieme purché davanti alla telecamera.

Ma non è cultura, non è giornalismo: "è la stampa, bellezza", cioè "lo show", cioè lo spettacolo, cioè l'audience, e il mercato degli spot pubblicitari, che richiede prima di ogni altra cosa l'incasso. "È lo show, bellezza!": e lo show non dice quasi mai "Non è mai troppo tardi", o "Questo è davvero troppo", perché sembra avere regole assai diverse da quelle del maestro Manzi. O anche, del presidente Ciampi.

Il contagio delle malattie

Una lunga storia tra credenze, diffidenza e indifferenza

MARCO SEGALA

Ai giorni nostri pensare a germi, virus, batteri e parassiti è normale. I media parlano di contagi, di microrganismi provenienti da altre nazioni, di epidemie, ne mostrano immagini. Si pubblicizzano farmaci, si parla di prevenzione e di sistemi di protezione da propagazioni di malattie infettive.

La consapevolezza dei microrganismi e della loro trasmissibilità tra persone, è una conquista recente che risale a nemmeno centocinquanta anni orsono con la divulgazione delle scoperte di Louis Pasteur (1822-1895) considerato, giustamente, benefattore dell'umanità e di Robert Koch (1843-1910). A fronte delle evidenze di questi scienziati, anche le persone più scettiche hanno dovuto ricredersi.



Louis Pasteur (1822-1895)

Ma la storia del modo in cui si trasmettono le malattie infettive comincia molto tempo prima con grandi intuizioni di uomini straordinari che, sovente, hanno pagato il loro intuito geniale con l'indifferenza, la diffidenza, l'ostracismo fino alla messa al bando.

Se oggi si è portati a credere a qualsiasi novità, o presunta tale, in campo medico-scientifico, nei secoli passati le cose nuove erano vissute come contrarie alle leggi naturali, come una contraddizione a tradizioni millenarie o, a volte, contrarie alla morale o alla religione.

La storia dei microrganismi e della trasmissione delle malattie infettive è, per molti versi, istruttiva. Fa parte della storia della medicina, ma spesso è una storia di pregiudizi, di presunzione e di arroganza.

Tre uomini in particolare, prima di Pasteur, si sono distinti per genio ed intuizione. Uno fra essi, come vedremo, pagò il tentativo di salvare vite umane, a fronte di ottusità e arroganza, col prezzo più caro possibile: la propria vita.

La prima intuizione tramandata per iscritto, geniale, risale al Rinascimento col fisico, astronomo, medico e poeta veronese Girolamo Fracastoro (1478-1553) che ipotizzò l'esistenza di organismi viventi invisibili, detti *seminaria*, ed abbozzò una teoria scientifica secondo la quale questi erano agenti di malattia: corpuscoli che si trasmettevano o per contatto diretto o attraverso materiali o attraverso l'aria (è del 1546 il corposo trattato *De contagione et contagiosis morbis et curatione*). In quel secolo la dottrina dominante propendeva più per l'idea di impurità dell'aria respirata (i miasmi) che per una trasmissione da uomo a uomo, con una visione "magica" di infezione, di impurità morali, di peccato originale, di colpa patogena o punizione divina. Non stupisce che le idee di Fracastoro, troppo nuove, non avessero grande risonanza nel Cinquecento e venissero presto dimenticate ed offuscate dalle dottrine a sfondo mistico del medico Paracelso.

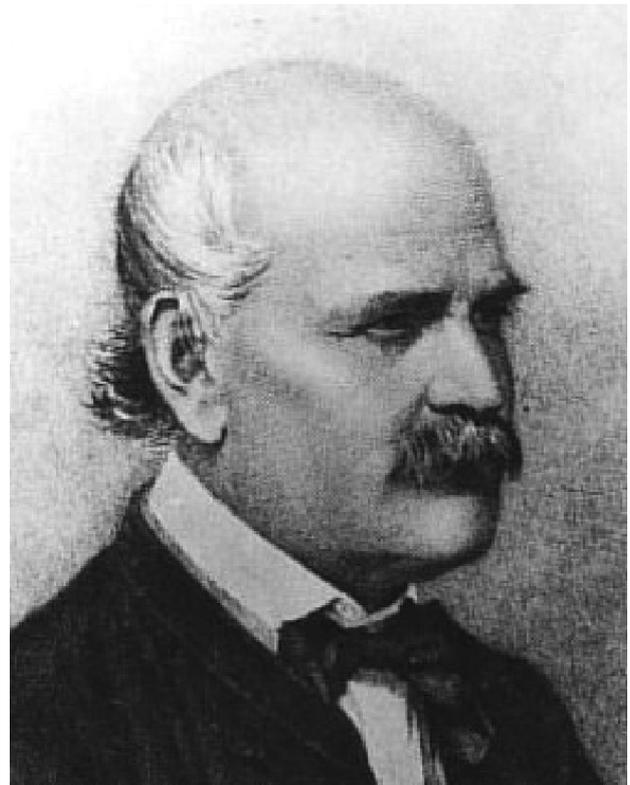


Girolamo Fracastoro (1478-1553)

Soltanto il XVII secolo fu testimone, non consapevole, della scoperta di microrganismi: nel 1673 un mercante di stoffe che viveva in Olanda, Van Leeuwenhoek, descrisse, di fronte alla British Royal Society, le sue osservazioni ottenute con l'aiuto di un microscopio elementare, confezionato da sé. Per il fatto che non lasciò copiare le sue tecniche e quindi verificare i suoi risultati ma, soprattutto, perché non associarono, a quel tempo, i microbi con le malattie (rapporto causa-effetto), bisognerà aspettare ancora 200 anni prima che le cause infettive di alcune malattie venissero riconosciute.

La vita del secondo, medico, è la più emblematica e, allo stesso tempo drammatica, nella storia delle scoperte che hanno portato a definire la trasmissibilità delle malattie infettive. Il suo caso risale alla Vienna dei primi dell'Ottocento. Qui arrivò il medico ungherese Ignaz Philipp Semmelweis, nato a Buda nel 1818, con l'incarico biennale di assistente di ostetricia. Presto rimase colpito dalla elevata mortalità delle partorienti per sepsi puerperale nella divisione dove lavorava: dieci volte più alta rispetto alla seconda divisione. La morte di un amico, medico anch'esso

nella stessa divisione, a seguito di un taglio accidentale riportato in sala anatomica, dove venivano praticate le autopsie, gli fece sorgere l'idea che la causa di quella terribile malattia si trovasse nel sangue e che fosse in qualche modo trasmissibile da persona a persona. Naturalmente curioso ed acuto osservatore, notò che nella sua divisione i medici e gli studenti erano soliti andare ad assistere le puerpere passando direttamente dalla sala delle autopsie, mentre nella seconda divisione erano per lo più le ostetriche ad assistere le partorienti che in entrambe le divisioni erano mantenute comunque isolate tra loro. Arrivò quindi alla teoria che particelle di cadaveri potevano contaminare il sangue attraverso le mani dei medici reduci dalla sala anatomica. Impose quindi il lavaggio delle mani a tutti quelli che andavano ad assistere un parto posizionando una bacinella con un disinfettante (cloruro di calcio) all'ingresso della divisione. Con questa imposizione, malvista dai suoi colleghi, ridusse la mortalità della prima divisione di ostetricia ad una percentuale dell'1% (sovrapponibile a quella dell'altra divisione e dieci volte minore a quella precedente).



Ignaz Semmelweis (1818-1865)

Nonostante questi risultati, la teoria di Semmelweis sulla causa della sepsi puerperale provocò addirittura scandalo tra autorità ospedaliere ed universitarie. Queste si rifiutarono categoricamente di accusare i medici di igiene insufficiente. La mancanza di conoscenza sui microrganismi, la concezione tradizionale della generazione spontanea delle malattie, le teorie sull'impurità dell'aria, i miasmi, quindi la mancanza dell'idea di contagio, unitamente al carattere impetuoso del medico ungherese ed il fatto che il lavaggio delle mani venisse considerato oltraggioso dai medici, costrinsero Semmelweis a lasciare Vienna. Tornò allora a Budapest e trovò lavoro nella maternità dell'ospedale. Ma anche qui le sue teorie non vennero ben accolte trovando resistenze anche per il modo, a volte brusco, con cui imponeva le sue regole. Il colpo finale gli venne però inferto dalla pubblicazione, nel 1861, della sua stessa opera: "L'eziologia, il concetto e la profilassi della febbre puerperale". L'opposizione nei confronti di Semmelweis divenne ancor più agguerrita e venne aspramente criticato da tutto il mondo accademico europeo al punto che venne



John Snow (1813-1858)

espulso anche dalla cattedra universitaria di Budapest. Stanco e deluso, cadde in un lungo periodo di depressione e nell'ultimo anno di vita cominciò a manifestare segni di squilibrio mentale. Venne fatto internare in un manicomio, dove poco dopo morì.

Solo anni dopo la sua morte venne riconosciuto il suo lavoro: gli venne intitolata la clinica ostetrica di Vienna e nel 1894 gli venne eretto un monumento a Budapest.

Prima di Pasteur un altro uomo merita di essere ricordato: il medico inglese John Snow.

Questi si trovò, studente in medicina, a Londra durante l'epidemia di colera del 1831-2 dove osservò, in ospedale, molti pazienti colpiti dall'epidemia. Una seconda epidemia di grandi proporzioni (15.000 morti) colpì Londra nel 1848. Attento osservatore ed analizzatore dei dati raccolti, oltre che delle abitudini dei malati, radunò una serie di informazioni che lo portarono a fare stampare nel 1849 una pubblicazione sul modo di trasmissione del colera dove affermava che la trasmissione avveniva da malato a sano per mezzo di qualche "veleno", anche a notevole distanza tra loro. Snow, in questa pubblicazione, ipotizzò l'acqua quale possibile via di trasmissione di tale veleno che poi si "moltiplicava" nella persona. La tesi di Snow contrastava quella corrente secondo la quale le malattie venivano contratte per inalazione di esalazioni. Nel mondo scientifico le sue teorie vennero accolte freddamente e fatte cadere alla stregua di infinite altre teorie dell'epoca sul colera, prive, però, di qualsiasi fondamento scientifico.

Già in occasione dell'epidemia del 1848 Snow notò che la diffusione della malattia era particolarmente alta in alcuni quartieri serviti da due società di approvvigionamento idrico che si rifornivano di acqua dal Tamigi in una zona vicina al centro città. Ma fu con l'epidemia seguente, negli anni 1853-4, che a Snow si presentò l'opportunità, in condizioni drammatiche per la diffusione della malattia, di provare le sue idee. Infatti egli osservò che le morti per colera erano nettamente inferiori nelle abitazioni servite dalla società di rifornimento idrico che aveva spostato molto più a monte il prelievo di acqua dal Tamigi rispetto a quelle registrate nelle case servite dall'altra società che continuava a prelevare acqua dal fiume in città. Una seconda ondata di colera, a tarda estate, proprio nel suo quartiere (attualmente *Soho*) lo

spinse addirittura a fare una mappa molto dettagliata del quartiere nella quale vi riportava i decessi e le pompe di acqua con le rispettive società fornitrici. Dall'analisi di quella mappa, divenuta in seguito leggendaria, emergeva che la maggior parte di decessi erano concentrati attorno ad una pompa pubblica (in *Broad Street*, dove oggi esiste il John Snow Pub che conserva, si dice, la maniglia originale della pompa). Snow riuscì ad ottenere la chiusura della pompa d'acqua in seguito alla quale si assistette ad una progressiva riduzione dei casi di malattia sino alla sua estinzione. Pur se l'epidemia era già probabilmente in via di risoluzione spontanea, e pur essendo Snow convinto che la causa fosse da ricercare nei rifiuti, molto più presenti nel Tamigi del centro della città, il meticoloso lavoro di analisi spaziale resta ancor oggi un valido esempio di metodo nell'approccio ad un problema di igiene pubblica.

Pochi anni dopo Louis Pasteur, professore di chimica all'università di Scienze di Lille dal 1854, studiando la fermentazione, stimolato dai produttori di bevande alcoliche di quella regione del nord della Francia, scoprì diversi microrganismi tra cui anche i batteri. A questo primo passo, cui seguì il noto processo della pastorizzazione per eliminare i batteri indesiderati dalle bevande, Pasteur diede un ulteriore importante impulso studiando l'origine dei batteri. Arrivò presto a confutare la teoria dominante della generazione spontanea (per la quale le larve degli insetti, ad esempio, nascevano spontaneamente nella carne in putrefazione) e formulare una teoria generale sui germi patogeni oltre che metterli in relazione all'origine e allo sviluppo delle malattie. Il grande scienziato arrivò anche a dare i fondamenti della prevenzione con le vaccinazioni. Nel 1888 fu fondato a Parigi l'Istituto Pasteur, diretto da Pasteur stesso fino alla morte; oggi è uno dei centri più importanti del mondo per la ricerca in biologia e genetica molecolare e per gli studi sulle malattie infettive.

Successivamente lo scienziato tedesco Robert Koch, Nobel per la medicina nel 1905, isolò e identificò gli agenti responsabili di una serie di malattie infettive (tra cui quello della tubercolosi detto bacillo di Koch), identificandone anche i vettori. Da allora la branca della medicina che studia i batteri, la batteriologia medica, ha avuto una continua ascesa fino ai giorni nostri. Le scoperte di Pasteur e i postulati di Koch



La pompa dispensatrice di morte (quotidiano londinese dell'epoca)

hanno fornito non solo un metodo per dimostrare che microrganismi specifici provocano malattie specifiche, ma anche un notevole impulso allo sviluppo di quel ramo della scienza biologica che si occupa dello studio degli organismi microscopici e ultramicroscopici sia vegetali sia animali: la microbiologia moderna.

La strada dello studio delle malattie infettive e della loro prevenzione e cura, è stata molto lunga e drammatica. L'insegnamento di questa strada complicata è che è stata ideata da uomini di grandi intuizioni e genio e sempre da uomini è stata resa particolarmente tortuosa, nonostante il vecchio precetto di Cartesio: "È bene non cader nella stortura di pensare che tutto ciò ch'è contro le nostre consuetudini sia ridicolo, e contro ragione..." (René Descartes 1596-1650).

Etica, diritto, economia in sanità

GIANCARLO DAL SASSO

Premessa

Proseguendo un filone di ricerca e di approfondimento da tempo svolto in precedenti articoli pubblicati da questa rivista, suggeriti dalla sua responsabile Franca Chiappa, che è tramite rispettoso, ma autorevole tra i contributi dei collaboratori e le attese dei lettori, riteniamo opportuno riprendere il tema sempre attuale *del- l'etica sanitaria*, esaminandola nei suoi rapporti con il diritto e l'economia.

Tale scelta è motivata sia dalla recente pubblicazione di interessanti studi in materia, ai quali faremo riferimento nella nota finale dell'articolo, sia dalla necessità di ritornare a *un'etica riformata o rigenerata*, con la motivata convinzione che il diritto senza etica sia un corpo senz'anima⁽¹⁾, che il diritto postuli il primato dell'etica e della politica sull'economia⁽²⁾, che per una buona medicina e per una buona economia occorra sempre una buona etica⁽³⁾.

Per evitare analisi complicate e offrire all'attento lettore una panoramica essenziale, anche se documentata, cercheremo di rispondere all'assunto *del primato dell'etica sul diritto e sull'economia, analizzando a larghe linee i seguenti passaggi: 1. principi etici; 2. persona umana e dignità; 3. diritto alla tutela della salute e dovere di solidarietà; 4. riforme sanitarie; 5. aziende sanitarie e ospedaliere; 6. risorse finanziarie e prestazioni sanitarie; 7. operatori sanitari.*

Con tale disamina cercheremo di far emergere la trama del nostro discorso, dimostrando che l'effettiva tutela del diritto sociale alla salute di ogni cittadino non richiede certo un'artificiosa alternativa tra etica e diritto, tra etica ed economia, ma bensì una feconda interazione tra etica, diritto ed economia, che renda effettivo per tutti tale diritto.

1. Principi etici⁽⁴⁾

Etica

Diciamo *etica* per designare un punto di vista sopra - individuale e *morale* per situarci al livello della deci-

sione e dell'azione degli individui, pur usando indifferentemente l'uno o l'altro termine. L'etica si manifesta a noi, in maniera imperativa, come esigenza morale. È stato acutamente osservato che "il suo imperativo nasce da una fonte interna all'individuo che sente nella sua mente l'ingiunzione di un dovere. Proviene anche da una sorgente esterna: la cultura, le credenze, le norme di una comunità. C'è, senza dubbio, una fonte anteriore, nata dall'organismo vivente, trasmesso geneticamente. Queste tre fonti sono correlate come se avessero una falda sotterranea comune"⁽⁵⁾.

Ogni sguardo sull'etica deve considerare che la sua esigenza è vissuta soggettivamente, deve riconoscere in essa sia il carattere vitale dell'egocentrismo sia la potenzialità fondamentale dello sviluppo dell'altruismo. Non si tratta, dunque, di trovare dei nuovi principi morali, di elaborare "un'etica adattata al nostro tempo", ma si tratta invece di "rigenerare l'etica" non per adattarci al nostro tempo ma, vista la carenza etica del nostro tempo, per adattare il nostro tempo all'etica.

Riforma etica e istituzioni giuste

La *riforma etica*, che ha bisogno di riattivare nella nostra coscienza e nella nostra personalità le potenzialità altruistiche e comunitarie, è accompagnata però sia dalla *riforma della mente*, attraverso l'educazione, cioè "il lavorare a pensare bene" (Pascal) sia dalla *riforma della società*, cioè l'instaurarsi di nuove solidarietà; la regolazione del profitto; il primato della qualità della vita; la tutela effettiva della salute; in sintesi, una convivialità.

Aspirazione etica, cioè l'aspirazione a una vita buona, significa una vita buona che si realizza con e per gli altri in *istituzioni giuste*⁽⁶⁾, con la conseguenza che le riforme (etica, educativa e sociale) sono tra loro interdipendenti e si alimentano le une con le altre in un circolo virtuoso.

Va precisato però che mentre la riforma etica e quella educativa si fondono su un'auto-etica (che disciplina l'egocentrismo e sviluppa l'altruismo) e un'auto-educazione, la riforma sociale, pur recependo dei principi etici, è attuata mediante meccanismi giuridici vincolanti.

