

Associazione
per lo Sviluppo
degli Studi di
Banca e Borsa



Università Cattolica
del Sacro Cuore
Facoltà di
Scienze Bancarie
Finanziarie e Assicurative

GIORGIO COSMACINI

**“LA QUALITÀ DELLA MEDICINA
TRA ECONOMIA ED ETICA: UNA VISIONE STORICA”**

Introduzione di

GIUSEPPE VIGORELLI

Ciclo di conferenze e seminari
“L’Uomo e il denaro”
Milano 12 febbraio 2007

Sede: Presso Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano, Largo A. Gemelli, n. 1
Segreteria: Presso Banca Popolare Commercio e Industria - Milano, Via Moscova, 33 - Tel. 62.755.1
Cassiere: Presso Banca Popolare di Milano - Milano, Piazza Meda n. 2/4 - c/c n. 40625

Per ogni informazione circa le pubblicazioni ci si può rivolgere alla Segreteria
dell’Associazione - tel. 02/62.755.252 - E-mail: assbb@bpci.it
sito web: assbb.it

Giuseppe VIGORELLI,

Presidente Associazione per lo Sviluppo degli Studi di Banca e Borsa

Introduzione

*Dopo la lunga sequenza che ci ha accompagnato nel cammino attraverso la storia del rapporto “dell’ Uomo col Denaro” dai tempi dell’antico Egitto nel XII secolo a.C., al liberalismo del XVIII sec. d.C., devo ripercorrere la nostra esperienza alla luce di un tema drammatico **trasversale a tutta la Storia** sino ai giorni nostri: quella **del pessimo uso del denaro, ovvero della schiavitù dell’uomo sull’uomo.***

*Il più antico documento, scritto su tavole di pietra, è stato **Asurrapak in Babilonia**, che contempla alcuni contratti di compravendita di campi e di Schiavi.*

*Il codice di **Hammurabi**, re della prima dinastia babilonese (2000 a.C.), indica il valore di uno schiavo in **20 sicli d’argento**, pari al costo di un bue.*

***I fenici** furono famosi nell’antichità per il loro commercio di schiavi. Alcuni genitori, spinti dalle necessità o dalla cupidigia, vendevano i propri figli perché diventassero schiavi con i loro discendenti. Le ragazze, in particolare, venivano cedute per il **concubinato**. Un’altra fonte di schiavitù era l’**autovendita**, che costituiva l’ultima possibilità di sopravvivenza per le famiglie, e a volte, per popoli interi, colpiti da carestia o da guerre distruttrici. Numerosi erano i debitori caduti schiavi per non aver estinto il debito. In questa triste condizione molti di essi trascinarono anche la famiglia e la mettevano alla mercé del creditore.*

***Lo schiavo** era una cosa, un bene mobile, un animale da soma.*

***I Kandyani di Ceylon** riconoscevano al creditore la facoltà di assicurare in pegno il debitore con tutta la sua famiglia, che diventava sua schiava dopo la morte del capo, se questi non aveva estinto il debito.*

*Nella “mezzaluna fertile”, (dall’Egitto al Golfo Persico, comprendendo Palestina, Siria, Creta e Mesopotamia), le guerre non erano sufficienti a fornire l’opera servile di cui c’era bisogno nelle terre in espansione; si andava affermando sempre più la potenza di alcune famiglie e dinastie, letteralmente affamate di schiavi per l’agricoltura, l’industria e l’uso domestico. **La ricchezza**, si sa, produce l’offerta e mercanti intraprendenti, oltre al grano, ai tessuti ed ad altre merci, cominciarono a **commerciare in “carne umana”**. Oltre ai prigionieri di guerra, considerati quasi sempre schiavi di Stato, essi reclutavano schiavi e schiave tra gli indigeni, organizzando il ratto di minorenni, la raccolta dei bambini abbandonati, o forzando la volontà di alcuni genitori i quali, costretti da precarie condizioni finanziarie o dal desiderio di liberarsi della numerosa prole, vendevano i figli al miglior offerente. **Il commercio degli schiavi**, soprattutto se in tenera età, doveva essere assai lucroso, se i mercanti, pur di procurarsi schiavi giovanissimi, rischiavano la pena di morte con il ratto dei minori. Era, questo, un reato considerato punibile con la pena capitale, anche nelle legislazioni più antiche, mentre era permessa la “raccolta” degli abbandonati, la vendita dei figli e l’autovendita, oltre che, naturalmente, la vendita dei prigionieri, dei debitori, dei catturati in mare. **La ricchezza di una famiglia** si valutava dal numero degli schiavi in suo possesso, di solito dai **5 ai 15**, raramente i **100**. **In Egitto** i primi contratti di compravendita di schiavi risalgono al periodo **del Nuovo Impero (1508-1085 a.C.)**. Per le grandiose opere architettoniche occorreva una massiccia importazione di schiavi, che venivano reclutati soprattutto dai fenici; che non rifuggivano dagli atti di pirateria e di inganno.*

***In Grecia** nell’età classica il prezzo di uno schiavo variava **da 100 a 300 dracme**. Nel mondo ellenistico i mercanti, fittando l’affare, seguivano gli eserciti e, dopo il saccheggio delle città compiuto dai vincitori, si avvicinavano ai soldati*

*inebriati dalle prede di guerra offrendosi di comprare i prigionieri. E la vendita aveva luogo sulle rovine fumanti: le madri erano divise dai figli, quali se maschi, spesso venivano sottoposti alla **castrazione** per essere usati poi come **eunuchi** da rivendere su tutti i mercati d'oriente.*

*Fu, questa, una delle **usanze più orrende**, poiché **privava un uomo dell'essenza stessa del suo essere**, gettandolo in una situazione di squilibrio psichico e di sofferenza veramente inumana. Infatti, privandolo della sua virilità, lo rendeva oggetto di scherno da parte degli altri, nonché insoddisfatto (e il motivo c'era), cattivo, vizioso, vendicativo.*

*Ma lo stesso Aristotele affermava che: **“lo schiavo è un oggetto, un bene mobile, e come tale non ha alcun diritto”**.*

*Qualora lo schiavo fuggisse, per riprenderlo il **padrone** affiggeva dei cartelli con la descrizione del fuggiasco e offriva una taglia a chi glielo avesse riportato.*

*È ovvio che un 'usanza simile generasse il mestiere degli **“acchiappaschiavi”**, allettati dal compenso, costoro battevano le campagne e si gettavano su quegli sventurati che con la fuga intendevano porre fine alle loro sofferenze.*

Quando anche avveniva la manomissione, il padrone non diceva mai allo schiavo: “Sei libero, perché hai diritto di esserlo”, ma: “Sei libero per mia volontà e rimarrai sotto la mia tutela”.