In pratica, tali auspiccate riforme restano esortazioni etiche se non realizzate con provvedimenti normativi, che sappiano trasformare i principi etici in diritti e doveri giuridici, le scelte economiche in doveri di solidarietà, con adeguati controlli sociali sulla loro concreta attuazione⁽⁷⁾.

In altre parole, poichè l'etica è problematica, fragile, modesta, disarmata nei confronti della scienza, della tecnica, della politica, deve perciò essere rafforzata e tutelata con norme legislative condivise, che, ispirate dall'umanesimo etico dell'universale rispetto reciproco, riconoscano a tutti gli esseri umani gli stessi diritti⁽⁸⁾.

2. Persona umana e dignità

Nel vigente ordinamento costituzionale italiano è centrale la posizione della *persona umana*, stante il principio fondamentale del riconoscimento e della garanzia dei diritti inviolabili dell'uomo che viene posto al vertice di detto ordinamento. La nostra *Costituzione* (Roma, 1 gennaio 1948), come del resto tutte le costituzioni democratiche moderne, è una *costituzione di valori*, tra i quali primeggia appunto il valore sostanziale della persona umana.

In particolare, nella persona si mette in luce la *dignità umana*, cioè l'uguale dignità di ogni essere umano, sulla quale si fondono i diritti, riconosciuti e garantiti dalla carta costituzionale.

Sul punto, è sufficiente ricordare l'art.2: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità .."; l'art.3: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale". ...Tale dignità umana significa a un tempo sia rispetto di sé sia il rispetto negli altri della medesima dignità che riconosciamo in noi...; con il motto "rispetta il prossimo tuo come te stesso"⁽⁹⁾.

Il principio costituzionale italiano del riconoscimento e della garanzia della *dignità umana* ha trovato significativa conferma a livello internazionale nella *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del-*

l'O.N.U. (Parigi, 10 dicembre 1948), che afferma: "Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza" (1) e, nell'ambito europeo, nella *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea* (Nizza, 7 dicembre 2000), che dispone: "La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata" (art. 1).

Diritti civili ed etico-sociali

Tra i diritti civili ed etico-sociali costituzionali dobbiamo ricordare: "il diritto alla libertà personale che è inviolabile (art.13); "il diritto sociale alla salute che è fondamentale ed è tutelato dalla Repubblica" (art. 32, comma 1°); "il diritto al rispetto della persona umana nei trattamenti sanitari" (art. 32, comma 2°).

I diritti della persona si realizzano mediante l'attività di promozione/liberazione dello Stato sociale, il quale trova il suo fondamento etico-sociale in tre principi: 1 - *il principio di solidarietà*: che diventa anche inderogabile "dovere di solidarietà" (art. 2), nel senso che i cittadini si devono assoggettare alle iniziative dello Stato sociale dirette a garantire l'uguaglianza sostanziale di tutti i membri della collettività; 2 - *il principio di sussidiarietà*: la sussidiarietà comporta che lo Stato trattenga soltanto le funzioni che, per la loro natura, sono incompatibili con le dimensioni degli altri Enti locali (Regioni, Province, Comuni), con un federalismo legislativo e amministrativo e con una fattiva collaborazione tra Stato e Enti locali, nonché tra pubblico e privato nei servizi socio-sanitari (art. 41; 119 Cost.); 3 - *il principio di proporzionalità e/o ragionevolezza*: pur nel doveroso bilanciamento dei diritti e degli interessi sociali, significa in generale idoneità dei mezzi adottati a conseguire le finalità adottate e, in campo sanitario, idoneità delle risorse finanziarie per conseguire il fine della tutela della salute nel sistema sanitario⁽¹⁰⁾.

3. Diritto alla tutela della salute e dovere di solidarietà

Diritto alla tutela della salute

Vale la pena di ribadire che il principio fondamentale - che ha ispirato sia la riforma sanitaria del 1978 (con l'istituzione del servizio sanitario nazionale - SSN-, con l'organizzazione e la gestione territoriale

della sanità affidata alle unità sanitarie locali) sia le successive riforme sanitarie - è rimasto immutato e dispone che: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale e che la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana” (art. 1 della legge n. 833/1978).

Va sottolineato che la *dignità umana* è il nucleo essenziale di ogni persona e che tale dignità è l’unità di misura, ragionevolmente accettata e generalmente condivisa, per valutare la congruità delle risorse finanziarie programmate.

Dovere di solidarietà sociale

Tra i doveri costituzionali ci sembra opportuno sottolinearne almeno due: il dovere di solidarietà e il dovere di concorrere alle spese pubbliche. Sul *dovere di solidarietà*, che si fonda sul principio di uguaglianza formale “tutti i cittadini sono eguali davanti alla legge” (art. 3) e su quello di uguaglianza sostanziale “tutti i cittadini hanno pari dignità sociale” (art.3), è sufficiente ricordare che tale dovere riguarda ogni cittadino ed è, nel contempo, compito dello Stato sociale: 1 - “La Repubblica richiede l’adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale” (art. 2); 2 - “È compito della Repubblica (Stato) rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori (cittadini) all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese” (art. 3).

Dovere di solidarietà economica

Sul dovere di solidarietà economica, e cioè sul dovere di *pagare le tasse*, l’art. 53 della Costituzione è di una chiarezza cristallina: “Tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva. Il sistema tributario è informato a criteri di progressività”.

Ci sia consentito di commentare questa norma costituzionale con tre *semplici considerazioni*: la prima riguarda l’obbligo per tutti di pagare le tasse, che però diventa di fatto incentivo all’evasione fiscale, quando a livello legislativo si approvano periodici condoni fiscali, pessimi sotto il profilo civico e quasi

nulli sotto quello finanziario; la seconda riguarda l’obbligo dell’equità e della progressività fiscale, che, in generale, sembra trovare attuazione con provvedimenti, da una parte iniqui e, dall’altra, progressivi sì, ma in senso contrario, cioè nel far pagare di più chi ha meno, con ben protetti paradisi fiscali, nazionali e internazionali; la terza riguarda la scandalosa tendenza a spreca-re le risorse finanziarie anche in sanità!

4. Riforme sanitarie

Tutela della salute

Le *quattro* riforme sanitarie via via approvate dal Parlamento avevano e hanno lo scopo di meglio tutelare il diritto alla salute fisica e psichica di ciascun cittadino e di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali e sociali, con servizi che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio sanitario, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana (art. 1 legge 23.12.1978, n.833, prima riforma sanitaria). Dopo la *prima* riforma sanitaria, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale (SSN), sono emersi rilevanti problemi sia organizzativi che finanziari, determinati non dal garantire “tutto a tutti”, ma dalla necessità di assicurare a tutti i cittadini almeno “essenziali livelli di assistenza”, per rendere compatibile una spesa sanitaria in crescita con un finanziamento sempre più razionato. Tali problemi sono stati affrontati con le successive riforme.

Aziendalizzazione

Con la *seconda* riforma (decreto legislativo 30.12.1992, n.502) è stata riordinata la disciplina della materia sanitaria, trasformando le unità sanitarie locali in *aziende sanitarie*; con la *terza* riforma (decreto legislativo 19.06.1999, n.129) sono state approvate norme per la razionalizzazione del SSN sia con il completamento dell’aziendalizzazione anche ospedaliera sia con un maggior equilibrio nella competizione tra strutture pubbliche e private nel mercato sanitario; con la *quarta* riforma (decreto-legge 18.09.2001, n.347, convertito con la legge 16.11.2001, n.405) è stato avviato il *federalismo sanitario regionale*, con distinti modelli regionali sanitari, autofinanziati dalle singole regioni, federalismo completato con la riforma costituzionale dell’art. 117 della Costituzione (approvata con la legge costituzionale 18.10.2001, n. 3). Tale riforma federa-

le dispone che la tutela della salute è “materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni”, ma in detta materia “spetta alle Regioni la potestà legislativa, mentre è riservata allo Stato” la determinazione dei principi fondamentali”.

Regionalizzazione

Da tale quadro riformatore risulta con evidenza che in sanità la Regione sta diventando sempre più una azienda unica⁽¹¹⁾, perché essa programma, organizza, finanzia e controlla le aziende sanitarie e quelle ospedaliere. Si rileva che, nonostante tale regionalizzazione sanitaria, i mali che affliggono l'organizzazione e il finanziamento del servizio sanitario restano immutati, perché la spesa sanitaria pubblica è in continuo aumento per ragioni demografiche e per i crescenti bisogni sanitari della collettività.

5. Aziende sanitarie e ospedaliere

Definizioni

Si può definire l'azienda come “il complesso di beni organizzati dall'imprenditore per l'esercizio dell'impresa” (art. 2555 Codice Civile). In altri termini, si tratta di una forma organizzata di svolgimento di un'attività che impiega beni economici; è uno strumento tramite cui si perseguono delle finalità; finalità che possono essere economiche (nelle imprese per il profitto) e non economiche (come nel caso delle Usl, delle aziende sanitarie e degli ospedali che forniscono un servizio pubblico)⁽¹²⁾.

L'azienda sanitaria è stata definita un'azienda sui generis, cioè un istituto etico di carattere pubblico, di erogazione di servizi, dotato di personalità giuridica, di un proprio sistema contabile e di un proprio sistema di responsabilità⁽¹³⁾. In tale forma organizzativa strumentale si possono evidenziare almeno tre rapporti: 1. *rapporto etica - razionalità*; 2. *rapporto gestione - clinica*; 3. *rapporto bisogni - risorse*.

Rapporti

1. *Rapporto etica - razionalità*: occorre ricordare che l'etica è la scienza della condotta che si occupa dei fini e dei mezzi necessari per raggiungerli, deducendo gli uni e gli altri dal diritto alla tutela della salute (art. 32 Cost.). Tale diritto sociale, oltre a essere un rapporto fini/mezzi, è anche un movente morale, che richiama i principi di equità, di uguaglianza, univer-

salità. La razionalità economica e l'efficienza organizzativa (management) ha, invece, un movente ben diverso, cioè il risultato, condizionato dalla disponibilità delle risorse⁽¹⁴⁾. L'azienda sanitaria pubblica deve perciò affrontare una sfida difficile, perché deve contemporaneamente realizzare tre fattori, le cosiddette “tre E”: *efficienza* (intesa come massima quantità di servizi sanitari resi con il minor impiego di risorse); *efficacia* (intesa come risultati in termini di salute); *equità* (intesa come tutela della salute in casi concreti)⁽¹⁵⁾, coniugando efficienza e solidarietà, efficacia ed equità, senza sottomettere la solidarietà all'efficienza e l'equità etica all'efficacia, cioè dando la preferenza ai fini etico-sociali rispetto ai mezzi economici.

2. *Rapporto gestione-clinica (clinical governance)*: la deontologia medica impone, come è noto, l'accoglimento del “principio dell'alleanza terapeutica”, in base al quale il medico svolge la funzione di garante della difesa del diritto soggettivo dell'utente alla tutela della salute.

Il medico - manager o no - nel difendere tale diritto con prestazioni adeguate, suggerite dalla scienza, esperienza, coscienza, è chiamato ad affrontare la questione dell'appropriatezza (il rapporto risultati/risorse), ma, troppo spesso, il medico deve subire una decisione presa dall'alto (direzione generale), senza alcuna co-decisione, con l'assurda condizione di chi deve rispondere dei risultati di decisioni a lui imposte senza il rispetto della sua autonomia e senza il suo coinvolgimento.

3. *Rapporto bisogni - risorse (management)*: lo strumento aziendale sanitario protegge il paziente con le classiche forme dell'educazione, prevenzione, cura, riabilitazione. Le forme organizzative che offrono prestazioni sanitarie sono articolate, come sappiamo, in ospedali, dipartimenti, distretti, servizi, integrazione delle competenze, mobilità, lavoro d'équipe, ecc. In questo quadro aziendalistico la priorità non è il governo della spesa, che va ricondotto alla sua funzione strumentale, come strumentale è l'azienda, ma bensì il *modello di consumo*, che poi determina la spesa⁽¹⁶⁾.

È quindi sul consumo sanitario che va posta particolare attenzione. In Italia si consuma male e si spende male e, nello stesso tempo, si consuma troppo e si spende troppo, perché la spesa è conseguenza del

consumo. In pratica, si verifica quanto segue: 1) a poca prevenzione corrispondono troppe cure; 2) a poca medicina interna segue troppa tecnologia; 3) a poca diagnosi generale consegue troppo consumo farmaceutico, ecc.. A questo punto ci chiediamo: e se l'inversione di tendenza fosse possibile anche mediante l'utilizzo di altre risorse a costo zero, rappresentate da una maggiore educazione sanitaria e da una più diffusa etica sanitaria?

6. Risorse finanziarie e prestazioni sanitarie

Livelli essenziali di assistenza (LEA)

Occorre ricordare che con l'accordo Stato-Regioni, sottoscritto in data 22.11.01, sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia quelle prestazioni ritenute essenziali e garantite dal Servizio sanitario nazionale e dai sistemi sanitari regionali in modo completamente gratuito o prevedendo una compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini. Con il decreto legislativo n. 56/2000 il servizio sanitario risulta finanziato per circa il 95% dalla fiscalità generale (tasse pagate dai cittadini), mentre la quota residua è rappresentata da altre entrate varie e straordinarie delle aziende sanitarie. Le Regioni devono garantire i livelli essenziali di assistenza e provvedere con finanziamenti regionali aggiuntivi alle eventuali ulteriori prestazioni non incluse tra quelle essenziali.

Va tenuto presente che in base all'art.119 della Costituzione italiana "le Regioni - come le Province e i Comuni - hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa... con risorse autonome, tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario anche se la legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minor capacità fiscale per abitante".

Costi

Per quanto riguarda la previsione dei costi dei LEA possiamo ricordare che nel 2003 i costi sono stati di 81.704.000 milioni di Euro circa, mentre il finanziamento del Servizio sanitario era di 78.565.000 milioni di Euro, con un disavanzo di 3.139.000 milioni di Euro; nel 2004 i costi sono stati di 87.798.021 milioni di Euro, mentre il finanziamento era di 81.837.290 milioni di Euro, con un disavanzo di 5.961.175. milioni di Euro; nel 2005 i costi sono stati di 88.650.878

milioni di Euro, mentre il finanziamento era sempre di 81.837.290 milioni di Euro con un disavanzo di 6.813.588 milioni di Euro⁽¹⁷⁾. La salute della popolazione ha certamente continuato a migliorare, aumentando la speranza di vita, ma questo non vuol dire che vi siano meno malati, anzi la tendenza all'invecchiamento della popolazione indica che si vivrà di più ma con più cronicità e quindi la spesa sanitaria sarà tendenzialmente sempre in aumento⁽¹⁸⁾, con una forbice crescente tra il finanziamento approvato in via preventiva e la spesa a consuntivo.

Risorse finanziarie e priorità nelle cure sanitarie

Sul rapporto risorse finanziarie e bisogni sanitari è necessario rammentare la sentenza della Corte Costituzionale (del 23.07.1992, n.356) che stabilisce: "In presenza di un'inevitabile limitatezza delle risorse finanziarie, non è consentito poter spendere senza limite, avendo riguardo solo ai bisogni, quale ne sia la gravità e l'urgenza; al contrario, occorre commisurare la spesa alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità e il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e delle compatibilità e tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute"⁽¹⁹⁾.

Da tale pronunciamento qualche commentatore ha dedotto che il diritto alla salute è un diritto finanziariamente condizionato⁽²⁰⁾, essendoci sempre una correlazione tra possibilità di soddisfazione del diritto sociale e mezzi a disposizione⁽²¹⁾. Noi condividiamo, invece, l'interpretazione di chi ritiene che la Corte, pur sentenziando tra diritto e disponibilità, non ha considerato il diritto alla tutela della salute come un diritto finanziariamente condizionato⁽²²⁾.

Sul problema delle priorità sanitarie e delle compatibilità finanziarie ci sembra doveroso puntualizzare il rapporto tra diritto (aspettativa tutelata) alle cure sanitarie e razionamento (riduzione) delle risorse finanziarie in base al criterio fondamentale dell'equità (giustizia sostanziale).

Anche il nostro Paese registra, purtroppo, un'emergenza finanziaria, che ha imposto una priorità metodologica: *come ridurre la spesa sanitaria*, con una "sorta di ossessione finanziaria"⁽²³⁾, che ha condizionato il processo di riforma del servizio sanitario, anche se una contrazione della spesa di fatto non si è verificata, per-

ché i costi sanitari, pur essendo a consuntivo sempre maggiori rispetto ai bilanci preventivi, vengono alla fine finanziati con provvedimenti di ripiano dei disavanzi accumulati⁽²⁴⁾.

Nonostante alcune utili *correzioni* che hanno portato: a una razionalizzazione del sistema sanitario; a interventi restrittivi sul numero degli esenti; alla compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli utenti con il pagamento di ticket su alcune prestazioni, il razionamento è divenuto realtà - con un'identica previsione di finanziamento per gli anni 2004 e 2005, pur essendoci una crescita di spesa - con effetti negativi in tema di tutela del diritto alle cure e di equità sanitaria.

Il problema delle *priorità nelle cure sanitarie* non può essere risolto soltanto con scelte politico - amministrative (nazionali e regionali), ma richiede la sinergia di tre centri decisionali, determinanti in sanità: *i politici*, che devono garantire risorse ed efficienza compatibili con la solidarietà; *i medici*, ai quali spettano giudizi di efficacia degli interventi; *gli eticisti*, che intervengono sulle questioni etico-sanitarie problematiche. Si impone quindi il superamento del muro d' incomunicabilità, tuttora esistente, tra i soggetti operanti in sanità, con una *nuova progettualità*, che sappia coordinare etica e razionalità economica, bisogni sanitari e risorse sanitarie in un quadro normativo, coerente ed equo.

7. Operatori sanitari

Compiti e impegni

Vanno certamente ottimizzate anche le indispensabili risorse personali, impegnate in sanità: in tal senso è necessario sviluppare le capacità degli operatori sanitari e rispettare le loro competenze professionali. Il loro prezioso ruolo nell'espletamento di compiti e nell'assunzione di impegni, svolti in generale con autonomia decisionale e responsabilità personale, deve trovare sul piano economico adeguate ricompense e gratificanti attribuzioni⁽²⁵⁾. È stato evidenziato che gli operatori sanitari sono, nel contempo, agenti morali che mettono al centro non soltanto le loro azioni, compiute con competenza e disponibilità, ma la loro stessa personalità morale⁽²⁶⁾.

Etica della responsabilità

Si ritiene opportuno suggerire che nell'ambito della formazione universitaria degli operatori sanitari venga riservato un adeguato spazio didattico all'etica

professionale, che si potrebbe definire *etica della responsabilità*. Nell'ambito dell'etica privata, ciò significa che ciascuno deve misurare le conseguenze delle proprie azioni sotto il profilo del rispetto e dello sviluppo dell'altro. Nell'ambito dell'etica pubblica, più che un'arsenale di principi, regole, essa è un insieme di chiamate in causa di tutti coloro che pretendono di agire in nome di una collettività⁽²⁷⁾.

Per restare in campo sanitario, riteniamo sia urgente un recupero di *etica della responsabilità* sia degli amministratori, specie pubblici, che degli operatori sanitari in generale e dei medici in particolare. È stato autorevolmente affermato che "la tradizione del buon governo agevola la vita dell'ospedale e fa della saggezza amministrativa e del rispetto dei beni uno dei punti cardine non solo della buona amministrazione, ma anche del servizio all'uomo e al cittadino"⁽²⁸⁾.

Un chirurgo italiano di fama mondiale, specialista in trapianti d'organo, trattando del mestiere del medico tra missione e disincanto, ha osservato: "Incalzato dalla tecnologia, controllato dalle esigenze economiche e di bilancio, trattato con sospetto dai pazienti, il medico appare oggi in balia di una crisi profonda e diffusa, la missione perde terreno, gli ideali appassiscono. Nella pratica quotidiana molti medici tendono a chiudersi in un guscio, lavorano per aumentare gli introiti, si limitano alle poche attività che danno soddisfazione, allontanandosi però dal vero senso della medicina. È drammatico assistere alla perdita dei valori umani della medicina. E se è davvero così, che cosa resta della missione? Dove sono andati a finire i principi della cura dell'uomo, dell'empatia, del dialogo, dell'umanità?⁽²⁹⁾

Per recuperare tali *valori* è quindi necessario legare il progresso cognitivo al progresso morale, con la sinergia di due forze: la razionalità (comprensione) e la passione (compassione) nonché la sinergia di due coscienze: la coscienza intellettuale e la coscienza morale⁽³⁰⁾.

Deontologia professionale

Per i professionisti sanitari - come abbiamo già messo in evidenza in un precedente articolo⁽³¹⁾ - un'etica della responsabilità si rigenera anche attraverso la *deontologia professionale*, intesa come "l'insieme delle regole morali che disciplinano l'esercizio di una determinata professione". Mai come oggi, nella tormentata e contraddittoria epoca che stiamo vivendo, "vi è stato tanto

bisogno di deontologia”⁽³²⁾. Si potrebbe dire che questa è la stagione dei *codici deontologici*, via via ripensati e aggiornati, al fine di offrire punti fermi al professionista sanitario, specie con il progressivo venir meno di un’etica unanimemente condivisa, con la definizione di regole deontologiche, che, per l’operatore professionale sanitario, sono legittima fonte e garanzia della sua identità, definendone la responsabilità, scolpendone la dignità, presidiandone l’autonomia”⁽³³⁾.

Conclusioni

Nel chiudere questo itinerario di ricerca sull’affascinante tema dell’etica e dell’economia in sanità, riteniamo di poter colmare lacune e limiti, riprendendo il pensiero del cardinale Dionigi Tettamanzi, arcivescovo di Milano, espresso con lucidità intellettuale e con saggezza pastorale in occasione della Festa del Perdono 2005 della Ca’ Granda (24 maggio 2005): “Se è vero che il momento culturale attuale è segnato da una grave crisi di senso, si deve riconoscere che proprio questa stessa crisi, per i suoi esiti negativi e talvolta drammatici, esige un di più, un supplemento di razionalità, meglio un supplemento di coraggio e di audacia... con scelte concrete che esprimano il valore della solidarietà e la sua centralità sociale e civile”⁽³⁴⁾.

Bibliografia

- 1 - Sgreccia E., *Congresso nazionale della società italiana per la bioetica e i comitati etici su “Comitati etici e giustizia nel sistema sanità”* (Roma, 9 aprile 2005), in *Medicina e Morale*, 2005/2, pag.460
- 2 - Caferra V.M., *Diritti della persona e Stato sociale, Il diritto dei servizi socio-sanitari*, Zanichelli, Bologna, 2003, pag.53
- 3 - Spagnolo A.G., *La relazione medico-paziente nella sanità aziendalizzata*, in *Etica e giustizia in sanità, Questioni generali, aspetti metodologici e organizzativi*, McGraw-Hill, Milano, 2004, pag.180
- 4 - Morin E., *Il metodo 6. Etica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005. Da tale opera, un capolavoro in materia, di cui consigliamo la lettura, abbiamo ampiamente attinto per la stesura del paragrafo, “Principi etici”.
- 5 - Morin E., *opera citata*, pag.3
- 6 - Ricoeur P. in Morin E., *opera citata*, pag.3
- 7 - Caferra V.M., *opera citata*, pag.53
- 8 - Morin E., *opera citata*, pagg.199-201
- 9 - Zagrebelsky G., *Imparare la democrazia*, La Biblioteca di Repubblica, Roma, 2005, pag.48

- 10 - Caferra V.M., *opera citata*, pagg. 43-44
- 11 - Cavicchi I., *Sanità, Un libro bianco per discutere*, Edizioni Dedalo, Bari, 2005, pag.224
- 12 - Borgonovi E., *Sul concetto di azienda sanitaria occorre fare chiarezza*, in, “*Mecosan*”, n.9/1994
- 13 - Cavicchi I., *opera citata*, pag.316
- 14 - Cavicchi I., *opera citata*, pag.108
- 15 - Sacchini D., *Sistemi- sanità: una lettura “integrata”*, in *Etica e giustizia in sanità, opera citata*, pagg. 92-96
- 16 - Cavicchi I., *opera citata*, pagg. 110-112;130;303
- 17 - Il Sole-24 Ore *Sanità*, n.25/2004, indicato da Cavicchi I., *opera citata*, pag.162
- 18 - Cilione G., *Diritto sanitario*, Maggioli Editore, 2003, pag.241
- 19 - Cilione G., *opera citata*, pag.26
- 20 - Ferrara, *Salute (diritto alla salute), Voce del Digesto discipline pubblicistiche*, Torino, 1997, pag.530
- 21 - Onida V., *Diritto alla salute e risorse disponibili*, in *Prospettive sociali e sanitarie*,1996, Milano, n.21-22, pag.20
- 22 - Cavicchi I., *opera citata*, pag.161
- 23 - Zamagni S., *Equità, ragionamento, diritto alle cure sanitarie*, in *Medicina e Morale*, Roma, n.2005/5, pag.348
- 24 - Cilione G., *opera citata*, pag.240
- 25 - Cavicchi I., *opera citata*, pag.330-331
- 26 - Pessina A., *Operatori sanitari come agenti morali*, in *Etica e giustizia in sanità, opera citata*, pag.24
- 27 - Viano C.A., *Etica pubblica*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2002, pag.116
- 28 - Martini C.M., *L’Ospedale Maggiore nel nuovo millennio: un’antica istituzione milanese a servizio della persona. Aprire alla speranza*, Milano, 26 marzo 2001, pubblicazione a cura dell’Ospedale Maggiore per la Festa del Perdono 2001, pagg.10-11
- 29 - Marino I.R., *Credere e curare*, Giulio Einaudi editore, Torino, 2005, pagg..86-88
- 30 - Morin E., *opera citata*, pagg.8;202
- 31 - Dal Sasso G.C., *Riscoprire la dignità della persona umana, in la ca’granda*, Milano, n.1/2005, pagg. 21-26
- 32 - Busnelli F.D., *Prefazione a Il Codice di deontologia medica*, Milano, Giuffrè, 1996, pag.IX, citato da Oppes M., *Quale futuro per la deontologia medica?*, in *Medicina e Morale*, n.2005/5, Roma, pag.3.
- 33 - Barni M., *Diritti-doveri-responsabilità del medico, dalla bioetica al biodiritto*, Giuffrè, Milano, 1999, pag.15
- 34 - Tettamanzi D., *La Ca’ Granda, ospitalità e speranza*, in *la ca’granda*, Milano, n.2/2005, pagg. 15-17.



Il presente articolo espone in modo divulgativo i risultati parziali di uno studio pilota condotto dall'autore Livio Bressan, e dalla specializzanda in Neurologia presso l'Ospedale S. Raffaele di Milano Daniela Ceppi su pazienti seguiti presso il reparto di Fisioterapia del CTO di Milano (Istituti Clinici di Perfezionamento), con la supervisione del locale Centro Parkinson, e del Centro Diurno Integrato ACLI-Torpedone di Cinisello Balsamo.

Nel corso delle prime sperimentazioni i pazienti portatori di malattia di Parkinson sono stati affidati ad un docente di canto con esperienza nella rieducazione vocale (Ambra Noè) o ad una logopedista tradizionale (Alessandra Basili). Attualmente il lavoro di ricerca sta proseguendo e il gruppo di lavoro si è arricchito con l'inserimento di due musicoterapiste con esperienza nel settore della Cantoterapia individuale (Raffaella Gentile) e corale (Santa Infantino).

In sintesi, la rieducazione della voce mediante il canto può rappresentare per i pazienti con malattia di Parkinson un metodo efficace e ben tollerato per recuperare un'emissione vocale forte e chiara con ricadute positive anche sulla vita relazionale.

Malattia di Parkinson

La voce del parkinsoniano può migliorare grazie alla Cantoterapia?

LIVIO BRESSAN

Nel febbraio di quest'anno, durante il lancio di un cd a favore delle ricerca contro la malattia di Parkinson, un noto cantautore italiano - che della sua malattia non ha mai fatto segreto - ebbe a dire: *“Quando da giovane ho cominciato a cantare la mia voce tremava. Ora, invece, è una spada che uso come una clava”*. Il celebre cantautore aggiunse senza esitazione: *“Il canto è una forma di cura contro il Parkinson. Il continuo esercizio ha migliorato la mia voce e, nel contempo, ha fatto sentire meglio anche me”*.

Può il canto - *se eseguito sotto la guida di rieducatori esperti* - integrarsi con la logopedia tradizionale?

È questa la domanda che ci siamo posti quando abbiamo iniziato uno studio pilota sulla “Cantoterapia”. Oggi, a distanza di circa due anni dall'inizio dei lavori di ricerca, possiamo affermare che la Cantoterapia ci sembra un trattamento utile e possibile, non solo per i comprovati risultati positivi sulla capacità comunicativa del paziente ma, soprattutto, perché tale metodica ha ripercussioni favorevoli sulla vita relazionale e sociale delle persone con Parkinson.

Sulla pagina accanto: Medici e malati, da un'antica stampa della Raccolta Bertarelli

Parkinson: cos'è?

La *malattia di Parkinson* - descritta per la prima volta dal medico inglese James Parkinson in un libretto intitolato *“Trattato sulla paralisi agitante”* pubblicato nel 1817 - colpisce più di 220.000 persone in Italia. È una malattia cronica che toglie progressivamente autonomia a chi ne è colpito: *movimenti involontari eccessivi, blocchi motori improvvisi, tremore e rigidità, difficoltà di parola, depressione ed allucinazioni* sono solo alcuni dei problemi che il malato quotidianamente si trova ad affrontare e con i quali deve imparare a convivere.

Per quanto riguarda *l'epidemiologia*, si segnala che la malattia di Parkinson si riscontra più o meno nella stessa percentuale nei due sessi ed è presente in tutto il mondo. I sintomi possono comparire a qualsiasi età anche se un esordio prima dei 40 anni è insolito e prima dei 20 è estremamente raro. Nella maggioranza dei casi i primi sintomi si notano intorno ai 60 anni.

Sotto il profilo *neuropatologico*, la malattia di Parkinson consiste in un disturbo del sistema nervoso centrale caratterizzato da degenerazione di alcune cellule nervose situate in una zona profonda del cervello denominata sostanza nera. Queste cellule

producono il neurotrasmettitore *dopamina*, che è responsabile dell'attivazione di un circuito che controlla il movimento. Con la riduzione di almeno il 50% dei neuroni dopaminergici viene a mancare un'adeguata stimolazione dei recettori delle stazioni di arrivo nello *striato*.

Per quanto riguarda la *sintomatologia clinica*, la malattia di Parkinson è una patologia ad evoluzione progressiva che si arricchisce nel suo decorso di numerosi sintomi, al punto tale che ne sono stati elencati oltre 45. I *sintomi cardinali* della malattia di Parkinson, facilmente riconoscibili sul piano clinico, variamente combinati fra di loro sono: *rigidità, bradicinesia, tremore, instabilità posturale, disturbi psichici e altri sintomi accessori*.

La *terapia* è volta a recuperare al meglio la funzionalità motoria e deve essere adattata alle caratteristiche della vita e delle attività quotidiane di ogni paziente. I rimedi terapeutici attuali sono in grado di correggere i sintomi, ma non di guarire la malattia definitivamente. La terapia deve includere trattamenti sia di tipo *farmacologico* che *non farmacologico*. La terapia farmacologica si basa sull'utilizzo di quei farmaci che si dimostrano in grado di controllare i *sintomi primari* della malattia di Parkinson. Vengono privilegiati i *dopaminoagonisti* nelle prime fasi di malattia, mentre successivamente si introducono *levodopa* e tutti gli altri farmaci necessari. L'obiettivo è quello di raggiungere un buon compenso della sintomatologia con le dosi di farmaco più basse possibili.

Come prendersi cura delle persone con Parkinson?

Poiché per l'OMS la salute non è la semplice assenza di malattia, ma è un tripode di *benessere fisico, mentale-affettivo e sociale* e la *qualità di vita* è un *giudizio individuale e soggettivo, mutevole nel tempo*, abbiamo voluto porre in primo piano l'impatto *fisico, psicoemozionale e sociale* della malattia di Parkinson dal punto di vista dell'individuo malato ed abbiamo ideato un insieme *coordinato di interventi rieducativi*, assegnando le priorità in funzione delle ripercussioni di tali interventi *sulla qualità di vita* del paziente. Tali interventi riabilitativi - *che si basano su di una armonica integrazione tra medicina scientifica e medicina cosiddetta alterna-*

tiva o complementare - si pongono il fine ultimo di alleviare la sofferenza dei malati di Parkinson con cui si deve stringere le *necessarie sinergie* per scongiurare *l'isolamento* e per combattere quel *senso di impotenza* che prende sia i malati che le loro famiglie.

Il nostro utilizzo della medicina complementare (*recenti dati dell'OMS indicano che il 15% degli italiani ricorre alla medicina complementare almeno una volta all'anno*) non è *acritico*, bensì viene continuamente suffragato dall'utilizzo di vari *strumenti metodologici* finalizzati ad approfondire le conoscenze relative alle *medicine complementari* da noi utilizzate, nell'intento di acquisire criteri di sicurezza ed efficacia in grado di tutelare tanto i nostri *malati di Parkinson*, quanto gli *operatori stessi*. D'altra parte, siamo convinti che sia *"eticamente inaccettabile"* sostenere nuove pratiche terapeutiche, se la loro sicurezza ed efficacia non è pari almeno a quella di altre terapie disponibili.

Pertanto, il presente lavoro sulla "Cantoterapia" si inserisce nel contesto più ampio del "Metodo" che l'autore del presente lavoro ha realizzato con l'aiuto dei suoi collaboratori e che cerca di integrare alcuni aspetti della *medicina complementare* con quelli della *medicina scientifica tradizionale* e che vuole costituire un primo contributo *clinico-sperimentale* a favore delle *persone con Parkinson*, disponibile tuttavia, a modificarsi con l'innesto di nuove idee e ulteriori contributi scientifici.

Problemi di parola nella malattia di Parkinson

Parlare è un'attività motoria che implica meccanismi altamente specializzati dei muscoli che controllano la *respirazione*, la *fonazione*, l'*articolazione* e la *prosodia*. Nella malattia di Parkinson le alterazioni della voce sono dovute ad un alterato coordinamento di tali muscoli. I sintomi a carico dell'apparato fonatorio che si possono manifestare come conseguenza di queste alterazioni sono: *indebolimento del volume della voce; affievolimento della voce; monotonia del timbro con espressione povera; peggioramento progressivo della qualità dell'eloquio; pronuncia indistinta delle parole; progressiva accelerazione del ritmo; involontaria esitazione prima di iniziare a parlare; ripetizioni incontrollate di parole, frasi e periodi*.

Una difficoltà nel parlare insorge in circa la metà delle persone affette da malattia di Parkinson. Le modificazioni nell'abilità a comunicare possono sfociare nella tendenza a stare soli che può portare all'isolamento sociale. Non solo, molti malati hanno descritto le difficoltà del linguaggio come il sintomo parkinsoniano più debilitante in quanto rende incapaci di comunicare efficacemente e, in alcuni casi, limita le opportunità lavorative. I farmaci usati abitualmente nella terapia della malattia di Parkinson (*come levodopa e dopaminoagonisti*) spesso migliorano il volume e la chiarezza della voce, anche se da soli non sono sufficienti per mantenere nel tempo queste caratteristiche positive.

Il canto può diventare una cura?

La rieducazione della voce attraverso il canto può rappresentare un metodo efficace per migliorare la voce. È questa la conclusione di uno studio pilota condotto dal nostro gruppo di lavoro a cui ne stanno seguendo altri ancora in corso.

Senza entrare nella descrizione dei particolari tecnici - stante la funzione puramente divulgativa dell'intervento presente - vogliamo solo segnalare che i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi omogenei di cui il primo è stato casualmente assegnato alla logopedia tradizionale, mentre il secondo è stato affidato ad una docente di canto con titoli ed esperienza nel settore della rieducazione vocale, che ha applicato alcune tecniche precedentemente ideate e concordate con lo scrivente.