***Però nella “repubblica” ideale di Platone** la schiavitù non esiste: la vera repubblica nasce dalla **libertà**, si conserva con il lavoro e ha il suo fine nella comunanza dei beni. **Aristotele** invece, come detto sopra, giustifica la schiavitù, dicendo che è servo per natura colui che può diventare cosa d'altri.*

***Il servo** con sa usare la propria volontà, ma vive della volontà **del padrone**; però –aggiunge– quando le macchine avrebbero lavorato da sole, cioè quando le vere schiave dell'uomo fossero diventate le forze della natura che egli (l'uomo) avesse imparato a dominare e a dirigere, la schiavitù non avrebbe avuto più ragione di esistere”.*

*A Roma per la legge delle XII tavole, la prima legge scritta, diventavano schiavi i debitori insolventi e i ladri colti in flagrante a rubare. La vendita legale di carne umana avveniva sotto la sorveglianza di pubblici ufficiali, gli edili, che riscuotevano per lo Stato una tassa su ogni “capo” venduto. L’unica preoccupazione dei padroni era d’aumentare il numero dei loro schiavi, per cui studiavano **gli accoppiamenti** fra gli esemplari migliori delle loro scuderie, dividendosene poi i frutti.*

*La **nullità giuridica** dello schiavo portava come conseguenza che egli non poteva possedere, non poteva contrarre legittime nozze, ed era sfornito di ogni mezzo giuridico contro i maltrattamenti, quand’anche il padrone passasse ogni limite nel pretendere il lavoro e nell’infliggergli punizioni.*

***Alcuni padroni** di pochi scrupoli divennero immensamente ricchi concedendo agli schiavi la libertà (a pagamento) e acquistandone altri al mercato, instaurando così una rotazione che tornava a tutto loro vantaggio.*

*Quanto alle punizioni, erano ammesse anche **gravi mutilazioni**, tra cui la castrazione, perché i giovinetti eunuchi si vendevano ad alto prezzo.*

*La più famosa **scuola di gladiatori** era quella di **Capua**, che doveva la sua fama alla larghezza di mezzi di cui disponeva per acquistare prigionieri di guerra su tutti i mercanti fino a **Delo** e rivenderli poi, dopo un anno di addestramento, ai privati e agli impresari di spettacoli. La Storia ci dice che ogni anno venivano sacrificati 30.000 gladiatori.*

I proprietari terrieri comperavano gli schiavi a migliaia, e per risparmiare la spesa di mantenerli, invece di nutrirli, li abituavano a rubare, ad assaltare i viandanti e a depredare i villaggi, naturalmente dopo il lavoro nei campi, spingendosi fino a torturare e ad uccidere quelli che non rubavano a sufficienza.

***Il poeta latino Giovenale (II secolo d.C.)** così parla di un certo **Rubilio**, noto a tutti per la crudeltà con cui trattava gli schiavi:*

“Egli è felice quando sa che qualcuno ha incaricato il carnefice di imprimere un marchio rovente sulle carni di uno schiavo, colpevole soltanto di aver rubato due tovaglioli. E quanto è gradito ai suoi orecchi lo stridere delle catene e quanto gli piace il sibilo della frusta! Lui, il padrone, mangia a quattro ganasce; ai poveri schiavi che lo servono a mensa non è permesso di aprire bocca, neppure per parlargli. La sferza è là, pronta a far tacere ogni mormorio: un colpo di tosse, uno starnuto, un singhiozzo, il più lieve sussurro, sono tutte colpe che essi pagheranno stando in piedi tutta la notte, e digiuni e in silenzio” (Satire).

***Plinio Il Vecchio** d'altra parte rappresenta con viva evidenza la faticosa vita dei minatori: “Si scavano gallerie di naturale lunghezza alla luce di lucerna la cui durata è prevista per il solo tempo necessario ad effettuare il lavoro, e per molti mesi non si vede la luce del sole.*

Ogni tanto avvengono delle frane e gli operai rimangono sepolti, cosicché può sembrare meno pericolosa la terra in superficie. Per sostenere le gallerie si fanno numerose volte. Spesso si incontrano strati di silice che si rompono con il fuoco. Ma poiché nelle gallerie il fumo soffocherebbe i minatori, a volte si preferiva spezzare la roccia con delle macchine, poi i minatori raccoglievano i frammenti e se li passavano sulle spalle, giorno e notte” (Storia naturale).

*Quanto poi alla situazione degli schiavi nell'agricoltura, ci dà notizie **Columella**:*

“Noi abbandoniamo l'agricoltura, come ad un boia per il castigo, allo schiavo più inetto, mentre i nostri antenati vi impiegavano la gente migliore e nel migliore dei modi. Gli schiavi non hanno cura del bestiame da lavoro, lavorano malamente la terra, sciupano i semi, sottraggono una parte del raccolto, non si preoccupano di proteggerlo dagli altri ladri, recano gravi danni ai vigneti e agli orti”. (Dell'agricoltura).

Tuttavia rileviamo che già i filosofi dell'epoca di fronte a tanta crudeltà già la pensavano diversamente come testimo-

nia quanto allora **Seneca** scriveva a **Lucilio** circa il trattamento umano con gli schiavi.

“Ho saputo con mio piacere come tu viva confidenzialmente con i tuoi servi. Ciò fa onore alla tua saggezza e alla tua intelligenza. Sono degli schiavi? Sì, ma sono uomini, vivono con te e dividono la tua sorte padrona ugualmente di te e di loro. E’ in giro questo proverbio: “tanti nemici quanti servi”. Non sono nostri nemici, ma li facciamo tali. Per passare sotto silenzio tante altre crudeltà, ti dirò che ne abusiamo peggio delle bestie, e sono uomini.

***Quello** che chiami tuo schiavo pensa che è nato come te, gode dello stesso cielo respira la stessa aria, vive e muore come viviamo e moriamo noi.*

***Puoi** vederlo libero cittadino ed egli può vederti schiavi. Non voler disprezzare dunque un uomo che si trova in una condizione in cui tu puoi ritrovarti. Tratta l’inferiore come vorresti essere trattato dal tuo superiore. Ogni volta che pensi all’estensione del tuo potere sopra gli schiavi, pensa ancora che altrettanto può il tuo padrone con te.*

***Ma** tu dirai: ma io non ho nessun padrone. Sei giovane e potresti averne... Usa clemenza con essi ed affabilità: parla con loro, rivela ad essi i tuoi disegni, falli partecipare alla tua mensa.*

***Dunque**, dovrò accogliere tutti gli schiavi alla mia mensa? **No**: come non si accolgono tutti i liberi, ma sbaglieresti se pensassi che io allontanerei quelli che fanno umili servizi, come il mio mulattiere o bifolco giacché io li apprezzo dalla condotta che hanno, non dall’ufficio.*

***La** schiavitù più vergognosa è quella volontaria. Mostrati sorridente ai tuoi schiavi e non tirannico padrone; più che temerti, ti rispettino.*

Si dirà che io ecciti gli schiavi alla libertà, ma chi dice questo, si dimentica che tali padroni non sono contenti di ciò che accontenta Dio, il quale domanda rispetto ed amore.