Al termine del trattamento, i risultati dei due diversi schemi rieducativi sono stati valutati da tre medici specialisti esperti nella diagnosi e cura della malattia di Parkinson, ignari del tipo di trattamento. I tre specialisti hanno ascoltato per ogni paziente due registrazioni della lettura di un "*brano bilanciato*" effettuata prima e subito dopo il termine del ciclo rieducativo. Secondo il loro giudizio logopedia tradizionale e cantoterapia hanno ottenuto risultati positivi qualitativamente diversi ma praticamente sovrapponibili sotto il profilo riabilitativo globale. Tuttavia, l'esame dei risultati ottenuti con alcune scale di misurazione della *qualità di vita* (LSI, IQ-39), ha evidenziato che la Cantoterapia ottiene, rispetto alla logopedia tradizionale, un netto miglioramento della vita di relazione, essendo nettamente

favorita nel recupero dell'*espressione facciale*, nell'*aumento dell'autostima* e nella *elevazione del tono dell'umore*.

Le sedute di Cantoterapia individuale e corale

Cantoterapia individuale. Attraverso esercizi individuali e mirati sulla persona e che prevedono l'utilizzo sistematico di *stimoli ritmico-melodici* la nostra docente di canto coadiuvata da una musicoterapista e da una logopedista, cerca di riequilibrare i muscoli coinvolti nella fonazione e nell'articolazione del linguaggio con il fine ultimo di aumentare il volume della voce, di migliorare l'intonazione melodica, di scandire l'articolazione delle parole e di incrementare la mimica facciale. In sintesi, tali esercizi, attraverso *scansioni ritmiche sequenziate*, la corretta *respirazione diaframmatica* e la somministrazione di *esercizi cantati* arricchiti da *scale diatoniche e cromatiche* nonché da *arpeggi e brevi melodie*, mirano a sostituire progressivamente gli *automatismi perduti* dell'*apparato bucco-fonatorio* con altri movimenti semplici ma coordinati ed in corretta sequenza.

Cantoterapia corale. La rieducazione col canto, inoltre, ben si presta a tecniche ed a esercizi collettivi che mantengono, o addirittura migliorano, i rapporti relazionali dei malati di Parkinson, spesso smorzati da disturbi depressivi frequenti in questa malattia. Il canto corale, nella nostra esperienza, si è dimostrato in grado di fornire uno stimolo delle capacità cognitive, sfruttando, nel contempo, le *capacità creative ed emozionali* delle persone malate. Infatti, il canto può costituire un'occasione di potenziamento mnestico attraverso il richiamo di *canzoni familiari* e con l'apprendimento e la *ripetizione di melodie* presentate ai pazienti per la prima volta. Però, il *canto corale* è soprattutto in grado di agire sul *tono dell'umore* dei malati e di incidere sulle loro *motivazioni*, aiutandoli, in definitiva, nella loro vita di relazione. Il canto corale, infatti, in quanto attività di gruppo, enfatizza la socializzazione, l'integrazione nell'ambiente, l'espressione dei sentimenti, la consapevolezza di sé. Non solo, attraverso il canto corale ogni paziente può ricostruire la propria "*biografia sonora*" cantando, insieme agli altri membri del gruppo, temi legati ad un particolare periodo della propria *vita passata*.

Le esperienze positive provate con la *Cantoterapia individuale e corale* motivano i pazienti non solo a partecipare al trattamento stesso, ma anche ad usare le loro nuove capacità vocali nell'eloquio funzionale quotidiano al di fuori delle sedute terapeutiche, promuovendo la socializzazione.

Anche l'espressione facciale ne ha tratto giovamento con l'esercizio a sorridere, aggrottare le sopracciglia e sogghignare. Anche se questi aspetti fisionomici non hanno influenza diretta sul linguaggio, i cambiamenti dell'espressione facciale sono importanti per accrescere la capacità di comunicare in modo efficace.

Inoltre, gli esercizi proposti durante le sedute di Cantoterapia hanno indotto anche a risolvere le conseguenze comportamentali di un eloquio difficoltoso, come la paura di affrontare gli altri, ridando autostima, affermazione di sé, coraggio ed allegria.

Non solo, attraverso il canto ogni malato può entrare in contatto con il proprio corpo. Ovvero, attraverso le note gravi, può percepire le vibrazioni sonore nel petto e nel ventre, mentre con le note più acute può sentire le vibrazioni nel palato e nella fronte. In altre parole, attraverso il canto, il paziente può amplificare il contatto con il proprio corpo prendendo coscienza di parti "nascoste" del proprio apparato respiratorio e bucco-fonatorio.

Però non va dimenticato che il fine della Cantoterapia (in particolare della Cantoterapia corale), non è solo riabilitativo, ma è anche quello di promuovere la socializzazione, l'integrazione nell'ambiente, l'espressione dei sentimenti, la consapevolezza di sé. Ovvero, la seduta di Cantoterapia ha lo scopo di far capire alla persona malata che i problemi del linguaggio non devono impedire la comunicazione con la famiglia, con gli amici, né devono creare un isolamento sociale.

Per concludere, la *Cantoterapia individuale e corale*, ci sembra un trattamento utile e possibile, non solo per i comprovati risultati positivi nella capacità comunicativa del paziente, ma, soprattutto, perché tale metodica ottiene ripercussioni positive sulla vita relazionale e sociale dei pazienti con Parkinson.

Pellegrini

Viene il giorno in cui ci si stanca dei viaggi come ci si è stancati dei libri; in cui ci si stanca dei vivi come ci si è stancati dei morti. Per un impulso naturale, che è soltanto bello, e anche rassicurante, ci si distacca da tutto ciò che si è conosciuto, da tutto ciò che si è posseduto; questi due termini non sono sinonimi soltanto nella Bibbia. Mi sforzo, nell'attesa di fissare in qualche immagine definita il duplice insegnamento di visioni che passano e di un Io non meno passeggero. Non è detto che un popolo possa fallire la propria vita; se è sventurato, ha i secoli per rifarsi; le personalità fittizie non conoscono la morte, e il loro tentativo può durare quasi quanto la terra. Ma noi abbiamo una sola vita; se anche avessi fortuna, se anche raggiungessi la gloria, di certo sentirei di avere perduto la mia, se per un solo giorno smettessi di contemplare l'universo. Arriva abbastanza presto il momento in cui, ricchi, appagati, soddisfatti di noi stessi, indifferenti a tutto ciò che prima ci dava pena o ci appassionava, noi cessiamo di vivere, per non fare altro che esistere.

MARGUERITE YOURCENAR
(Da *Pellegrina e straniera*, Einaudi, Torino
1990)

Sanità e managerialità per l'Ospedale Maggiore

Un incontro ben riuscito

ALESSANDRO FENYVES, FABIO PANSA CEDRONIO, PINO TASSARA

Nel quadro di una sempre più accentuata attenzione al sociale, l'ALDAI (Associazione Lombarda dei Dirigenti di Aziende Industriali) ha sottoscritto recentemente con il Policlinico di Milano, una delle più prestigiose istituzioni pubbliche della città ed un centro di eccellenza per la salute, un innovativo accordo che può portare a proficui risultati nell'interesse della Istituzione e dei cittadini.

L'ALDAI è la più grande associazione territoriale di dirigenti industriali in Italia ed è membro della Federmanager, la confederazione delle associazioni territoriali presenti su tutto il territorio italiano.

Essa raccoglie sia i dirigenti in servizio che quelli in pensione. I dirigenti in pensione costituiscono un enorme patrimonio di professionalità e preziosa, variegata esperienza acquisita in lunghi anni di attività presso aziende industriali. Ed è proprio attingendo tra i dirigenti in pensione, in particolare a quelli animati da spirito di solidarietà ed impegno civile, che l'ALDAI ha potuto impegnarsi verso il Policlinico.

L'accordo prevede che l'ALDAI metta a disposizione del Policlinico a titolo puramente volontaristico e gratuito, risorse manageriali da inserire nei vari dipartimenti con funzioni di supporto e consulenza nei settori in cui la dirigenza industriale è particolarmente votata ed esperta quali: la gestione delle risorse umane, la pianificazione, l'informatica, il controllo di gestione, il controllo di qualità, la promozione dell'immagine e il marketing, ecc.

Questa collaborazione potrebbe liberare tempo e risorse dell'apparato medico e scientifico e permettere loro di dedicare ancor più del loro tempo a privilegiare gli aspetti più vicini alla salute dei pazienti, delegando in parte molti degli inevitabili ed essenziali aspetti manageriali, sia diretti che

trasversali, a personale competente e di grande esperienza ed affidabilità.

L'accordo di collaborazione tra ALDAI e Policlinico di Milano è entrato nella sua fase operativa a dicembre 2004. Coordinato dalla direzione scientifica del Policlinico e sotto la diretta supervisione dei direttori di alcune unità operative che hanno accettato di attuare un progetto pilota, nell'ambito del più ampio *progetto tecnosalute*, un primo gruppo di dirigenti in pensione ha iniziato a frequentare i dipartimenti pilota e, sulla base della loro esperienza, a fare un quadro dello stato delle strutture visto con una "prospettiva manageriale". I direttori delle unità operative interessate hanno accettato di buon grado il tipo di collaborazione prospettata e i rapporti instaurati tra i rappresentanti dei due mondi possiamo definirli più che ottimi.

Il dirigente ALDAI individuato come referente dipartimento era inoltre supportato nella sua attività da un team di altri colleghi dirigenti che, avendo aderito all'iniziativa, hanno collaborato per fornire complessivamente una copertura ad ampio raggio.

I dipartimenti sono stati monitorati per un periodo di tempo che, seppur ridotto, è stato significativo ed ha permesso di elaborare un progetto organizzativo unitario che è stato presentato alla direzione scientifica e ai direttori di dipartimento, e da questi apprezzato per completezza, obiettività e spirito costruttivo. Sulla base di questa esperienza iniziale ambedue le parti si augurano di poter proseguire in un cammino che permetta di coniugare l'eccellenza scientifica con il rigore gestionale.

*Pusterla e pusterle**

VINCENZO BEVACQUA

A Milano la parola *pusterla* evoca persone e cose. Le persone - delle quali esistono in città ancora una ventina di omonimi - erano i signori Pusterla. Le cose erano piccole porte che si aprivano nelle mura di città. Infatti secondo il *Vocabolario Milanese-Italiano* di Francesco Cherubini⁽¹⁾ *pusterla* è una specie di seconda porta che per lo passato si usava quasi sempre tra la porta di via e il cortile delle nostre case, e invece della quale usa oggidì comunemente un cancello di ferro o di legno. A questa definizione si aggiunge quest'altra: *piccola porta di città per opposizione a porta primaja e principale*.

Qualcuno sospetta che dalla porticella piazzata dietro alla porta di casa derivasse il soprannome-cognome *Pusterla*, poi affibbiato ai padroni abitanti nel palazzo dotato di accesso blindato con doppia separazione dalla strada.

A motivo dell'accesso di casa blindato o per altri motivi, il primo personaggio attribuito ai Pusterla sarebbe stato Angilberto o Angelberto II, vescovo di Milano dall'824 all'859 e forse di discendenza franca. Dopo di lui, di Pusterla famosi la storia di Milano ne registra una cinquantina. Fra questi Francesco o Francescolo che nel Trecento abitava un lussuoso palazzo oggi in vicolo Pusterla, la traversa a fondo cieco di via della Palla che a sua volta collega via Torino con piazza Sant' Alessandro.

Francesco Pusterla esibiva nello stemma di famiglia l'aquila imperiale quasi volesse far sapere al mondo intero la sua nobiltà, il suo prestigio, la sua potenza e soprattutto la sua obbedienza solo all'imperatore e a nessun altro. Questo signore possedeva un'abitazione che finiva mai, una moglie bellissima di nome Margherita nata Visconti e due figli che non davano fastidi. La bella Margherita suscitava anche le voglie del cuginastro Luchino Visconti (1315-1349) i cui approcci però andavano immancabilmente a vuoto.

* L'articolo sulla pusterla mi è stato espressamente chiesto dalla dott.ssa Franca Chiappa. E io con molto piacere lo dedico espressamente a lei.

Disgrazia vuole che un brutto giorno del 1340 Francescolo congiurasse contro Luchino e che la congiura venisse scoperta. Fatale la conseguente condanna a morte di tutta la famiglia Pusterla: Francescolo Margherita e figliolanza. Dicono che in piazza Mercanti si celebrasse solennemente la loro decapitazione. Sicuramente meno solenne, ma più redditizia la requisizione di tutti i loro beni mobili e immobili che dovevano essere tanti.

Della truce vicenda ne avrebbe approfittato, secoli dopo, Cesare Correnti (1804-1895) per scrivere il romanzo storico *Margherita Pusterla*, pubblicato nel 1838, dove naturalmente la protagonista è bellissima virtuosissima sventuratissima.

Quanto a Luchino Visconti, le poche ciambelle riuscite col buco alla fine sarebbero state pagate a caro prezzo.

Inflexibile e tenace nell'odio, austero disordinato e corrotto nelle abitudini, del tutto incurante della moglie, Luchino era carico di amanti e di figli illegittimi, tre dei quali però, Bruzio Forestino e Borsio, legalmente riconosciuti Visconti. In terze nozze sposava Isabella Fieschi dalla quale, nel 1343, avrebbe avuto Orsina e, nel 1346, i gemelli Giovanni (morto pochi mesi dopo) e Luchinetto.

Nel 1347, in viaggio di piacere a Venezia in compagnia di altre dame milanesi, Isabella avrebbe dato pubblico spettacolo di lussuria e nel 1349, pochi mesi prima della morte del marito, avrebbe rilasciato la dichiarazione che Luchinetto e Orsina li aveva avuti dal di lui nipote Galeazzo pur sempre Visconti. Da notare che questa dichiarazione non è storicamente accertata, ma anche se lo fosse, dato il contenuto compromettente ogni suo interesse, Isabella l'avrebbe sottoscritta *in seguito a grave violenza morale e materiale*⁽²⁾.

A conoscenza di uno o di tutt'e due gli incidenti coniugali, Luchino minacciava la consorte di arrostarla *cum pulchro igne*. Subito avvertita, la fedifra-

ga non avrebbe perduto tempo perché poco dopo la sottoscrizione del citato documento, Luchino Visconti sarebbe morto per veneficio a soli 34 anni. Esaurito l'argomento Pusterla, ecco le pusterle.

Definite dal Cherubini *piccole porte di città*, le pusterle erano caratterizzate da un'arcata sotto torre difensiva, mentre le *porte primaje* erano caratterizzate da due arcate affiancate a destra e a sinistra da una torre quadrangolare come le altre torri delle mura e come queste di tipo difensivo.

Secondo lo storico Galvano Fiamma (1283-1344) e secondo le notizie che riporta da Bonvesin de la Riva (1240-1315), le pusterle che si aprivano lungo le mille e più braccia di mura cittadine, erano una decina. Cominciando da ovest e in senso orario, il loro nome era: Sant'Ambrogio, Azze, San Marco, Monforte, Sant'Eufemia, Chiusa e Fabbrica. A queste si dovrebbero aggiungere le Borgo Nuovo, Santo Stefano e Bottonuto⁽³⁾ evidentemente ancora inesistenti al tempo del Fiamma.

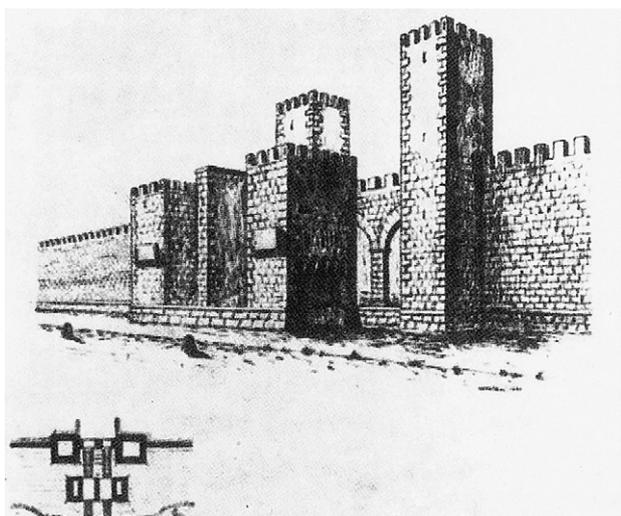
Dopo l'accurata distruzione della città da parte di Federico Barbarossa (1162), le mura di Milano venivano costruite con terra riportata da una profonda fossa scavata intorno al residuo abitato urbano. Nella terra riportata e battuta (*terraggio*) lungo l'argine interno della fossa, si erigevano torri e si aprivano porte e pusterle di pietra, che, per mancanza di mezzi, restavano tuttavia a metà per diverso tempo. Nel 1170 se ne riprendevano i lavori sotto la direzione di Guglielmo Burro e Marchino Prevede con l'assistenza di Gerardo da Castenega. Sarebbe stata

questa l'occasione di rivalsa dei milanesi nei confronti del Barbarossa, per beffeggiare a dovere lui e sua moglie con bassorilievo caricaturale sull'arco di Porta Romana e rispettivamente con bassorilievo scurrile a Porta Tosa.

Ai tempi di Azzone Visconti (1302-1339) i terraggi venivano rinforzati con pietre e mattoni, in modo che, insieme a torri imbandierate porte e pusterle, le mura di Milano lambite da corsi d'acqua suscitavano nella gente rispetto meraviglia e ammirazione. Riguardo poi agli scomparsi *terraggi*, ne sarebbe rimasta memoria nell'odierna toponomastica⁽⁴⁾ come via Terraggio a Porta Magenta.

Nel citato elenco delle pusterle, quella di Sant'Ambrogio è la prima perché non solo ha doppio arco, ma conserva ben documentata la sua storia e mantiene più o meno invariato il suo aspetto, come quello che appunto ancor oggi si vede. Tuttavia, siccome le sembianze non erano solenni come quelle di una porta né modeste come quelle di una pusterla, il varco di Sant'Ambrogio è sempre stato considerato una curiosa anomalia della cinta muraria milanese e niente di più.

Probabilmente esistita prima della citata distruzione del 1162, la pusterla è stata ricostruita tra il 1171 e il 1288 *con alti fornici leggermente arcoacuti e con zoccolatura policroma costituita da pietre di diversa natura. Ai lati due torri quadrangolari di diversa altezza*⁽⁵⁾. La spiegazione dei due fornici è semplice: uno indicava la strada per la basilica di Sant'Ambrogio, l'altro quella per la basilica di San Vittore.



Ricostruzione della pusterla Sant'Ambrogio com'era nel 1167 (da Zanzottera F.: *op. cit.*)

Nel Cinquecento, con lo spostamento delle mura dalla Cerchia dei Navigli ai Bastioni, la pusterla, circondata e sommersa da case abitate, perdeva ogni utilità salvo quella di prigione ricavata in una delle due torri. Più tardi, ristrutturata in abitazione privata, la torre avrebbe ospitato il canonico di Sant'Ambrogio Bernardo Belloni. L'altra torre invece sarebbe stata demolita e col ricupero del materiale si sarebbero costruite altre opere in pietra e laterizio.

Così per secoli nessuno più si sarebbe interessato della pusterla lasciandola deperire e trasformarsi in *rattera*. Senonché nel 1937, in seguito a un rigurgito di nostalgia per il passato remoto, si pensava di ripristinarla destinandola a funzioni culturali. Il pro-

getto era favorito dal ritrovamento qua e là di pezzi autentici di pusterla rappresentati dall'antone con doppio battente a sbarramento dei due fornicì e dai battenti tutti con i rispettivi *cancheri originari e con l'incastro ben conservato della spranga di chiusura*. Inoltre si scopriva che in avanguardia, la pusterla aveva anche *due torricine* nelle quali manovrare i ponti levatoi. L'insieme costituiva un'opera di ingegneria militare tale che, in caso di tentata invasione, manovrando opportunamente antoni e ponti levatoi, il nemico poteva rimanere intrappolato sotto le arcate della pusterla e così ridotto alla mercè dei milanesi.

Tra i pezzi di pusterla ritrovati c'era anche un tabernacolo gotico nel quale figurava Sant'Ambrogio tra i santi Gervasio e Protaso. Attribuito ai Maestri Campionesi, è ancora visibile tra i due archi della pusterla.

Danneggiata nel 1943 dai bombardamenti della seconda guerra mondiale, a conflitto terminato veniva riassetata e adibita a ricovero per milanesi rimasti senza tetto. Più tardi e per un po' di tempo sarebbe diventata museo d'armi e, più recentemente, museo degli orrori. Infatti vi erano stati raccolti tutti gli strumenti di tortura che una fantasia perversa potesse immaginare. Fortunatamente - molto criticato anche dal punto di vista storico - il museo degli orrori scompariva e i suoi ambienti adattati a uffici o abitazioni con muri certamente traspiranti buon umore, piacevoli arredi e gridolini di goduria.

Al contrario delle porte Ticinese Romana e Orientale e data la sua funzione di indicare i percorsi per Sant'Ambrogio e San Vittore, la pusterla di Sant'Ambrogio non ha mai visto entrare in città fastosi cortei. È stata invece teatro di una beffa spietata giocata nel Trecento da Gian Galeazzo Visconti (1351-1402) a danno dello zio Bernabò (1323-1385). Questi infatti, credendo di salutare il nipote di passaggio da Milano, si recava da solo alla pusterla di Sant'Ambrogio dove invece senza tanti convenevoli veniva catturato da Giacomo Dal Verme, tradotto al castello di Trezzo d'Adda e qui assassinato con generoso veneficio. E dire che il nipote e mandante Gian Galeazzo lo chiamavano *Conte di Virtù* ⁽⁶⁾.

Lungo le mura di Milano, dopo pusterla Sant'Ambrogio veniva quella delle Azze. Si trovava dove

oggi c'è il Castello un secolo dopo chiamato Sforzesco che, costruito nel 1358 avrebbe fagocitato pusterla delle Azze e Porta Giovia. Della pusterla non rimarrebbe più traccia e della sua denominazione non rimarrebbe spiegazione attendibile. Si suppone solamente che nelle vicinanze della pusterla esistesse una piazza, una contrada o un borgo *delle Azze* abitato da *azzaioli* (acciaioli) con le loro botteghe. Secondo alcuni ⁽⁷⁾, questi artigiani producevano *azze* o *acce* (asce) sfruttando le acque del Nirone a portata di mano. Secondo altri storici, senza andar lontano, *azze* deriverebbe dalle lame delle mazze oppure da una famiglia chiamata *Azzi*, magari appartenenti alla corporazione degli azzaioli, fabbricanti azze da servire per le mazze e via smazzando.

È certo che questi artigiani sarebbero stati i precursori dei celebri speronari spadari armorari e agugiarri che un secolo dopo avrebbero venduto i loro prodotti a tutta Europa con soddisfazione e orgoglio della città intera ⁽⁸⁾.

Dopo pusterla delle Azze, c'era quella di Algisio detta anche Adalgiso Brera Guercio Beatrice San Marco.

Si trovava dove oggi finisce via Brera e comincia via Solferino con l'interposizione di via Pontaccio. Forse qui un tempo esisteva il pontaccio sgangherato o sgraziato gettato sul Naviglio. Il Naviglio svoltava poi in piazza San Marco e proseguiva per via Fatebenefratelli. Nelle acque del Naviglio di via Pontaccio, le donne abitanti in zona intra o extramuraria sciacquavano i loro panni e li stendevano



Pusterla Beatrice (op. cit.)

ad asciugare su canapi tesi tra un albero e l'altro.

La fila di nomi attribuiti alla pusterla corrisponde non a contemporanee varianti d'intestazione come per esempio Porta Ticinese detta anche Porta Cica, ma a successive denominazioni legate agli avvenimenti accaduti nella storia di questa pusterla.

Il primo intestatario infatti sarebbe stato un certo Algisio o Adalgiso che nel IX secolo, in epoca carolingia, sarebbe stato proprietario dei terreni al di qua e al di là del Naviglio. Per comodità di accesso alla sua transproprietà si sarebbe aperto un passaggio attraverso la primitiva cinta urbana. Dalla gente, questo passaggio sarebbe stato chiamato con il nome dell'autore. Dopo un imprecisato periodo di tempo, il passaggio prendeva il nome di *Brera*, derivato dalla corruzione di *braidà* che al tempo dei Longobardi voleva dire *terreno cintato*. Nell'XI secolo il passaggio di Algisio prendeva il nome di *Guercio*, personaggio più o meno strabico appartenente alla nota famiglia Baggi. Il Guercio regalava la *braidà* dentro la cinta muraria ai frati Umiliati per costruirvi la loro casa madre. Diventato pubblico e abbandonato, il passaggio-pusterla veniva restaurato nel 1232 dal podestà di Milano Pietro Vento senza che, dopo di lui, qualcuno si curasse dell'opera edilizia. Se ne curava solo due secoli dopo, Ludovico il Moro che in onore dell'adorata moglie l'avrebbe restaurata e chiamata Beatrice. E Beatrice sarebbe rimasta sia quando veniva abbellita dal nobile Pietro Foppa che vi innestava anche il proprio stemma gentilizio⁽⁹⁾ sia quando nel 1860 sarebbe stata abbattuta secondo piano regolatore sia quando di pusterle era rimasta solo quella di Sant'Ambrogio.

Nell'ultimo Novecento infatti, i vecchi milanesi chiamavano ancora *porta* o *pusterla* *Beatris* il limite di via Brera dove la strada viene interrotta da via Pontaccio. Tra questi irriducibili nostalgici, il genuino avvocato-poeta Ambrogio Maria Antonini che nei suoi versi la nominava con struggimento insieme a tutto quello che le stava attorno: mulini con la pala rotante sul Naviglio; botteghe col lanternino a ciondolo su strada, somarelli che nella contrada consumavano indisturbati il loro pasto⁽¹⁰⁾.

Qualcuno sostiene che la pusterla fosse chiamata anche San Marco⁽¹¹⁾. Potrebbe però trattarsi di un'altra portella ricavata nell'abitato dell'ultimo

tratto di via Borgonuovo. Da qui infatti si raggiungeva la fiancata della chiesa di San Marco in contrada Fatebenefratelli superando il ponticello chiamato *Marcellino*.

Ancora nel Settecento pusterla Beatrice era un una costruzione rettangolare con *un arco a sesto ribassato* al centro della facciata. Di notte a battenti chiusi, la pusterla poteva essere confusa con una qualsiasi casa d'abitazione.

Continuando lungo la Cerchia dei Navigli dopo gli archi di Porta Nuova, in corrispondenza dell'attuale via Sant'Andrea si trovava la pusterla del Borgo Nuovo. Un tempo, il borgo nuovo era l'insieme di neoborgate sorte fuori dalle mura romane e dentro l'anello dei navigli. Queste borgate si chiamavano Borgonuovo, Borgo Spesso, Borgo del Gesù e Borgo Sant'Andrea. Così lo storico Latuada accennava all'ubicazione della pusterla Borgonuovo senza farne il nome⁽¹¹⁾: *Secondando il Corso denominato Borgo di Sant'Andrea, ed anticamente "Burgus de Lissono" dove fu aperta una pusterla... si giungeva a Porta Orientale*. Perciò il tragitto del corso di Sant'Andrea seguiva le mura in parallelo con il naviglio e poi, a metà strada, le mura si sarebbero aperte con la pusterla. Della relativa struttura architettonica però si sa niente.

Più avanti tra Porta Orientale (a metà corso Venezia) e Porta Romana c'era la pusterla del Monforte. Una *pusterla di Monforte* ricavata nelle mura poi abbattute dal Barbarossa, con nome riferito al *sito chiamato non si sa per quale ragione Monte forte*⁽¹³⁾ è probabilmente esistita anche se mai documentata.

Nell'Ottocento, sul percorso delle spianate mura spagnole, in corrispondenza dell'odierna piazza Tricolore si erigeva una barriera daziaria disegnata dall'ingegnere Luigi Tenenti e inaugurata il 24 ottobre 1888. Si chiamava Porta Tosa anche se non era porta né pusterla. Formata da due caselli rettangolari collegati da una cancellata, la barriera risultava un insieme *di buon gusto*. La cancellata di ferro era lunga più di 17 metri, interrotti da quattro pilastri pure di ferro terminanti con un lampione illuminato a gas⁽¹⁴⁾. Ripensandoci, poteva aver ispirato la *Barrière d'enfer*, scena del terzo atto nella *Bohème* di Giacomo Puccini.

Purtroppo al *buon gusto* dell'ingegner Tenenti subentrava il nessun gusto della Giunta Comunale

che nel 1919 decretava l'abbattimento dei due caselli daziari e cancellata, un insieme ora considerato *ingombro tecnico e prospettico, tanto più grave in quanto, con l'abolizione della cinta daziaria* costituivano né un monumento architettonico apprezzabile né una memoria storica interessante⁽¹⁵⁾. E così, addio al gusto e alle reminiscenze pucciniane.

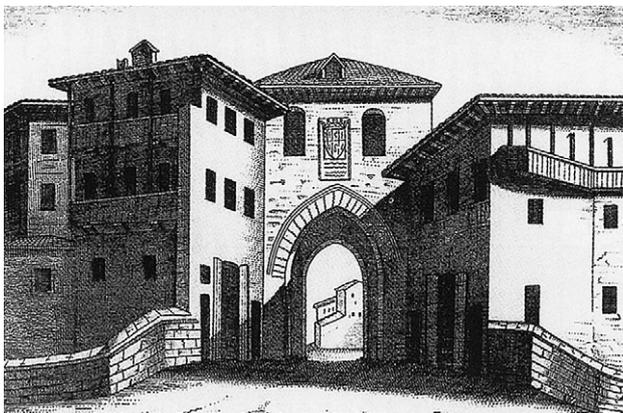
Lasciata Porta Tosa nota fin dal 1145 per un documento che così l'affidava alla storia: *Burgo de Porta Tosa de Civitate Mediolani*, lungo il percorso delle mura medioevali e del Naviglio si arrivava alla pusterla di Santa Eufemia *la cui origine forse risalirebbe all'epoca romana quando si chiamava Porta Erculea*.

Alla fine del Quattrocento la pusterla veniva riveduta corretta abbellita arricchita e chiamata *Ludovica* per merito di Ludovico il Moro che, agli antipodi della città, aveva fatto la stessa cosa con la pusterla del Guercio intestandola a sua moglie Beatrice.

Qualcuno crede che la pusterla Ludovica non abbia sostituito quella di Sant'Eufemia ma tutt'e due siano contemporaneamente esistite formando una doppietta della quale: la santa indirizzava verso Porta Tosa, la laica verso Porta Ticinese.

Il dubbio restava però senza soluzione e pusterla Ludovica avrebbe continuato a dominare il sito⁽¹⁶⁾ perché considerata

QUAE SUPER CETERAS PUSTERLAS EST
DECENTIORI OPERE FABRICATA
ET CLARIORI MARMORE



Pusterla Ludovica (op. cit.)

La costruzione consisteva in un unico fornice ogivale ricoperto da una bassa torre con due finestre. Sull'arco, stemma di Ludovico Sforza VI duca di Milano con questa iscrizione⁽¹⁷⁾:

MEDIOLANI DUCES
UT RELIGIOSUM ITER AD DEI MATRIS
ET CELSI AEDES COMPENDIO CIVIBUS SUIS
LUDOVICUS DUX MEDIOLANENSIS
PORTAM NOMINE SUO LUDOVICAM
CUM BEATRICE CONIUGE
APERUIT

Pare che Ludovico incaricasse Bramante di abbellire porte e pusterle cittadine fra le quali naturalmente anche e più di tutte proprio quest'ultima. Tuttavia per quanto prediletta dal duca, nei secoli successivi la pusterla invecchiava deperiva e impoveriva per noncurezza e per ripetute sottrazioni delle sue pregevoli decorazioni. Ridotta a catapecchia, nel 1827 subiva la condanna alla distruzione.

Dopo pusterla Ludovica e prima di Porta Ticinese, c'era la pusterla di San Lorenzo dalla quale partiva la strada diretta a San Michele. Quando nel 1171 si costruiva l'opera idraulica chiamata *chiusa* con la quale si regolava il livello dell'acqua nei diversi canali di città, la pusterla cambiava denominazione da San Lorenzo a pusterla della Chiusa. Mentre prima consisteva in una semplice arca con sopra la solita torre, finita la costruzione della chiusa (che poi consisteva in una saracinesca che secondo necessità sbarrava il corso dell'acqua) le veniva fabbricata vicino una torre difensiva a protezione del centro regolatore delle acque cittadine. In seguito la torre idroprotettiva sarebbe stata chiamata *torre dell'Imperatore*, con riferimento probabile a Emanuele imperatore di Bisanzio, finanziatore delle fortificazioni milanesi seguite ai disastri provocati dal Barbarossa⁽¹⁸⁾.

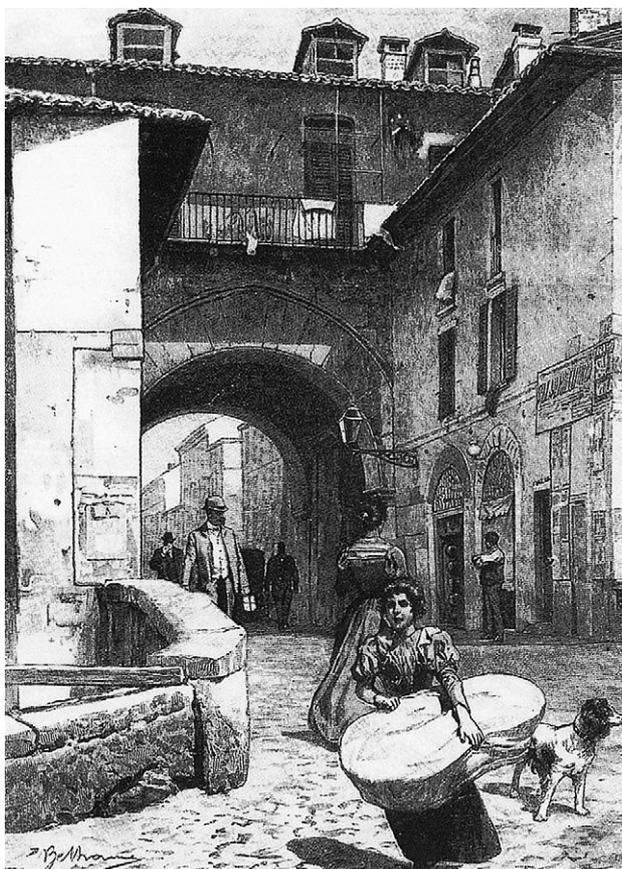
Superata Porta Ticinese, lungo la cinta muraria medioevale si arrivava alla pusterla dei Fabbri o delle Fabbriche, fra tutte le pusterle la più ricca di storie, a cominciare da quelle riguardanti la successione delle sue denominazioni⁽¹⁹⁾.

La prima denominazione infatti, risalirebbe all'epoca romana. A quel tempo la pusterla si sarebbe chiamata *Fabia* in onore di Quinto Fabio Massimo detto *cunctator*, celebre avversario del carta-

ginese Annibale. Da notare che la storia ricorda Fabio come temporeggiatore, ma in realtà era un esitante, atteggiamento che i meneghini, più smalizati, non avrebbero esitato a definire *pedocca ciappatemp*. Forse è stato il primo stratega a trasformare la guerra in guerriglia, tecnica militare oggi di moda.

Altri invece del *cunctator*, nella pusterla preferivano ricordare i sacerdoti *Fabi* depositari del culto di Giove con relativo tempio dalle parti dell'odierna basilica di San Vincenzo in Prato. Altri ancora insistevano sul Fabio adducendo che, secondo un documento cartaceo, la pusterla si trovava *ad cassinam quae dicuntur "de Fabis"*. A favore di questo documento ne esisteva un altro che citava un *vicus fabrorum* nominato in una iscrizione dei Fabi scoperta nella citata basilica in Prato.