Ora l’amore e la paura non vanno d’accordo”.

Ma questa fu l’unica voce restata solitaria in quel tempo.

Il Prof. Marco LOSSANI

presenta il Relatore Prof. Giorgio Cosmacini

Giorgio Cosmacini è medico, laureato in filosofia. Già primario radiologo nell'Istituto Scientifico Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, ha insegnato Teoria e storia della salute nella Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università degli Studi di Milano. Attualmente è docente di Storia della medicina e della Sanità nella Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università Vita-Salute dell'Ospedale S. Raffaele di Milano. Membro del comitato scientifico di molte riviste mediche e di cultura, collabora da diversi anni alle pagine culturali del "Corriere della Sera". E' autore di numerosi libri e saggi di storia e filosofia della medicina. Tra le varie pubblicazioni – che comprendono anche una biografia di Rongen, una dedicata alla vita e all'opera di Padre Gemelli, e una incentrata sulla figura di Don Carlo Gnocchi – vi è la trilogia della Storia della medicina e della sanità in Italia pubblicata da Laterza che costituisce ancora oggi la più importante pubblicazione in materia; vi sono diversi volumi dedicati alla storia di alcune primarie istituzioni e strutture sanitarie milanesi – quali la Ca' Granda e i Pio Albergo Trivulzio. E vi è anche un libro – "Lettera a un medico sulla cura degli uomini" coauturato con Roberto Satolli - in cui il Prof. Cosmacini sottolinea come al progredire della tecnica e delle tecnologie applicate in campo medico – fattori che unitamente al miglioramento delle condizioni socio-sanitarie e ai progressi realizzati in campo farmacologico – hanno consentito uno straordinario allungamento della speranza di vita, non sia corrisposto un miglioramento della qualità del rapporto tra medico e paziente. Anzi per dirla con Cosmacini, "...mentre la medicina ha fatto passi da gigante nella conoscenza delle malattie e nello sviluppo delle terapie, rischia di perdere la sua qualità essenziale di cura degli uomini". Sembra dunque emergere – come direbbero gli economisti – un dilemma: tanto più si ricorre all'**high-tech** rappresentato dalle nuove e superiori tecnologie applica-

te in campo medico, tanto più si rinuncia all' **high touch**, costituito dal rapporto umano - fatto di conoscenza reciproca e di fiducia - tra il paziente e il suo medico curante. E' naturale quindi chiedersi dove sia opportuno collocarsi di fronte a questa scelta? Prediligere la quantità a scapito della qualità. O viceversa? E se le due questioni fossero tra loro interrelate? Le risposte a questa affascinanti domande ce le fornirà il Prof. Cosmacini che questa sera parlerà sul tema:

La qualità della Medicina tra Economia ed Etica: una visione storica

Prof. Giorgio COSMACINI,

La qualità della Medicina tra Economia ed Etica: una Visione Storica

Credo che si possa essere preliminarmente tutti d'accordo nel ritenere che *medicina*, intesa come tutela della salute, ed *economia*, intesa come regola delle risorse, sono strutture fondative della società d'ogni tempo. Tra esse esiste da sempre uno stretto rapporto, in passato più o meno percepito e problematizzato, sia nel mondo economico, sia nel mondo medico.

Nella Grecia del V secolo a.C., culla della medicina occidentale, l'ippocratico *iatrós*, cioè il medico, era destinatario, per le cure da lui prestate al privato cittadino della *pòlis*, di un obolo, monetario o in natura, simboleggiato dal gallo che Platone, nel *Fedone*, fa menzionare a Socrate nell'ultimo discorso agli amici: “Noi siamo debitori di un gallo ad Asclepio; dateglielo e non ve ne dimenticate”.

Ma, a fronte dell'obolo tutto sommato facoltativo che dai suoi assistiti riceveva lo *iatrós*, questi percepiva dalla *pòlis* una retribuzione – lo *iatrikòn* – per la quale si impegnava ad assicurare la propria presenza nello *iatrèion*, cioè nella bottega, vicina alla piazza del porto o del mercato, accanto all'*agorà* e lontano dall'*acropoli* (dove nel tempio della salute il sacerdote *asclepiade* esercitava una medicina *ieratica*, “sacra”, del tutto concorrenziale rispetto alla medicina laica dello *iatròs*).

In bottega, cioè in ambulatorio, lo *iatrós* esercitava infatti una profana *téchne iatriké*, cioè “l'arte della cura”, una pratica artigianale per gli aventi bisogno, una pratica per tanti versi non dissimile dalle altre *téchnai*, come la *téchne georgiké*, l'arte georgica di curare le piante, e come la *téchne*

kibernetiké, l'arte cibernetica di pilotare l'imbarcazione verso l'approdo nel porto sicuro. In cambio dello *iatrikòn* lo *iatròs* si impegnava anche a rinunciare al gallo, cioè all'onorario, in caso di pazienti non abbienti; e barattava, attraverso un'oculata contrattazione, l'usufrutto dello *iatrèion*, l'esenzione dalle tasse, la fruizione del diritto di cittadinanza. Un oculato bilancio economico presiedeva all'esercizio della professione. E – ahimè – incominciava già, come corollario dell'equa retribuzione, la tendenza o tentazione di taluni a lucrare.

Già Pindaro nella III Ode Pitica, scritta nel 474 a.C. pochi anni prima che nascesse il padre della medicina Ippocrate, denunciava la tentazione del lucro. Scriveva che “pure il sapere è messo in catene dal guadagno” tant'è che fu tentato perfino il divino Asclepio (l'Esculapio dei latini, semidio dell'arte di guarire) dall' “oro che apparve nelle sue mani”.

Pindaro inaugurò una storiografia iatrocritica o iatrofobica, passata nei secoli – per sommi capi – attraverso Plauto, Catone il Censore, Petrarca, Ramazzini.

Petrarca rilevava che il giallore dell'oro riverberandosi nello sguardo del medico impediva a costui di diagnosticare nelle sue diverse gradazioni il giallore dell'urina durante l'uroscopia.

Ramazzini, autore nell'anno 1700 del trattato sulle “malattie dei lavoratori”, scriveva che “i medici non stanno mai tanto male quando nessuna sta male” e stigmatizzava quei colleghi che si ritenevano soddisfatti solo quando “rincasano alla sera con scartozzini di zecchini”.