Dopo l'ultima attestazione di *Pusterla dei Fabi* nel 1221, si tentava di dissociare Fabio Massimo, e discendenti più o meno autentici, dalla nostra



Pusterla dei Fabbri (op. cit.)

pusterla. Macché, anche se chiamata *Pusterla delle Fave* o addirittura *dei Favregghi*, il riferimento doveva essere sempre rivolto a Fabio e alla sua secolare famiglia milanese. La stessa connessione doveva resistere oltre il Cinquecento, anche quando la pusterla si accollava Santa Caterina, protettrice di un'omonima confraternita con sede sull'angolo della contrada San Simone con quella di San Pietro in Camminadella. E solo più tardi, liberata da ogni reminiscenza storica o fasulla, si sarebbe chiamata, fino al Novecento, pusterla dei Fabbri; tanto più che nella contrada con questo nome si erano aperte numerose botteghe di fabbro-ferraio costrette, per il loro lavoro rumoroso polveroso e senza orari, a stare il più possibile lontano dall'abitato e vicino alla Cerchia dei Navigli.

Come testimonianze contemporanee ricordano, la pusterla dei Fabbri era stata costruita nel Trecento insieme alle mura medioevali volute da Azzone Visconti. Consisteva in una sola arcata ricoperta dalla solita torre quadrangolare. L'arcata di entrata aveva dimensioni diverse da quelle dell'arcata di uscita in modo da formare un imbuto. L'imbuto era lungo più di dieci metri.

Quando le mura medioevali venivano abbattute, la pusterla restava intatta, schiacciata però tra le case di abitazione costruitele addosso e finanche in cima. In cima, le porte-finestre della neocostruzione posticcia erano collegate tra loro da una balconata corrispondente alla *ringhera* delle prime case popolari del Settecento. È infatti probabile che sulla balconata della pusterla gli abitanti si affacciassero per godere, specialmente d'estate, il va e vieni di cristiani animali derrate e carriaggi di ogni genere.

Nel Medioevo, sull'arcata in uscita dalla città, tra le lettere HAS a sinistra e TA a destra, c'era una scultura che si diceva romana. Configurata a testa turrita di giovane, si credeva rappresentasse Imeneo. E poiché Imeneo era una divinità che presiedeva alle nozze, dopo la cerimonia del matrimonio gli sposini andavano a offrirgli doni per propiziarselo.

L'usanza trovava spiegazione nella mitologia dove si racconta che Imeneo, giovinetto di rara bellezza con fattezze delicate da sembrare una fanciulla, insieme alla sua e altre ragazze della città (Atene?) veniva rapito da corsari, imbarcato e spedito verso ignota destinazione.

Durante la traversata, in occasione di sosta notturna in isola sconosciuta, Imeneo faceva fuori i rapitori colti nel sonno, ottenendo poi dalle ragazze rapite con lui di ritornare a casa da solo per concludere importanti trattative. Tornato a casa, infatti, dai genitori della sua ragazza avrebbe strappato il consenso al suo matrimonio con lei; dai genitori della sua e delle altre ragazze prigioniere nell'isola, avrebbe ottenuto in cambio l'approvazione plebiscitaria di riportarle tutte a casa. Finale: Imeneo realizzava il suo sogno nuziale, ricomponeva l'integrità delle famiglie e, baciato dalla fama, diventava il dio protettore dei matrimoni.

L'usanza però, seppur trasformata in tradizione di secoli, non trovava giustificazione nel Cinquecento. Miscela infatti di poco sacro e tanto profano, a San Carlo sembrava sconveniente che dopo rito religioso benedetto in chiesa seguisse pellegrinaggio a pusterla per offrir doni a divinità pagana. E così le onoranze postmatrimoniali a Imeneo si troncavano per sempre.

Miglior sorte non subiva anni dopo anche la testa turrita di Imeneo con a fianco le lettere misteriose HAS TA. Abbattuta infatti la pusterla con le case attorno, la scultura sarebbe finita alla Pinacoteca Ambrosiana dove, insieme alle lettere, sarebbe stata interpretata simbolo della città di Asti.

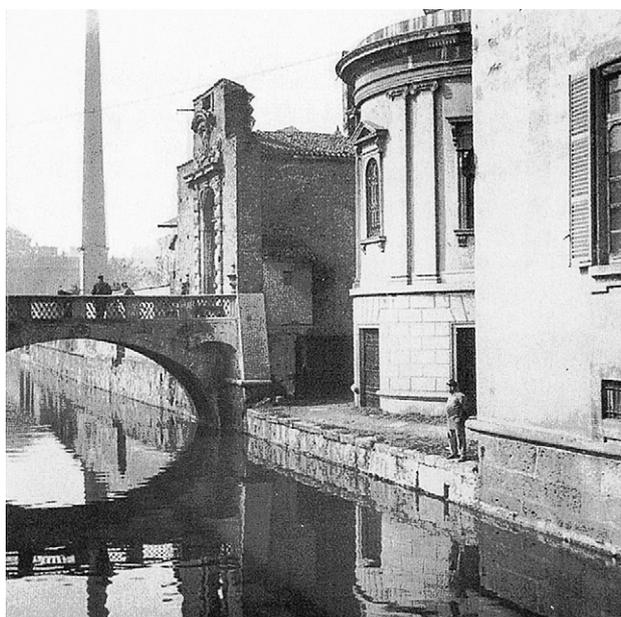
A proposito di Asti, vale la pena ricordare che nel 1378 Gian Galeazzo Visconti l'aveva conquistata esautorando il legittimo proprietario Conte di Savoia e costringendolo *ipso facto* a conferirgli la carica di Governatore della città⁽²⁰⁾.

Nel 1877, dopo aver nominato commissioni, ascoltato pareri e studiato rapporti, il Comune di Milano entrava in fase di *tira e molla* circa l'eventuale demolizione della pusterla dei Fabbri o della Fabbrica. Metà dei risultati infatti conduceva alla demolizione, l'altra metà conduceva alla conservazione; nessuno decideva in proposito e tutti tiravano in lungo. Nel 1884 per esempio, la Società Storica Lombarda propendeva energicamente per la conservazione dell'*Arco dei Fabbri*, ultimo esempio delle nove o dieci pusterle che, nelle mura della Città, si interponevano alle sei porte maggiori. Dopo altri tredici anni, il 6 marzo del 1900 la discussione proseguiva animatamente in Giunta. Qui lo *scapigliato* pittore Luigi Conco-

ni (1852-1917) si batteva contro la demolizione della pusterla definita dagli avversari *cumulo di macerie pur conservando linee semplici ed eleganti*. Di questo passo, ribatteva il Conconi, si sarebbe potuto sia frantumare tutti i vasi etruschi in circolazione perché di linee semplici sia smontare le piramidi nel deserto perché di linee semplici e d'ingombro al traffico. Al Conconi si univa un quotidiano cittadino che, sapendo il guadagno di diecimila lire in caso di demolizione, si domandava se non fosse il caso di proporre qualche pezzo di Duomo ai musei di Londra, conosciuti per ottimi intenditori e generosi dispensatori di quattrini per l'acquisto di autentiche antichità. Tutto però si concludeva nei primi anni del Novecento con tanto di delibera che condannava la pusterla alla soppressione. Poco tempo dopo, la soppressione veniva eseguita accompagnata dalla distribuzione dei pezzi di valore anziché ai musei di Londra, a quelli casalinghi del Castello Sforzesco⁽²¹⁾.

Infine le pusterle del Bottonuto e di Santo Stefano.

Vengono per ultime perché sono le meno documentate. Difatti salvo qualche cenno di cronaca e senza alcuna iconografia, se ne potrebbe mettere

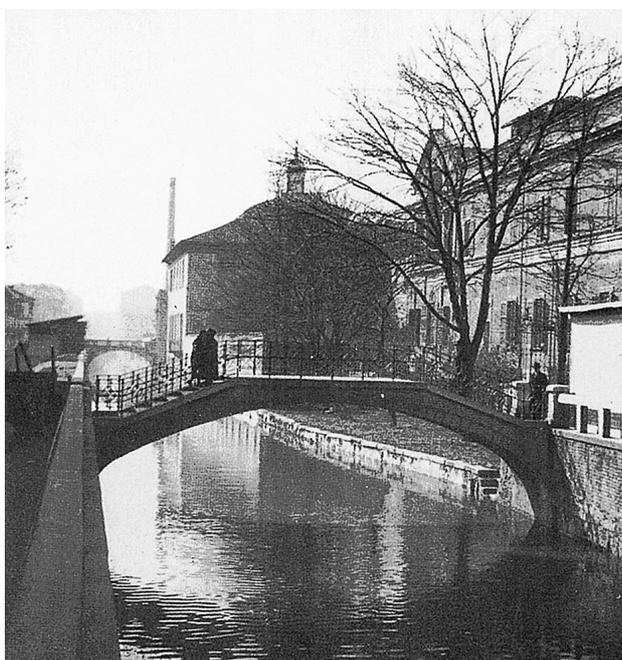


Ponticello dei poveri (dell'Ospedale Maggiore) in corrispondenza del quale c'era probabilmente la pusterla del Bottonuto (da Chierichetti A.: "Itinerario nostalgico alla riscoperta del Naviglio". Ottica Chierichetti Ed., Milano 1974).

in dubbio anche l'esistenza. Tuttavia se ne parla in appendice, perché se proprio fossero pusterle dell'immaginazione, sarebbero in ogni modo accompagnate da un sospiro di poesia.

Queste le notizie striminzite dello storico Giorgio Giulini (1717-1780) secondo il quale ⁽²²⁾ *Bottonuto* deriverebbe da *Pons Necis*, *Pont nugo*, *Butinugo*, *Botunugo*, *Botonuto*, nucleo abitativo che, nella parte centrale di Porta Romana, aveva una strada. Questa, con ponte costruito sulla fognatura che incrociava, si dirigeva alle mura cittadine fuoriuscendone da una pusterla con buona probabilità corrispondente, secoli dopo, alla porticina dell'Ospedale Maggiore con il ponticello sul Naviglio chiamata *Porta o Uscita dei poveri* trasferiti al cosiddetto cimitero (*Foppone*) della Besana. Quando il nostro Ospedale non esisteva, la strada del Bottonuto continuava dopo la pusterla col ponticello fino a raggiungere la chiesa di San Barnaba.

Nel Novecento, vedendolo scorrere nottetempo sotto il ponte nel tratto compreso fra la *Mortuaria* da un lato e l'*Accettazione* ospitaliera dall'altro, il Naviglio era perfino tragico: *con quei fanali rossi della Guardia... che si riflettevano – striscia sanguigna – nell'acqua nera...* In una di quelle notti,



Ponticello che, dopo quello *dei poveri*, si trovava adiacente al Laghetto e in probabile corrispondenza della pusterla Santo Stefano (*op. cit.*)

appoggiato al parapetto di pietra e guardando in giù, il poeta Delio Tessa (1886-1939) ha sognato o gli è parso di sognare che *il vecchio Naviglio, giunto ormai alla sua ultima ora* (prima di essere prosciugato e trasformato in strada di scorrimento) fosse *destato di soprassalto da un'autolettiga in arrivo e dicesse* ⁽²³⁾:

*Essus, quella trombetta! Nanca pu
Sul fà della mattina poss dormì!
D'ora in ora l'è chì – come ona sveja!
Me seri giust carpiiaa, voltaa via
Penna a penna on'ideja
E trach, quella trombetta besiosa!*

Tutti possono capire le lamentele del Naviglio, ma nessuno meglio dei medici che hanno prestato e tuttora prestano servizio nel Pronto Soccorso del Policlinico di via Sforza.

Sempre secondo lo storico Giulini ⁽²⁴⁾, ecco le altre notizie riguardanti la pusterla di Santo Stefano. *Quantunque sul fossato (naviglio) non resti più indizio alcuno, abbiamo una carta del 1220, ove si tratta chiaramente di essa. La chiesa di San Barnaba era nel brolo; anzi ella è appunto vicino alla Commenda de' Cavalieri di Malta, dove anticamente v'era la casa dei Templari, la loro chiesa di Ognissanti e l'alloggio dell'imperatore Federico.* La pusterla di Santo Stefano metteva nel brolo di San Barnaba e aveva un ponticello poco lontano o quasi sul Laghetto che, prima di essere prosciugato, era descritto dall'Antonini con i seguenti versi ⁽²⁵⁾:

*El navili, li apos, de nascondon,
Slargandes el formava on laghettin,
Con l'acqua ferma come in d'on cadin,
E intorna on suss acquerellaa de ton.*

*De la Cà Granda sott' ai finestron.
A l'ombra che sorrid dai baltreschin,
El trusciava sui riv el brao tencin
Descaregand barcon sora barcon.*

*Quij barcon che, travers el pontesell,
Portaven a Milan, col marmo rosa,
La carbonella per pizzà el fornell.*

*Lì la trusciada mai la se riposa
De dì e de nott, e in mezz a on mond aлегher
Gh'è ona stramba armonia de rosa e negher.*

Con la rievocazione finale in versi milanesi, vien voglia di ripercorrere mentalmente tutta la cinta muraria cittadina per constatare che, pur senza molti cimeli, a Milano la mega come la piccola o la microstoria⁽²⁶⁾

*l'è scritta anmò in del coeur de tanta gent
che la gh'ha, oltre al coeur, anca memoria.*

Bibliografia

1 - Cherubini F.: *Vocabolario Milanese-Italiano*. Dall'Imperial Regia Stamperia. Milano 1839.

2 - Cognasso F.: *L'espansione milanese sotto Luchino Visconti in Storia di Milano*. Fondazione Treccani degli Alfieri, vol. V.

3 - Barni G.L.: *La lotta contro il Barbarossa*, in *Storia di Milano*. Fondazione Treccani degli Alfieri, vol. IV.

4 - *Op. cit.*

5 - Zanzottera F.: *Storia arte e tradizione*, in Crippa M.A. e Zanzottera F.: *Le Porte di Milano*. Strenna Istituto Gaetano Pini, Milano 1999.

6 - Come noto, il titolo *Conte di Virtù* Gian Galeazzo Visconti l'aveva acquisito non perché fosse virtuoso, ma perché avendo sposato (forzatamente) Isabella di Valois, figlia di Giovanni re di Francia, la principessa si era portata in dote la contea *deVertus*.

7 - Giulini G.: riportato da Zanzottera F., *op. cit.*

8 - Bevacqua V.: *Milano a sorpresa. VII*. Rivista la ca'granda, Milano 2003, N°3.

9 - Giulini G.: riportato da Zanzottera F., *op. cit.*

10 - Antonini A.M.: *San Marc in Quaderni dell'Accademia del Dialetto Milanese*. N° 1, 1979-1981. Lativa Ed., Milano 1981. *Porta Beatris* in *Per le vie della vecchia Milano*. Virgilio Ed., Milano 1978.

11 - Zanzottera F.: *op. cit.*

12 - Latuada S.: *Descrizione di Milano ornata di molti disegni dele Fabbriche più cospicue che si trovano in questa Metropoli*. in *Milano*, MDCCXXXVII, tomo I.

13 - Giulini G.: riportato da Zanzottera F.: *op. cit.*

14 - Ferrini G.: riportato da Zanzottera F.: *op. cit.*

15 - De Albertis E.: riportato da Zanzottera F.: *op. cit.*

16 - Fiamma G.: riportato da Zanzottera F.: *op. cit.* Traduzione: quella costruita più accuratamente delle altre pusterle e con il marmo più pregiato.

17 - Zanzottera F.: *op. cit.* Traduzione: I duchi di Milano / per abbreviare ai loro cittadini il devoto percorso alle chiese della Madre di Dio e di San Celso / Ludovico duca di Milano / questa porta chiamata Ludovica / insieme sua moglie Beatrice / aprì.

18 - *Op. cit.*

19 - *Op. cit.*

20 - Cognasso F.: *op. cit.*

21 - Zanzottera F.: *op. cit.*

22 - Giulini G.: riportato da Zanzottera F.: *op. cit.*

23 - Tessa D.: *Ore di città. Evocazione*. Einaudi Ed., Torino 1988. Traduzione: Gesù Gesù, quella trombetta! Neanche sul far del mattino posso dormire! D'ora in ora è lì come una sveglia! Mi ero giusto addormentato, appena appena un tantino... e tracchete, quella trombetta rompiscatole!

24 - Giulini G.: riportato da Zanzottera F.: *op. cit.*

25 - Antonini A.M.: *op. cit.* Traduzione: Il Naviglio lì dietro, quasi nascosto / si allargava formando un piccolo lago / con l'acqua ferma come in un catino / e tutto intorno c'era un movimento dai toni svariati e coloriti. / Da sotto i finestroni della Ca'Granda / all'ombra sorridente dei poggiosi / il bravo tencin (ragazzino con la faccia sporca) sulle rive si affannava / a scaricare berconi su barconi. / Quei barconi che attraverso il ponticello / portavano a Milano col marmo rosa, / anche la carbonella per accendere il fuoco. / E lì l'affaccendarsi non aveva sosta / né di giorno né di notte e in mezzo a un mondo allegro / c'era una strana armonia di rosa e nero.

26 - *Op. cit.* Traduzione: La storia... è scritta ancora nel cuore di tanta gente / che ha, oltre al cuore, anche memoria.

Notiziario

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

Un pensiero, un ricordo, un invito che ritorna, nel mese dedicato alle persone che non sono più fra noi: invito che davvero vorremmo accolto con più estesa e riconoscente partecipazione.

Il 22 novembre una santa Messa è stata concelebrata dal vicario parrocchiale don Daniele Grassi e dal rettore vicario mons. Pietro Cresseri nell'antica chiesa dell'Annunciata.

Riportiamo qui l'omelia del Celebrante:

«Le letture che accompagnano questo nostro ritrovarci di stasera sono quelle del martedì della seconda settimana di Avvento: entrambe, sia l'Apocalisse sia il Vangelo, parlano di una fine, una conclusione. Nell'Apocalisse i due angeli che portano la falce e procedono l'uno alla mietitura, l'altro alla vendemmia, indicano che qualcosa è giunto a maturazione e va quindi colto e vagliato. Il vangelo ci presenta l'inizio di un discorso di Gesù sulla fine dei tempi e sulla necessità della testimonianza per i discepoli, ed esordisce con la profezia della distruzione del tempio di Gerusalemme. L'evangelista Luca, che scrive circa nell'80 dopo Cristo, ha in mente bene quello che descrive,

perché nel 70 ha assistito al saccheggio e alla distruzione di Gerusalemme ad opera del generale romano Tito, divenuto poi imperatore; in quella circostanza il tempio è stato incendiato e di esso non è rimasta che quella muraglia tuttora esistente e chiamata "Muro del Pianto".