Facciamo un salto di circa un millennio, dalla città greca alla campagna altomedioevale, dove in un mondo privo di una medicina ufficiale (quella romana s'era imbarbarita con le invasioni), l'arte della cura era passata di mano ed era gestita o da empirici itineranti o da monaci stanziali, questi ultimi

residenti in quei cenobi o centri di vita associata che erano i conventi abbaziali, luoghi dell'*ora et labora* benedettino. La *regula Benedicti* prescriveva al capitolo XXXVI:

Infirmis ante omnia et super omnia omnis cura adhibenda est, “prima di tutto e soprattutto bisogna prendersi cura dei malati”. Recitava ancora la regola:

Omnibus congruus honor exhibeatur, “a tutti sia riservato il giusto onore”. Questo “giusto onore” introduceva, nella pratica dell'accoglienza e dell'assistenza, una differenziazione tra l'*affectus* riservato al povero e l'*obsequium* riservato al potente. Il *portarius*, o monaco preposto all'accettazione, si sdoppiava all'atto pratico nelle due figure e funzioni dell'*hospitalarius*, o custode degli ospiti da trattare in modo personalizzato, e dell'*elemosynarius*, o addetto ai poveri – *infirmi, infantes, veteres, stulti* – da trattare indistintamente in modo egualitario. Gli ospiti erano sistemati nell'*hospitium hospitum*; i poveri – *pauperes infirmi* – nell'*hospitium pauperum*. A tutti non veniva lesinata l'affabilità, la benevolenza, la larghezza delle cure, prestate *cum hilaritate, libente animo et cum largitate*; e, inoltre, non veniva lesinata la gratuità delle cure medesime e della ristorazione di vitto e di letto, le quali venivano prestate ai ricchi con pari dedizione, ma dietro congruo compenso, secondo il principio di un'etica caritativa che non escludeva, anzi includeva una retribuzione calibrata *ad personam*.

Caritas è parola latina che deriva dal greco *Χàris* che significa “grazia”, ma è anche legata all'aggettivo *carus* che significa “prezioso”. La carità è un bene gratificante e prezioso che arricchisce grandemente chi la possiede e la pratica. “Nel concetto cristiano”, dice la teologia, “la carità è la più alta delle tre virtù teologali, quella da cui procede l'amore di Dio e del prossimo”.

San Paolo, nella “Prima lettera ai Corinzi” (13, 1-13), ne tesse l'elogio: “La carità è paziente, è buona; la carità non è

invidiosa, non è sconsiderata, non si gonfia con orgoglio; non fa nulla di sconveniente, non cerca l'interesse proprio, non s'irrita; non pensa male, non si compiace dell'ingiustizia, ma si rallegra del godimento della verità; a tutto s'accomoda, crede tutto, spera tutto, sopporta tutto. La carità non passerà mai”.

E veniamo a quell'età, tra Basso Medioevo e Rinascimento, nella quale in Italia gli ospedali toscani e padani conobbero la loro grande *reformatione*, una “riforma ospedaliera” che segnò, tra le altre innovazioni, l'ingresso in ospedale, accanto agli *infirmarii* che assistevano da secoli gli *infirmi*, di una figura sanitaria nuova: quella del medico ospedaliero, il cui compito è sì quello della cura e della diagnosi differenziale tra “malattie interne”, di competenza medica, e “malattie esterne”, di competenza chirurgica, ma il cui ufficio principale è un altro, dettato da ragioni di economia sanitaria. Scrive il priore Gian Giacomo Gilino nella *Relazione ai deputati dell'Ospedale Grande di Milano* nel 1508:

«La forma adunca presa a questa *reformatione* è stata in questo modo»: essendo le malattie «o croniche o de qualità che presto son terminate vel con salute, vel con morte, queste de presta terminatione son designate al *hospitale grande*»; invece i «mali de altra qualità, quali vogliono tempo, hano la receptione sua separata».

E' detto esplicitamente che tra i malati, a prescindere dal fatto che tutti indistintamente dovevano essere premurosamente assistiti, gli *acuti*, suscettibili di guarigione, dovevano essere ricoverati nell'*ospedale maggiore*, principale e centrale, mentre i *cronici*, inguaribili e invalidi, la cui salute piena non poteva essere recuperata o la cui salute residua necessitava di prolungata assistenza, dovevano essere ricoverati negli *ospedali minori*, satelliti e decentrati.

Insomma, la riforma da poco realizzata non doveva essere vanificata ritrasformando i nuovi ospedali rinascimentali in

vecchi ospizi di medioevale memoria. Il Rinascimento, se voleva essere tale anche in campo ospedaliero, non doveva ripiombare nell'ambito della carità e dell'ospitalità indifferenziate.

Quello descritto è l'aspetto organizzativo, socio-sanitario, di una riforma complessa, che metteva al primo posto i problemi interconnessi della presenza medica in ospedale e del collegamento fra il territorio e la rete degli ospedali territoriali, da quello «maggiore» per malati bisognosi di pronto soccorso e di cure intense e quelli «minori» per malati legati in massima parte ai tre grandi bisogni sociali del tempo: la marginalità legata alla follia, la fanciullezza abbandonata e l'“incurabilità” legata alla nuova malattia, a trasmissione sessuale, la sifilide. Si tratta, come ben si vede, di una problematica che contempla un'oculata distribuzione e gestione delle risorse, in un quadro di politica ed economia sanitaria adeguato ai tempi.

Per restare nell'ambito ospedaliero veniamo al *grand siècle* degli ospedali, quando questi da “fabbriche della salute” d'*ancien régime* si trasformarono in *machines à guérir*, nelle salde mani del consorzio medico, con l'“avvento della tecnologia” per quella che, da Foucault, è stata definita la “costruzione dell'ordine clinico” alle soglie dell'800.

Il passaggio degli ospedali da «pie opere», sostenute da volontarie elargizioni e donazioni benefiche, a «servizi di pubblica assistenza», sostenuti da programmati stanziamenti e finanziamenti, si ingrana con gli sviluppi della scienza e della tecnica e con una sincrona presa di coscienza economico-politica da parte di quei medici che trovano il coraggio di dire che “gli ospedali italiani sono agli antipodi” rispetto a quelli d'oltralpe e che “conviene non correggere, ma abbattere e rifare”. Achille De Giovanni, clinico medico di Padova e fondatore della Scuola neocostituzionalista italiana e della Lega per la

lotta contro la tubercolosi, sostiene che l'ospedale, per adeguarsi alle moderne necessità, deve trasformarsi in una *azienda*; ma per essere un'*azienda produttiva*, produttiva beninteso di salute, "l'azienda ospedaliera", aggiunge De Giovanni, "deve essere affidata a menti meno caudiche e a mani meno massaie".

Qui giova una digressione, o estrapolazione in avanti, sulla questione, oggi ancora una volta al centro del dibattito e alla ribalta dell'opinione pubblica, che attiene all'efficienza e all'efficacia¹ di molti ospedali italiani e che, più in generale, concerne il problema amministrativo e gestionale dei pubblici servizi, tra cui certamente al primo posto quello sanitario, dove da più parti si stigmatizzano le responsabilità di vertice (i politici e i loro manager) oppure le responsabilità di base (i cosiddetti "fannulloni" o "nullafacenti" dell'amministrazione pubblica) nel generare inefficienza e inefficacia in perdurante carenza di una "misura dei meriti" (meritometria) e di una "cultura della valutazione".

Il concetto di *azienda ospedaliera* è nato nel mondo medico-sanitario assai prima che nel mondo economico-politico. Nel 1964 la Commissione per la riforma ospedaliera, insediata dal ministro della Sanità Giacomo Mancini e presieduta dal clinico chirurgo di Torino Achille Mario Dogliotti, presenta al ministro della Sanità Luigi Mariotti, nel frattempo succeduto a Mancini, le proprie conclusioni nelle quali è postulato l'abbandono di ogni forma arretrata di assistenza ospedaliera, affermando testualmente la necessità inderogabile della "trasformazione delle *opere pie* di crispina memoria, ma tuttora attuali in una *azienda*". La configurazione *aziendalista*, che il clinico chirurgo torinese non esita a proporre e

¹ *Efficienza* è il rendimento inteso come rapporto costi/benefici, questi ultimi valutati in termini di riduzione della mortalità, della sofferenza e della disuguaglianza di fronte alla malattia.

Efficacia è l'idoneità di un'attività medico-sanitaria a modificare in meglio il decorso di una malattia o la qualità della vita residua.

vorrebbe imporre, privilegia per altro una *produttività sanitaria* a prevalente o dominante indirizzo terapeutico-riparativo (farmacoterapico o chirurgico), sostanzialmente sganciata dal territorio e quasi totalmente aliena da finalità epidemiologiche, preventive, riabilitative.

Oggi l'ospedale è un'azienda, il cui buon funzionamento è da valutarsi non tanto in termini di spesa-ricavo e di produzione di prestazioni, secondo criteri di economia contabile, quanto in termini di investimento e di produzione di salute, secondo criteri di etica economica. I concetti di azienda e di aziendalizzazione (estesi dagli ospedali alle ASL del territorio) sono stati recentemente oggetto di una critica serrata da parte di molti operatori nel campo della sanità, tra cui un economista particolarmente agguerrito e competente in campo sanitario, Marco Vitale.

Scrivendo Vitale nel 1996, stigmatizzando l'allora imperante ideologia aziendalista: "Un ospedale non è un'azienda. Trent'anni di lavoro e studio nelle aziende e di riflessione teorica sulle stesse, stanno alla base di questa mia affermazione contro corrente: un ospedale non è un'azienda e l'applicazione meccanica e acritica all'istituzione ospedale dei paradigmi culturali propri dell'azienda può portare ad un vero disastro culturale, professionale e pratico. Ma allora che cosa è un ospedale, se non un'azienda? Un ospedale è un ospedale, come una biblioteca è una biblioteca ed un'università è un'università. Cioè istituzioni tipiche ed inconfondibili, categorie specifiche ed a se stanti nell'universo delle organizzazioni umane, dotate di una propria precisa funzione, di proprie specifiche caratteristiche, di un proprio sistema di valori, di una propria cultura, di propri criteri di misurazione quantitativa e qualitativa dei risultati".

Scrivendo Marco Vitale nel 2003, cioè sette anni dopo, stigmatizzando i prodromi della montante ideologia anti-aziendalista che faceva dire a molti medici "Basta con i bud-

get. Pensiamo ai malati”. “Sembra un urlo liberatorio: liberiamoci dai budget, dai conti, dai conti economici, dalle metodologie aziendali. E’ un urlo che è in corso, negli ultimi tempi, tra gli addetti ai lavori. Per molti vuol dire: togliamo ogni metodo di verifica economica e torniamo al rimborso a piè di lista, facciamo quello che vogliamo senza alcun limite e freno, rispondendo solo alla nostra coscienza di medici. Per altri ciò vuol dire: continuiamo a rubare, a sperperare, a lottizzare, ad alimentare nepotismi e clan, senza ritegno e rimorsi. Una specie di nuovo grande condono, in questa terra di condoni e condonati.

Ecco perché il sentire risuonare la giusta affermazione che l’ospedale non è un’azienda, in questo contesto e con questi corollari, non mi piace per niente. Le intenzioni dei più sembrano perverse. Dire che un ospedale non è un’azienda, vuol solo dire che il suo obiettivo primario non è economico, ma sanitario e che, in nessun caso e per nessun motivo, l’obiettivo dell’assistenza ai malati deve essere subordinato a ragioni di equilibrio contabile, e che molti principi, valori, metodi del management aziendale sono, in questo settore, fuorvianti, impropri e pericolosi. Ma i budget devono restare, i bilanci devono restare ed anzi essere perfezionati, la contabilità industriale deve restare, procedure oculate per gli acquisti devono restare, criteri di verifica economica e di misure dei rendimenti devono restare, controlli adeguati e molte, molte altre cose di buona amministrazione devono restare ed anzi essere reintrodotti. Perché senza una buona amministrazione ed un management intelligente e competente nell’attività specifica, non solo non si gestiscono aziende, ma neanche università, biblioteche, ospedali, squadre di calcio. Quindi pensare al budget non è in conflitto con il pensare ai malati. Al contrario è chi sperpera senza limiti che fa il danno a lungo termine dei malati. Nessuna attività umana è, nel lungo termine, libera dal vincolo economico. La differenza sta tutta nel modo con il quale anche questo vincolo è interpretato, misurato, gestito, applicato, finanziato”.

Dalla fine degli anni Ottanta del secolo scorso a oggi è in corso – tra alcuni studiosi di economia e di politiche sociali – un dibattito, echeggiato soprattutto dalle pagine del **Journal of medical ethics**, relativo alla opportunità, necessità, modalità di fissare, per convenzione, una unità di misura per quantificare la qualità della vita.

Scriva Alain Williams, professore di economia nell'Università di York: “Noi abbiamo bisogno di una semplice e versatile misura del successo” ottenuto da un certo tipo di trattamento o di cura della salute: “una misura che incorpori tanto l'aspettativa di vita quanto la qualità della vita, e che rifletta i valori e le etiche della comunità”. Williams motiva l'esigenza di tale misura con l'opportunità o necessità che nella società dell'oggi o del domani – una società egualitaria, con diritti civili e valori etici, ma con sempre più scarse risorse a disposizione – esista una “scala di priorità nel sistema generale di cura della salute”.