Anche qui al Policlinico, nei giorni scorsi, abbiamo assistito a una conclusione, a una distruzione, seppure in circostanze non drammatiche come quelle descritte dal Vangelo. Infatti è stato interamente demolito il padiglione Monteggia, risalente, per le sue parti più antiche, al 1928. Al culmine della sua attività, nei primi anni '60 l'edificio poteva accogliere 156 malati, disposti su quattro piani, e ospitava le specialità chirurgiche più rinomate. Anche la sua caratteristica forma a V molto allargata non poteva sfuggire al visitatore che percorreva la strada tra i padiglioni Granelli e Sacco e si trovava di fronte l'ampia mole del nostro edificio. Tuttavia le esigenze attuali hanno imposto la demolizione dell'attuale costruzione che verrà sostituita da un moderno monoblocco.

Però, dobbiamo dire, sono state distrutte le pietre e i muri, non è stata cancellata la chirurgia. Il patrimonio di conoscenze e specializzazioni che è stato acquisito nei lunghi anni di attività del reparto non è andato per-

duto; ciò che i grandi chirurghi hanno trasmesso è rimasto, cosicché coloro che hanno appreso al Monteggia l'arte chirurgica attualmente la esercitano in altri reparti o in altri ospedali. Dunque cadono i muri, non le persone e le loro grandi azioni. Così anche Gesù, dopo aver preannunciato la distruzione del tempio di Gerusalemme, dà istruzioni ai suoi discepoli perché la loro attività continui, anche se non mancheranno persecuzioni, tradimenti, tentazioni e inganni. Occorre la perseveranza. Allora si potrà essere salvi, pur nello sfacelo di tutte le cose.

Questa sera noi siamo qui a onorare coloro che con perseveranza hanno operato a favore del nostro Ospedale: benefattori, amministratori, visitatori, volontari e dipendenti, perché sicuramente ciò che essi hanno compiuto è rimasto e non potrà essere cancellato dalla memoria. Certo, la situazione logistica del nostro ambiente è molto mutata dal 1456 a oggi: la demolizione del Monteggia è stato solo l'ultimo atto di una serie di trasformazioni, la principale delle quali è stata, come sappiamo, il trasferimento dell'Ospedale dalla sede storica in cui si era insediato ai padiglioni sorti progressivamente al di là del Naviglio. Sappiamo che gli ospedali sorti su iniziativa del nostro: Niguarda, San Carlo e Sesto San Giovanni, si sono

resi indipendenti e percorrono la loro strada in modo autonomo. Quest'anno è sorta la Fondazione che coordina le attività del Policlinico e degli edifici che fino all'anno scorso anno facevano parte degli Istituti Clinici di Perfezionamento. Non è cessato però l'afflusso dei malati e quindi non sono venute meno l'assistenza e la cura; anche queste in forma diversa, con degenze più brevi rispetto a qualche anno fa, con l'uso di strumenti diagnostici e terapeutici sempre più progrediti e raffinati. Ma a operare in un diverso contesto ambientale e con tecniche diverse ci sono sempre persone, così come a garantire il funzionamento dell'ambiente ospedaliero con tutte le esigenze che esso comporta non ci sono soltanto macchine, computer sempre più moderni; l'Ospedale ha bisogno, oggi come quando è sorto, di persone affezionate al proprio lavoro, disponibili alla collaborazione, sensibili alle esigenze globali della persona malata, quindi attente a favorire una sempre maggiore umanizzazione dei nostri ambienti.

Oggi siamo qui a elevare preghiere di suffragio per benefattori, amministratori, visitatori, volontari e dipendenti defunti, ma la nostra orazione diventa anche invocazione perché ci siano uomini e donne veramente appassionati al lavoro della Fondazione, onesti e capaci, perché il nostro complesso ospedaliero possa sempre essere considerato un'oasi di buona salute al centro della città.»

Ci uniamo al pensiero conclusivo di don Daniele, convinti che nella preghiera e nel ricordo fermarci sull'operato e sui meriti di quanti ci hanno lasciato è in un certo modo ringraziarli e farli rivivere fra noi.

Partecipi alla Messa rappresentanze della nostra comunità.

Hanno accompagnato la celebrazione le suore del gruppo cantori dell'Ospedale Maggiore diretto dal maestro Ennio Brugola.

Collaboratori che hanno lasciato il servizio nell'anno 2005

Dott. Andrea Agliardi (dirigente medico chirurgo pediatra - Istituti Clinici di perfezionamento); *Maria Balestrieri* (tecnico di laboratorio biomedico - Ospedale Maggiore); *Cesarina Baruffaldi* (tecnico di radiologia medica - ICP); *Lionello Bonomelli* (ausiliario specializzato - ICP); *Lucia Bossi* (infermiera generica esperta - ICP); *dott.ssa Paola Brina* (dirigente medico anestesista - ICP); *Giuseppina Cabrini* (assistente amministrativo - ICP); *dott. Giovanni Cambiaghi* (dirigente medico internista - ICP); *Antonio Capobianco* (infermiere generico - O.M.); *Antonio Capoferri* (infermiere generico - O.M.); *Antonietta Cossu* (operatore socio sanitario - ICP); *Bruno Cuccuru* (infermiere generico - O.M.); *Marilena Delvò* (infermiera professionale - O.M.); *Pasquale D'Eugenio* (operatore tecnico - ICP); *dott.ssa Eva Gellmann* (dirigente medico internista - ICP); *Francesco Ghizzoni* (operatore tecnico - ICP); *Maria Graziella Giacomina* (ausiliaria specializzata - O.M.); *Nella Giovannini* (logopedista - O.M.); *Rocco Grossi* (operatore tecnico - ICP); *Virginia Maggioni* (collaboratore amministrativo - O.M.); *Viorica Marici* (coadiutore amministrativo - ICP); *Abramo Marrandino* (collaboratore amministrativo professionale esperto - ICP); *Teresa Marrazzo* (infermiera generica

ca esperta - ICP); *Daniele Meregalli* (operatore tecnico - ICP); *Alba Migliavacca* (coadiutore amministrativo - O.M.); *Floretta Moiso* (infermiera professionale - ICP); *Luciana Molinari* (tecnico di radiologia medica - O.M.); *Giovanna Moretti* (capo sala - ICP); *Mariangela Muroi* (infermiera professionale - O.M.); *Franco Nardoni* (operatore tecnico - ICP); *dott. Rodolfo Perondi* (dirigente medico cardiologo - O.M.); *Giuseppe Pirro* (operatore tecnico impiantista - O.M.); *dott. Emilio Rivolta* (dirigente medico nefrologo - O.M.); *Gloria Roma* (operatore tecnico - O.M.); *Patrizia Rubino* (infermiera professionale - O.M.); *dott.ssa Susanna Rumeltt* (dirigente medico oftalmologo - ICP); *dott. Enrico Scrazatti* (dirigente medico patologo - ICP); *Antonio Senatore* (operatore tecnico - O.M.); *prof. Demetrio Spinelli* (primario oftalmologo - ICP); *Sperantina Tromba* (infermiera generica - ICP).

Per non dimenticarli

Alcune gravi perdite hanno colpito quest'anno la nostra comunità ospedaliera.

Ci hanno lasciato il dott. *Giovanni Gasparini*, dirigente medico dermatologo, il dott. *Eugenio Reschini*, dirigente medico presso l'unità operativa di medicina nucleare; la capo sala *Ornella Senatore* e l'infermiere generico *Adriano Vismara* dell'Ospedale Maggiore; il dott. *Mauro Gioventù* degli Istituti Clinici di perfezionamento.

La Ca' Granda è vicina alle famiglie con sincera partecipazione.

Cronache amministrative

quarto trimestre 2005

*a cura del Consiglio di Amministrazione
e del Direttore generale della Fondazione IRCCS Ospedale
Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena*

Il Consiglio di Amministrazione della **Fondazione** ha, tra altro, adottato le seguenti deliberazioni:

a - direzione amministrativa

- approvazione dell'atto convenzionale con Fondazione Fiera Milano e cooptazione del componente designato.

b - unità operativa risorse umane

- trasformazione di posti d'organico;
- aggiornamento di qualifiche riferite a posti della pianta organica provvisoria a seguito di selezione interna di personale.

c - ufficio relazioni con il pubblico

- ricognizione e presa d'atto della presenza all'interno della Fondazione delle Associazioni di volontariato;
- ricognizione delle Associazioni o Enti con pari finalità, in rapporto di collaborazione con la Fondazione IRCCS e a supporto di studi e ricerche con finanziamenti, donazioni e assegnazioni di borse di studio.

d - unità operativa patrimonio

- cessione volontaria in procedura espropriativa, a favore del Comune di Magenta, di terreni necessari per la realizzazione di una pista ciclabile di collegamento con la frazione Ponte Vecchio;
- cessione volontaria in procedura espropriativa, a favore del Comune di Asola (Mn) di terreni necessari per la costruzione della nuova scuola media.

e - servizio Beni culturali

- convenzione di collaborazione scientifica tra la Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena e l'Università degli Studi di Milano per l'effettuazione di indagini diagnostiche e ricerche scientifiche sui Beni culturali della Fondazione.

Il Direttore generale della **Fondazione** ha, tra altro, adottato le seguenti determinazioni:

a - direzione amministrativa

- rinnovo della convenzione attiva con l'Agenzia delle Dogane – Direzione Regionale per la Lombardia per l'effettuazione del Servizio di medico competente, ai sensi del D.Lgs. n. 626/94;
- costituzione “Commissione acquisizione apparecchiature medico-scientifiche;
- riordino e ricollocazione archivio remoto delle cartelle cliniche della Fondazione presso la struttura annessa all'Abbazia di Mirasole;
- ridefinizione dell'assetto delle unità operative di psichiatria dell'Azienda ospedaliera Fatebenefratelli di Milano e della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena ai sensi della D.G.R. n. VII/13642 del 14.7.2003 - Proroga della convenzione con l'Azienda ospedaliera Fatebenefratelli di Milano fino al 31.12.2005;
- convenzione passiva con l'Azienda ospedaliera G. Salvini di Garbagnate Milanese per interventi di emergenza presso il Centro Medico Specialistico di Assistenza per i problemi della violenza sessuale alle donne e ai minori (Centro S.V.S.);
- donazione di un visualizer HV 560 XG della Ditta Novartis per l'Unità operativa Trapianto di Fegato e Polmone - Accettazione;
- convenzione tra la Regione Lombardia e la Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena di Milano per il funzionamento del Centro Regionale di Riferimento per le attività di prelievo e di trapianto di organi e di tessuti;
- conferma dell'efficacia della concessione al funzionamento presso la Fondazione del Centro di Collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità: quadriennio 2004-2008;
- programma regionale di collaborazione e sviluppo internazionale in ambito sanitario, gemellaggio con

l'Ospedale Manuel De Jesus Rivera "La Mascota" di Managua (Nicaragua): utilizzazione del finanziamento, liquidazione spese secondo semestre 2005, approvazione relazione finale;

- obiettivo di interesse regionale 2005 "Patologie cardiocerebrovascolari: interventi di prevenzione, diagnosi e cura": recepimento;
- copertura assicurativa dell'Ente - RCT/O II Rischio
- Presidio Mangiagalli e Regina Elena: determinazioni;
- coperture assicurative nel triennio 2006/2008: determinazioni.

b - unità operativa risorse umane

- unificazione attività cardiologia trasferita dall'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento con l'U.O. di ricovero cardiologico e unità di cure coronariche dell'ex IRCCS Ospedale Maggiore;
- selezione interna per la copertura di n. 135 posti di infermiere generico esperto - Cat. C - Approvazione dei verbali rassegnati dalla Commissione esaminatrice e conseguenti adempimenti;
- concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di n. 50 posti di collaboratore professionale sanitario - infermiere (cat. D) a tempo pieno. Nomina della Commissione esaminatrice;
- concorsi per assunzioni a tempo determinato di n. 4 medici presso varie UU.OO.;
- direttori di Dipartimenti Sanitari;
- richiesta di autorizzazione per la copertura di posti vari;
- immissione nella attività assistenziale del professore di I^a fascia Luigi Fedeli;
- immissione nell'attività assistenziale in regime di convenzione del professore di II^a fascia Stefano Bianchi presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia 2;
- affidamento della responsabilità del Servizio Controllo di Gestione e Programmazione al docente di I^a fascia prof. Francesco Auxilia;
- assunzioni a tempo determinato e indicazione di selezioni interne;
- determinazioni inerenti la copertura di posti vacanti in organico;
- assunzioni a tempo indeterminato di 6 dirigenti medici e selezioni interne per la copertura di posti relativi a vari profili;
- incarico di direttore di struttura complessa della unità operativa di chirurgia pediatrica al dott. Maurizio Torricelli.

c - direzione scientifica

- accettazione del contributo di Euro 50.000,00 messo a disposizione dall'industria farmaceutica Serono S.p.A. per l'esecuzione del progetto di ricerca "Follow-up di pazienti dopo criopreservazione del seme pre chemio-radioterapia per tumore" nell'ambito della procreazione medicalmente assistita sotto la responsabilità scientifica del dott. Guido Ragni - U.O. Ostetricia e Ginecologia III - Sterilità di coppia ed andrologia;
- conferimento di un incarico di collaborazione coordinata e continuativa nell'ambito del progetto "Malattie rare": identificazione della causa genetica della sordità. Applicazione sperimentale di un percorso clinico-diagnostico per le forme rare finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità - Responsabile Scientifico dott. Umberto Ambrosetti, alla dott.ssa Pierangela Castorina;
- progetto a concorso 2005 n. 23 cod. 533/04: "Correlazione dell'acidemia, effetti su funzione mitocondriale e sopravvivenza cellulare" - Responsabile prof. Luciano Gattinoni - Borsa di ricerca sul tema n. 1: attivazione dell'avviso di concorso;
- progetto a concorso 2005 n. 6 cod. 170/05: "Significato clinico-prognostico dei geni che codificano per le cicline del mieloma multiplo" - Responsabile dott. A. Neri - Borsa di ricerca sul tema n. 3: attivazione dell'avviso di concorso;
- ricerca corrente 2005 cod. 230/01: "Isolamento, caratterizzazione e applicazione in modelli sperimentali di cellule staminali primitive in origine neuronale ed ematopoietica per una terapia cellulomediata delle patologie del motoneurone" - Responsabile prof. Giacomo Comi: parziale utilizzo del finanziamento;
- ricerca corrente 2005 - Prog. Cod. 170/02 "Studio immunofenotipico e genetico-molecolare nel mieloma multiplo e nelle MGUS" - Responsabile prof. Luca Baldini: parziale utilizzo del finanziamento;
- programma nazionale di ricerca sull'AIDS: "Azione concertata per lo studio clinico di fase II per il trattamento del sarcoma di Kaposi classico con l'inibitore della proteasi di hiv Inidinvir" - Responsabile scientifico dott.ssa L. Brambilla: parziale utilizzo del finanziamento;
- convenzione n. CS 137 per lo svolgimento del programma di ricerca: "A bank of extensively characterized human stem cells suitable for in vitro studies and for therapeutic purposes. Acronym: stembank 2003"

nell'ambito del progetto dal titolo: "Programma nazionale sulle cellule staminali" proposto dall'Istituto Superiore di Sanità (finanziamento euro 2.300.000,00): istituzione di n. 8 borse di ricerca sui temi nn. da 16 a 23;

- ricerca finalizzata 2004: "Accoglienza e governance dell'urgenza: motivazione e partecipazione nella cura personalizzata" (convenzione n. 94) - Responsabile scientifico locale dott. P. Salvini: parziale utilizzo del finanziamento;

- progetto di ricerca integrata per la riparazione cellulare delle malattie del fegato invalidanti e il fegato artificiale assegnata dal Ministero della Salute - Responsabile scientifico dott. F. Bonino: istituzione di nn. 2 borse di ricerca sui temi nn. 2 e 3;

- progetti di ricerca vari e istituzione di borse di studio;

- ricerca corrente 2006 - Istituzione di nn. 56 borse di ricerca;

- finanziamento per studi e ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti e degli embrioni orfani da parte del Centro Trasfusionale e Immunologia dei Trapianti assegnato dal Ministero della Salute (D.M. 4 agosto 2004) - Responsabile Scientifico locale dott. Paolo Rebullà: assegnazione di una borsa di ricerca sul tema n. 2;

- assegnazione di n. 214 borse di studio di ricerca;

- collaborazioni varie e conferimento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa nell'ambito dei progetti tra i quali:

- collaborazione della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena al progetto di ricerca finalizzata 2004: "Trapianto di cellule staminali emopoietiche e mesenchimali per scopi di terapia cellulare sostitutiva, riparativa e rigenerativa" - Convenzione n. 120 - assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Policlinico San Matteo;

- collaborazione della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena al progetto di ricerca finalizzata 2004: "Approcci innovativi per l'introduzione di tolleranza al trapianto di cellule staminali emopoietiche" - Convenzione n. 122 - assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor;

- progetti di ricerca vari e conferimento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa nell'ambito di progetti;

- incarichi di ricerca vari nell'ambito dei progetti e di collaborazione coordinata e continuativa;

- accettazione del contributo di Euro 50.000,00 messo a disposizione dall'Industria Farmaceutica Serono S.p.A. per l'esecuzione del progetto di ricerca "follow-up di pazienti dopo criopreservazione della procreazione medicalmente assistita sotto la responsabilità scientifica del dott. Guido Ragni - Unità operativa Ostetricia e Ginecologia III - Sterilità di coppia ed andrologia.

d - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi

- gara mediante pubblico incanto per l'affidamento dei servizi di progettazione preliminare, definitiva e direzione lavori per il successivo affidamento ai sensi dell'art. 19, comma 1, lett. B) della L. 109/94 (appalto integrato) per la realizzazione della sede dell'Istituto Nazionale Genetica Molecolare presso il Padiglione "Romeo Invernizzi ed Enrica Pessina" (ex Convitto Infermiere): aggiudicazione e approvazione del disciplinare di incarico.