Su tale questione è acceso il dibattito tra gli economisti puri come Williams, che sostengono la “responsabilità di ciascuno nel far sì che le nostre limitate risorse siano indirizzate là dove esse sono in grado di produrre il massimo bene possibile”, e i bioeticisti puri come John Harris, direttore del Centro di etica sociale dell'Università di Manchester, i quali sostengono invece che “quando si distribuiscono risorse sanitarie non si deve discriminare tra i riceventi e addirittura non si deve tener conto delle capacità differenziali di trarre benefici dai diversi trattamenti”.

La questione è di gran conto, per i grandi problemi che investe, economici, politici, sociali, morali, giuridici ed etici.

Williams parla di “efficienza” di un sistema sanitario (un termine produttivistico cui è preferibile il termine “efficacia”), specificando che ciò implica che si sia in grado di discernere tra un uso efficiente e un uso inefficiente delle risorse per la

cura della salute, o, altrimenti, che si sia in grado di misurare il successo dei nostri trattamenti.

Ebbene, dice Williams riflettendo storicamente, “nella tradizione, a fronte di un passato caratterizzato da condizioni di vita perennemente a rischio, uno standard per qualificare la qualità della vita era stato facilmente trovato. Un trattamento, una cura erano accreditati di successo quando eliminavano il pericolo di vita o comunque quando posponevano l’incidenza di tale pericolo. Buon indice del successo veniva considerato il tasso di sopravvivenza garantito”. In altri termini, la qualità della vita veniva misurata e valutata soprattutto in funzione della quantità.

Dal dibattito sembra dunque emergere l’istanza metodologica di accostarci alla “qualità della vita” con criteri quantitativi o semiquantitativi. Un’istanza tutt’affatto diversa sembra emergere invece dal campo filosofico, se facciamo riferimento – ad esempio – alla definizione della “qualità” data dal filosofo e matematico René Thom. “Si può definire grosso modo la **qualità** come una certa modalità soggettiva che tocca la percezione di un oggetto o di un processo esterno”.

Nel nostro caso questo oggetto o processo è la **vita**. E poiché grammaticalmente la qualità è rappresentata dalla categoria dell’aggettivo, se applicata a un nome, o dell’avverbio, se applicata a un verbo, a proposito di “qualità della vita” la descrizione linguistica fa uso delle locuzioni “buona vita”, “cattiva vita”, “vivere bene”, “vivere male”. Questa descrizione linguistica del reale nasce – dice Thom – da un approccio razionalista o sistematico che si esprime nella descrizione matematica del reale medesimo.

Però i due tipi di approccio sono entrambi connaturati alla nostra psicologia ed è perciò che, a proposito di qualità e quantità – di qualità e quantità della vita – “esiste una profonda connessione di ognuna di queste due nozioni con l’altra”.

Oggi la *tecnologia della cura* tende sempre più a dilatarsi. Sul piano temporale, tende ad anticipare sempre più i tempi dei propri interventi (con una predizione clinica spinta in addietro fino alla predizione genica). Sul piano quantitativo, tende ad abbassare sempre più la soglia degli interventi (reclutando fasce più cospicue di potenziali pazienti, per esempio fissando il prediabete a una glicemia di 90 anziché di 100 milligrammi per mille). Sul piano qualitativo, tende a cumulare, alle vere o nuove malattie del nostro tempo, malattie soprannumerarie che non sono né vere né nuove (come la calvizie e l'andropausa). L'emblematico *docteur Knock* aveva ragioni da vendere nel dire al suo inefficiente predecessore nella condotta medica che «un sano è un malato che non sa di esserlo» e che dunque bisogna informarlo, aggiungendo che con la «coltura della malattia» (o con l'incultura della salute) «si possono fare molti soldi dicendo ai sani che sono malati».

In generale esistono ben noti meccanismi per incrementare la prescrizione di esami e di farmaci non allo scopo di migliorare le capacità diagnostiche e terapeutiche, ma al fine assai meno nobile di far crescere i consumi e i profitti. Tali meccanismi sono messi in modo da mass-media compiacenti, da mobilitazione bene remunerata di società scientifiche, da coinvolgimento di associazioni di pazienti sostenute finanziariamente, da condizionamenti più o meno occulti dei protocolli di diagnosi e terapia e da condizionamenti più o meno palesi di medici di base disponibili (anche escludendo forme fraudolente di comparaggio).

E allora? Come si può far bene il mestiere di medico ed evitare quello che è stato definito il «fallimento del successo», cioè il fatto che, via via che migliora lo stato di salute della popolazione misurato in termini oggettivi, parallelamente peggiora la percezione soggettiva del benessere da parte della gente? Peggiora pure la percezione di far bene anche da parte dei medici. Eppure questa medicina in crisi – una crisi percepita più volte, interpretata come «nemesi medica» (Illich), cer-

tificata come «inflazione medica» (Cochrane), imputata recentemente d'essere generatrice di una medicina impossibile» (Callahan) – può essere risolta dalla sua situazione critica soltanto dai medici stessi. In che modo? Non certo con immissione nella relazione con i pazienti di apporti esterni tendenti a compensare una cattiva gestione del rapporto; né tanto meno con iniezioni di tecnicismo, di economia mercantile, di etica ridotta a etichetta. L'uscita della crisi è solo quella di una *medicina possibile* con riappropriazione da parte dei medici di un ruolo originario e statutario che fa di essi i punti di forza e di resistenza di tutto il sistema.

Ma siccome non ci si può affidare soltanto all'esortazione, alla persuasione, al convincimento, all'appello alla coscienza, ecco la necessità che, accanto alla valutazione dei meriti, siano fissate delle regole, delle norme che il medico deve osservare e non trasgredire. Da qui la codificazione deontologica degli Ordini dei Medici; da qui la bioetica, che non è solo quella “di frontiera” attinente allo statuto dell'embrione o all'eutanasia attiva e passiva, oppure quella “quotidiana” del rapporto medico/paziente, ma è anche quella “economica” della giusta distribuzione e dell'equa allocazione delle risorse disponibili.

Ricordo che il decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, fissante le norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, all'art. 2 recita che quest'ultimo assicura “i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità dell'impiego delle risorse”.

Aldilà degli enunciati legislativi, è certo che nella medicina e nella sanità di oggi e di domani la buona gestione delle risorse fisiche e psicologiche a disposizione della persona è e

dovrà essere l'altra faccia della buona gestione delle risorse economiche a disposizione della società. La qualità delle cure implica inoltre l'equità delle cure medesime. Diseguità e disuguaglianza, da Ippocrate in poi, non sono tollerabili nel campo della cura della salute: almeno di fronte alla malattia gli uomini dovrebbero essere tutti uguali. La disuguaglianza esula dal campo della prevenzione primaria, dove le misure preventive, applicate alle cause delle malattie, diminuiscono la frequenza di queste ultime dando prova di una equità che non discrimina e che unisce utilità e moralità. Tali misure, infatti, difendono con efficacia e difendono tutti, dai più ai meno forti socialmente, cosa, ahimè, non sempre evidente per quanto riguarda diagnosi e terapia.

Chiediamoci: l'equità delle cure consentirà in avvenire che a tutti indistintamente gli aventi bisogno e diritto sia garantita la possibilità di una terapia al massimo livello possibile, mediante un'assunzione di oneri, da parte del corpo sociale e statale, tanto eticamente paritetica quanto economicamente problematica? Se così non potrà essere e non sarà, il medico futuro dovrà impegnarsi nel campo della prevenzione primaria quanto e più che nel campo terapeutico, anche per motivazioni etiche e per ragioni economiche.

Economia ed etica è il sottotitolo di un libro di Benedetto Croce edito nel 1908 e concernente la *Filosofia della pratica*. La pratica medica, da Ippocrate in poi, è stata guidata da eticità ed economia, nell'accezione aristotelica di *oikou nomia* o "regola della casa", la quale contiene già per sé una valenza etica, come ben sa chi governa una casa secondo criteri non solo o non tanto di economia contabile, ma anche e soprattutto di equilibrio bilanciato tra risorse e valori, di armonia tra bisogni e benefici, di *medietas*, di quel "giusto mezzo" teorizzato da Aristotele nell'*Etica Nicomachea* e ripreso da Mosè Maimonide nella *Guida dei perplessi*, (e da cui fu fatto derivare, da Isidoro di Siviglia, il nome stesso di *medicina*).

Oggi *economia ed etica* è il binomio centrale di una problematica medica fattasi critica e destinata più che mai a influenzare le scelte di una sanità articolata tra disponibilità di risorse economiche e decisioni eticamente guidate.

Un'esigenza – o istanza, o speranza – di grande portata etica e di altrettanto grande ricaduta economica è quella di riuscire a riattivare una *cultura della prevenzione primaria* che, oltre a essere efficace, è equa. Dell'equità s'è detto. Dell'efficacia basti dire che la prevenzione primaria si applica a monte, non a valle, della patologia da combattere, applicandosi non agli effetti morbosi, ma ai rischi di malattia. “La validità della prevenzione primaria”, ha detto Lorenzo Tomatis per molti anni direttore dell'Agenzia Internazionale per le Ricerche sul Cancro, “resterà inoppugnabile anche se si avverranno le più ambiziose e costose aspettative terapeutiche”. Resterà inoppugnabile perché realizza, già da ora, un utile economico per la società in cui viviamo.

Per queste e per altre ragioni il medico dovrà essere, oltretutto un buon diagnosta e un buon terapeuta, un buon pedagogo, che eserciti professionalmente una *educazione alla salute* la quale sia in grado di aiutare gli assistiti ad autoeducarsi e ad acquisire il necessario *senso del limite*.

Un limite molteplice: *fisiologico*, giacché non possiamo dirci “più sani e più belli” a tutte le età della vita; *scientifico*, poiché la medicina, pur avendo fatto e facendo ormai enormi progressi, non può fare tutto, non è onnipotente; *economico*, perché la medicina che non può fare tutto, non può neanche dare tutto, indiscriminatamente.

Questo limite, si badi bene, non è un divieto, ma una regola etica, una ragione filosofica.

**ADERENTI ALLA ASSOCIAZIONE
PER LO SVILUPPO DEGLI STUDI DI BANCA E DI BORSA**

Aletti Montano & Co.
Asset Banca S.p.A.
Assiom
Associazione Nazionale Banche Private
Associazione Nazionale per le Banche Popolari
Banca Agricola Popolare di Ragusa
Banca Aletti & C. S.p.A.
Banca Antoniana - Popolare Veneta
Banca di Bologna
Banca della Campania S.p.A.
Banca Carige S.p.A.
Banca Carime S.p.A.
Banca Cassa di Risparmio di Asti S.p.A.
Banca Centrale della Repubblica di San Marino
Banca CRV - Cassa di Risparmio di Vignola S.p.A.
Banca della Ciociaria S.p.A.
Banca Commerciale Sammarinese
Banca Esperia S.p.A.
Banca Fideuram S.p.A.
Banca del Fucino
Banca di Imola S.p.A.
Banca per il Leasing - Italease S.p.A.
Banca di Legnano S.p.A.
Banca Lombarda e Piemontese S.p.A.
Banca Lombarda Private Investment S.p.A.
Banca delle Marche S.p.A.
Banca MB S.p.A.
Banca Mediolanum S.p.A.
Banca del Monte di Parma S.p.A.
Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A.
Banca Nazionale del Lavoro S.p.A.
Banca della Nuova Terra S.p.A.
Banca di Piacenza
Banca del Piemonte S.p.A.
Banca Popolare dell'Alto Adige
Banca Popolare di Ancona S.p.A.
Banca Popolare di Bari
Banca Popolare di Bergamo S.p.A.
Banca Popolare di Cividale
Banca Popolare Commercio e Industria S.p.A.
Banca Popolare dell'Emilia Romagna
Banca Popolare dell'Etruria e del Lazio
Banca Popolare di Intra
Banca Popolare Italiana
Banca Popolare di Marostica
Banca Popolare del Materano S.p.A.
Banca Popolare di Milano
Banca Popolare di Novara S.p.A.
Banca Popolare di Puglia e Basilicata
Banca Popolare Pugliese
Banca Popolare di Ravenna S.p.A.
Banca Popolare Sant'Angelo S.p.A.
Banca Popolare di Sondrio
Banca Popolare di Spoleto S.p.A.
Banca Popolare Valconca
Banca Popolare di Vicenza