e - unità operativa approvvigionamenti

- progetto n. CS 137 - Acquisto di n. 4 centrifughe refrigerate per il Centro Trasfusionale e Immunologia dei Trapianti - Pad. Marangoni: aggiudicazione;

- trattativa privata diretta per la fornitura "in service" di un sistema per estrazione automatica di DNA (da sangue periferico o tessuti) per tipizzazione genomica HLA su donatori e riceventi di organi e tessuti, comprendente l'apparecchiatura in uso, unitamente agli accessori, i relativi reagenti e tutti i materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso: aggiudicazione;

- indizione trattative private per l'acquisizione di uno stimolatore per ionoforesi da installare presso il Laboratorio di patologia clinica - Clinica del Lavoro Devoto e di una bilancia analitica da installare presso il Centro Fibrosi Cistica - Clinica De Marchi mediante l'utilizzo dei fondi stanziati dalla Giunta Regionale della Lombardia al Centro di riferimento regionale per la fibrosi cistica;

- licitazione privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per l'esecuzione di tipizzazioni eritrocitarie da utilizzarsi nel Laboratorio di Immunoematologia dell'U.O. Centro Trasfusionale

e di Immunologia dei Trapianti comprendente i relativi reagenti gli accessori materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, sino al 31.12.2007: aggiudicazione definitiva;

- acquisto a seguito di trattativa privata diretta, di un videogastroscoPIO originale Pentax da installare presso l'U.O. Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso;

- licitazione privata per l'acquisizione di n. 6 ecotomografi da installare in reparti diversi dell'Ospedale Maggiore Policlinico: aggiudicazione;

- licitazione privata per l'acquisizione di n. 1 diagnostica polifunzionale digitale e n. 1 diagnostica ossa-toraci tradizionale da installare presso la radiologia del padiglione Zonda: aggiudicazione;

- licitazione privata per l'acquisizione di una Tac Multislice di ultima generazione da installare presso la radiologia del Padiglione Zonda: aggiudicazione.

f - unità operativa funzioni tecniche

- affidamento dell'attività di verifica e validazione del progetto esecutivo relativo alla realizzazione dell'intervento di ricostruzione del Padiglione Monteggia dell'Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena;

- appalto per "demolizione, scavi e formazione paratie e piano di fondazione" del Padiglione Monteggia dell'Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena – Autorizzazione al subappalto.

g - ufficio marketing sanitario

- progetto di ricerca: "Studi e ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti e degli embrioni orfani", presso l'U.O. Sterilità di Coppia ed Andrologia.

h - direzione medica di presidio

- istituzione del Comitato Qualità e Sicurezza della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena;

- estensione del progetto di certificazione secondo la normativa UNI EN ISO 9001:2000 alla Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena.

i - ufficio relazioni con il pubblico

- ricognizione nucleo permanente carta dei servizi.

l - unità operativa patrimonio

- indizione di aste pubbliche per l'alienazione di cespiti per un totale base di asta di Euro 3.270.000.

m - servizio Beni culturali

- accettazione del dono di altare e fonte battesimale per la chiesa dell'Annunciata dell'Ospedale;

- conclusione e approvazione del catalogo delle opere d'arte realizzato dalla Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano;

- interventi urgenti di restauro su cornici di dipinti dell'Ospedale Maggiore di Milano nell'anno 2005.

n - unità operativa sistemi informativi e informatici

- trattativa privata diretta per la fornitura di servizi per l'aggiornamento tecnologico del sistema informatico di Accettazione e Prenotazione delle prestazioni (ADT/CUP) della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena;

- decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003: determinazioni;

- servizi di assistenza ordinaria e specialistica del sistema informatico di accettazione-cup del presidio Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS - Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena per il primo semestre 2006;

- servizi di assistenza ordinaria e specialistica del sistema Triage di bancone del pronto soccorso per l'anno 2006 della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena;

- progetto Carta Regionale Sanitaria - Sistema informatico strutture sanitarie (CRS-SISS), recepimento approvazione documento di progetto e primi adempimenti di inizio lavori.

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

Indice generale dell'annata 2005

per autore

Bevacqua, Vincenzo

Peste manzoniana e “Madonna di tencitt”

fascicolo 1 – pagg. 29-36 (ill.)

Due Crocette

fascicolo 3 – pagg. 23-27 (ill.)

Pusterla e pusterle

fascicolo 4 – pagg. 36-44 (ill.)

Bonino, Ferruccio

La Festa del Perdono – Ricovero e cura: missione istituzionale e di ricerca

fascicolo 2 – pagg. 38-40

Più cultura di base per una tecnologia al servizio dell'uomo

fascicolo 4 – pagg. 6-7

Bottardi, Simonetta

Mediazione e clinica: una relazione possibile

fascicolo 4 – pagg. 13-16

Bressan, Edoardo

La Festa del Perdono – Vita religiosa e assistenza nella storia della Ca' Granda

fascicolo 2 – pagg. 36-37

Bressan, Livio

Malattia di Parkinson. La voce del parkinsoniano può migliorare grazie alla Cantoterapia?

fascicolo 4 – pagg. 31-34

Cassinelli, Daniele

Arte sacra ritrovata

fascicolo 3 – pagg. 39-42 (ill.)

Cenedella, Cristina

Tra arte e moda: seconda indagine curiosa tra i dipinti dell'Ospedale Maggiore e del Pio Albergo Trivulzio

fascicolo 3 – pagg. 28-31 (ill.)

Cosmacini, Giorgio

La Festa del Perdono – Fundatio Hospitalis Magni: la rinascita ospedaliera

fascicolo 2 – pagg. 34-35

Obesità, consumi di lusso e stili alimentari nella storia

fascicolo 3 – pagg. 6-8 (ill.)

Cremonese, Antonella

Il silenzio

fascicolo 1 – pagg. 27-28 (ill.)

La convivenza

fascicolo 3 – pagg. 34-35

Dal Sasso, Giancarlo

Riscoprire la dignità della persona umana

fascicolo 1 – pagg. 21-25

Etica, diritto, economia in sanità

fascicolo 4 – pagg. 23-30

Decleva, Enrico

La Festa del Perdono – Il saluto del Rettore dell'Università degli Studi

fascicolo 2 – pagg. 9-10

De Monticelli, Roberta

Unità biologica e individualità

fascicolo 2 – pagg. 43-45

Eulisse, Francesca

Il 2005 anno internazionale della Fisica

fascicolo 2 – pagg. 53-56 (ill.)

Eulisse, Giuseppe

Il 2005 anno internazionale della Fisica

fascicolo 2 – pagg. 53-56 (ill.)

Fagnani, Enrico

Bentornata Audiologia

fascicolo 1 – pagg. 11-13

Fenyves, Alessandro

Sanità e managerialità per l'Ospedale Maggiore. Un incontro ben riuscito

fascicolo 4 – pagg. 35

Finzi, Andrea

Il “buonsenso” ha ancora senso? Riflessioni di un cardiologo

fascicolo 2 – pagg. 47-52

Fiorista, Francesco

La medicina alle soglie del terzo millennio: ma è cambiato l'uomo?

fascicolo 3 – pagg. 15-20

Franzini, Piero

Dal passato – Quello che la scienza sa di non sapere

fascicolo 1 – pagg. 49-52

Dal passato – L'impegno autodidattico del medico

fascicolo 3 – pagg. 47-49

Fumarola, Giuseppe

Lo spazio pubblico – La “piazza” ieri e oggi

fascicolo 1 – pagg. 40-44 (ill.)

Galimberti, Paolo M.

L'Ospedale Maggiore partecipa alla mostra in Giappone “Milan:

The Splendor of a Great City”

fascicolo 3 – pagg. 36-38 (ill.)

Ghislandi, Enrico

Curare l'ammalato, non curare solo la malattia

fascicolo 1 – pagg. 14-15 (ill.)

Lerma, Milena

A.Ferrari, S.Marelli (a cura di): Il Big Bang della povertà.

Obiettivi del Millennio: promesse non mantenute (rec.)

fascicolo 2 – pagg. 57-59

Lotito, Piero

L'edicola, libreria di quartiere affollata come un supermercato

fascicolo 3 – pagg. 21-22 (ill.)

Maiocchi, Giuseppe

Efficacia e sicurezza dei farmaci e prodotti salutistici: un po' di chiarezza sui termini

fascicolo 3 – pagg. 9-14 (ill.)

Maiocchi, Paola

Nel mondo dell'infermiera. Lavorare lontano. Intervista di Alvisè Mamprin

fascicolo 4 – pagg. 2-5

Mamprin, Alvisè

La Fondazione FieraMilano entra nella Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena. Intervista a Luigi Roth e a Carlo Tognoli

fascicolo 3 – pagg. 2-5

Nel mondo dell'infermiera. Lavorare lontano. Intervista a Paola Maiocchi

fascicolo 4 – pagg. 2-5

Montorsi, Walter

Nel ricordo del professor Vittorio Perotti

fascicolo 3 – pagg. 43-44

Offeddu, Luigi

Dalla Russia con amore: provvidenziale, da qualunque parte, l'amorevole assistenza a chi ne ha bisogno

fascicolo 1 – pagg. 16-20

La telecamera deve anche difendere la dignità e fragilità dell'uomo

fascicolo 4 – pag. 17-18

Pansa Cedronio, Fabio

Sanità e managerialità per l'Ospedale Maggiore. Un incontro ben riuscito

fascicolo 4 – pag. 35

Randazzo, Antonio

Le riunioni

fascicolo 3 – pagg. 32-33

Rocca, Beppe

Fondazioni e filantropia nel futuro della ricerca medica e della cura. Intervista a Walter Rocca

fascicolo 1 – pagg. 7-14

Medicine complementari o alternative?

fascicolo 4 – pagg. 8-12

Rocca, Walter

Fondazioni e filantropia nel futuro della ricerca medica e della cura. Intervista di Beppe Rocca

fascicolo 1 – pagg. 7-10

Roth, Luigi

La Fondazione FieraMilano entra nella Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena. Intervista di Alvisè Mamprin

fascicolo 3 – pagg. 2-5

Segala, Marco

Il contagio delle malattie. Una lunga storia tra credenze, diffidenza e indifferenza

fascicolo 4 – pagg. 19-22

Sirchia, Girolamo

La Festa del Perdono. - Gli IRCCS e le Fondazioni

fascicolo 2 – pagg. 11-12

Sironi, Vittorio A.

Il mestiere di medico: bilanci e riflessioni sulla professione e sulla storia, sulla morte e sulla vita

fascicolo 1 – pagg. 37-38

Somaini Francesco

La Festa del Perdono. – Alle origini dell'Ospedale Grande: il duca, il papa, la città

fascicolo 2 – pagg. 19-33

Tassara, Pino

Sanità e managerialità per l'Ospedale Maggiore. Un incontro ben riuscito

fascicolo 4 – pag. 35

Tettamanzi, Dionigi

La Festa del Perdono – La Ca' Granda, ospitalità e speranza

fascicolo 2 – pagg. 13-18

Tognoli, Carlo

La Festa del Perdono – L'adunanza commemorativa. Presentazione

fascicolo 2 – pagg. 6-9

La Fondazione FieraMilano entra nella Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena. Intervista di Alvisè Mamprin

fascicolo 3 – pagg. 2-5

Zanarotti Tiranini, Elisabetta

La beneficenza, attualità di sempre

fascicolo 1 – pagg. 45-46

M.Tuininga: Donne contro le guerre. Femminile plurale non violento (rec.)

fascicolo 3 – pagg. 45-46

*per argomento***Assistenza sanitaria**

Nel mondo dell'infermiera. Lavorare lontano – Intervista di Alvisè Mamprin a Paola Maiocchi

fascicolo 4 – pagg. 2-5

Bioetica

Riscoprire la dignità della persona umana – Giancarlo Dal Sasso

fascicolo 1 – pagg. 21-25

Cardiologia

Il "buonsenso" ha ancora senso? – Andrea Finzi

fascicolo 3 – pagg. 47-52

Farmacia

Efficacia e sicurezza dei farmaci e prodotti salutistici: un po' di chiarezza sui termini – Giuseppe Maiocchi

fascicolo 3 – pagg. 9-14

Fisica

Il 2005 anno internazionale della Fisica – Giuseppe Eulisse,

Francesca Eulisse

fascicolo 2 – pagg. 53-56 (ill.)

Gasparini, Giovanni

Per non dimenticarli

fascicolo 4 – pag. 46

Gioventù, Mauro

Per non dimenticarli

fascicolo 4 – pag. 46

Individuo e società

Il silenzio – Antonella Cremonese

fascicolo 1 – pagg. 27-28

Lo spazio pubblico: la “piazza” ieri e oggi – Giuseppe Fumarola

fascicolo 1 – pagg. 40-44 (ill.)

La beneficenza, attualità di sempre – Elisabetta Zanarotti Tiranini

fascicolo 1 – pagg. 45-47 (ill.)

Unità biologica e individualità – Roberta De Monticelli

fascicolo 2 – pagg. 43-45

A. Ferrari, S. Marelli (a cura di): Il Big Bang della povertà. Obiettivi

del Millennio: promesse non mantenute (rec.) – Milena Lerma

fascicolo 2 – pagg. 57-59

Le riunioni – Antonio Randazzo

fascicolo 3 – pagg. 32-33

La convivenza – Antonella Cremonese

fascicolo 3 – pagg. 34-35

La telecamera deve anche difendere la dignità e fragilità dell’uomo

– Luigi Offeddu

fascicolo 4 – pagg. 17-18

Neurologia

Malattia di Parkinson. La voce del parkinsoniano può migliorare

grazie alla Cantoterapia? – Livio Bressan

fascicolo 4 – pagg. 31-34

Ospedale Maggiore

Al via la nuova Fondazione

fascicolo 1 – pagg. 2-4

La ristrutturazione del padiglione Monteggia

fascicolo 1 – pagg. 5-6 (ill.)

Bentornata Audiologia – Enrico Fagnani

fascicolo 1 – pagg. 11-13

La Festa del Perdono 2005 – La cerimonia religiosa

fascicolo 2 – pagg. 2-5 (ill.)

La Festa del Perdono – La Ca’ Granda, ospitalità e speranza –

Dionigi Tettamanzi

fascicolo 2 – pagg. 13-18

La Fondazione Fiera Milano entra nella Fondazione Ospedale

Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena – Intervista di

Alvise Mamprin a Luigi Roth e a Carlo Tognoli

fascicolo 3 – pagg. 2-5

Tra arte e moda: seconda indagine curiosa tra i dipinti dell’Ospedale

Maggiore e del Pio Albergo Trivulzio – Cristina Cenedella

fascicolo 3 – pagg. 28-31 (ill.)

L’Ospedale Maggiore partecipa alla mostra in Giappone: “Milan,

the Splendor of a Great City” – Paolo M. Galimberti

fascicolo 3 – pagg. 36-38 (ill.)

Arte sacra ritrovata – Daniele Cassinelli

fascicolo 3 – pagg. 39-42 (ill.)

Sanità e managerialità per l’Ospedale Maggiore – Alessandro

Fenyves, Fabio Pansa Cedronio, Pino Tassara

fascicolo 4 – pagg. 35

Alle origini dell’Ospedale Grande: il duca, il papa, la città –

Francesco Somaini

fascicolo 2 – pagg. 19-33

Fundatio Hospitalis Magni: la rinascita ospedaliera – Giorgio

Cosmacini

fascicolo 2 – pagg. 34-35

Vita religiosa e assistenza nella storia della Ca’ Granda – Edoardo

Bressan

fascicolo 2 – pagg. 36-37

Perotti, Vittorio

Nel ricordo del professor Vittorio Perotti – Walter Montorsi

fascicolo 3 – pagg. 43-44

Problemi del medico

Il mestiere di medico: bilanci e riflessioni sulla professione e sulla

storia, sulla morte e sulla vita – Vittorio A. Sironi

fascicolo 1 – pagg. 37-39

Dal passato – L’impegno autodidattico del medico – Piero Franzini

fascicolo 3 – pagg. 47-49

Rapporto medico-malato

Curare l’ammalato, non curare solo la malattia – Enrico Ghislandi

fascicolo 1 – pagg. 14-15

La medicina alle soglie del terzo Millennio: ma è cambiato

l’uomo? – Francesco Fiorista

fascicolo 3 – pagg. 15-20

Mediazione e clinica – una relazione possibile – Simonetta

Bottardi

fascicolo 4 – pagg. 13-16

Reschini, Eugenio

Per non dimenticarli

fascicolo 4 – pagg. 46

Ricerca scientifica

Fondazioni e filantropia nel futuro della ricerca medica e della

cura – Intervista di Beppe Rocca a Walter Rocca

fascicolo 1 – pagg. 7-10 (ill.)

Gli IRCCS e le Fondazioni – Girolamo Sirchia

fascicolo 2 – pagg. 11-12

Ricovero e cura: missione istituzionale e di ricerca – Ferruccio

Bonino

fascicolo 2 – pagg. 38-42

Sanità

Dal passato - Quello che la scienza sa di non sapere - Piero

Franzini

fascicolo 1 – pagg. 49-52

Obesità, consumi di lusso e stili alimentari nella storia - Giorgio

Cosmacini

fascicolo 3 – pagg. 6-8 (ill.)

Medicine complementari o alternative? - Beppe Rocca

fascicolo 4 – pagg. 8-12

Il contagio delle malattie. Una lunga storia tra credenze, diffidenza

e indifferenza - Marco Segala

fascicolo 4 – pagg. 19-22

Etica, diritto, economia in sanità - Giancarlo Dal Sasso

fascicolo 4 – pagg. 23-30

Senatore, Ornella

Per non dimenticarli

fascicolo 4 – pagg. 46

Storia di Milano

Peste manzoniana e “Madonna di tencitt” – Vincenzo Bevacqua

fascicolo 1 – pagg. 29-36 (ill.)

Due Crocette – Vincenzo Bevacqua

fascicolo 3 – pagg. 23-27

Pusterla e pusterle – Vincenzo Bevacqua

fascicolo 4 – pagg. (ill.) 36-44

Vismara Adriano

Per non dimenticarli

fascicolo 4 – pagg. 46



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

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