Banca Regionale Europea S.p.A.
Banca di Roma S.p.A.
Banca Sammarinese di Investimento
Banca di San Marino
Banca di Sassari S.p.A.
Banca Sella S.p.A.
Banca del Titano S.p.A.
Banche Popolari Unite
Banco di Brescia San Paolo CAB S.p.A.
Banco di Desio e della Brianza
Banco Popolare di Verona e Novara
Banco di San Giorgio S.p.A.
Banco di Sardegna S.p.A.
Barclays Bank Plc
Caboto S.p.A.
Capitalia S.p.A.
Carichiati S.p.A.
Carifano S.p.A.
Carifermo S.p.A.
Cassa Lombarda S.p.A.
Cassa di Risparmio di Alessandria S.p.A.
Cassa di Risparmio di Ascoli Piceno S.p.A.
Cassa di Risparmio in Bologna S.p.A.
Cassa di Risparmio di Bra S.p.A.
Cassa di Risparmio di Cento S.p.A.
Cassa di Risparmio di Fabriano e Cupramontana S.p.A.
Cassa di Risparmio di Ferrara S.p.A.
Cassa di Risparmio di Firenze S.p.A.
Cassa di Risparmio di Foligno S.p.A.
Cassa di Risparmio di Forlì S.p.A.
Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo S.p.A.
Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia S.p.A.
Cassa di Risparmio di Prato S.p.A.
Cassa di Risparmio di Ravenna S.p.A.
Cassa di Risparmio della Repubblica di S. Marino
Cassa di Risparmio di Rimini S.p.A.
Cassa di Risparmio di San Miniato S.p.A.
Cassa di Risparmio di Savona S.p.A.
Cassa di Risparmio della Spezia S.p.A.
Cassa di Risparmio di Venezia S.p.A.
Cassa di Risparmio di Volterra S.p.A.
Cedacri S.p.A.
Centrale dei Bilanci
Centrobanca S.p.A.
Credito Artigiano S.p.A.
Credito Bergamasco S.p.A.
Credito Emiliano S.p.A.
Credito di Romagna S.p.A.
Credito Sammarinese S.p.A.
Credito Siciliano S.p.A.
Credito Valtellinese
CSE - Consorzio Servizi Bancari
Deutsche Bank S.p.A.
Euro Commercial Bank S.p.A.
Farbanca S.p.A.
Federazione Lombarda Banche di Credito Cooperativo
Federcasse
Findomestic Banca S.p.A.
Friulcassa S.p.A.

Interbanca S.p.A.
Intesa SanPaolo S.p.A.
Istituto Centrale Banche Popolari Italiane
MCC S.p.A.
Mediocredito Trentino Alto Adige S.p.A.
Meliorbanca S.p.A.
Rasbank S.p.A.
Sanpaolo Banca dell' Adriatico S.p.A.
Sanpaolo Banco di Napoli S.p.A.
Sedicibanca S.p.A.
SIA S.p.A.
SSB S.p.A. - Società Servizi Bancari
UGC Banca S.p.A.
Unibanca S.p.A.
Unicredit Banca S.p.A.
Unicredito Italiano S.p.A.
Veneto Banca

Amici dell'Associazione

Arca SGR S.p.A.
Associazione Studi e Ricerche per il Mezzogiorno
Borsa Italiana S.p.A.
Centro Factoring S.p.A.
Finsibi S.p.A.
Fondazione Cassa di Risparmio di Biella S.p.A.
Kpmg S.p.A.
Intesa Casse del Centro
Sofid S.p.A.

QUADERNI PUBBLICATI

- N. 1 *Dionigi Card. Tettamanzi*
**“ORIENTAMENTI MORALI DELL’OPERARE
NEL CREDITO E NELLA FINANZA”**
Introduzione di G. Vigorelli - F. Cesarini - novembre 2003
- N. 2 *G. Rumi - G. Andreotti - M. R. De Gasperi*
**“UN TESTIMONE DELL’APPLICAZIONE DELL’ETICA
ALLA PROFESSIONE: ALCIDE DE GASPERI”**
Introduzione di G. Vigorelli - dicembre 2004
- N. 3 *P. Barucci*
“ETICA ED ECONOMIA NELLA «BIBBIA» DEL CAPITALISMO”
Introduzione di G. Vigorelli - aprile 2005
- N. 4 *A. Ghisalberti*
**“IL GUADAGNO OLTRE IL NECESSARIO: LEZIONI
DALL’ECONOMIA MONASTICA”**
Introduzione di G. Vigorelli - maggio 2005
- N. 5 *G.L. Potestà*
**“DOMINIO O USO DEI BENI NEL GIARDINO DELL’EDEN?
UN DIBATTITO MEDIEVALE FRA DIRITTO E TEOLOGIA”**
Introduzione di G. Vigorelli - giugno 2005
- N. 6 *E. Comelli*
**“IL RUOLO DELLA DONNA NELL’ECONOMIA:
LA TRADIZIONE EBRAICA”**
Introduzione di G. Vigorelli - giugno 2005
- N. 7 *A. Profumo*
“L’IMPRENDITORE TRA PROFITTO, REGOLE E VALORI”
Introduzione di G. Vigorelli - ottobre 2005
- N. 8 *S. Gerbi*
“RAFFAELE MATTIOLI E L’INTERESSE GENERALE”
Introduzione di G. Vigorelli - novembre 2005
- N. 9 *A. Bazzari*
“ASPETTI ECONOMICI DELLA CARITÀ ORGANIZZATA”
Introduzione di G. Vigorelli - dicembre 2005
- N. 10 *L. Sacconi*
“PUÒ L’IMPRESA FARE A MENO DI UN CODICE MORALE?”
Introduzione di G. Vigorelli - febbraio 2006
- N. 11 *S. Piron*
“I PARADOSSI DELLA TEORIA DELL’USURA NEL MEDIOEVO”
Introduzione di G. Vigorelli - aprile 2006
- N. 12 *A. Spreafico*
“MERCATO, GIUSTIZIA, MISERICORDIA: riflessione biblica”
Introduzione di G. Vigorelli - maggio 2006

- N. 13 *L. Castelfranchi*
“IL DENARO NELL’ARTE”
Introduzione di G. Vigorelli - giugno 2006
- N. 14 *D. Tredget*
**“I BENEDETTINI NEGLI AFFARI E GLI AFFARI COME VOCAZIONE:
L’EVOLUZIONE DI UN QUADRO ETICO PER LA NUOVA ECONOMIA”**
Introduzione di G. Vigorelli - ottobre 2006
- N. 15 *G. Forti*
**“PERCORSI DI LEGALITÀ IN CAMPO ECONOMICO:
UNA PROSPETTIVA CRIMINOLOGICO-PENALISTICA”**
Introduzione di G. Vigorelli - dicembre 2006
- N. 16 *V. Colmegna*
**“ASPETTI ECONOMICI E NON DI UNA FONDAZIONE:
L’ESPERIENZA DELLA CASA DELLA CARITÀ”**
Introduzione di G. Vigorelli - gennaio 2007
- N. 17 *I. Musu*
**“CRESCITA ECONOMICA E RISORSE ESAURIBILI: LA SFIDA
ENERGETICO-AMBIENTALE”**
Introduzione di G. Vigorelli - gennaio 2007

Per ogni informazione circa le pubblicazioni ci si può rivolgere alla Segreteria
dell’Associazione - tel. 02/62.755.252 - E-mail: assbb@bpci.it

Finito di stampare Marzo 2007