



# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,  
mangiagalli e regina elena - anno XLVIII - n. 1-2 - 2007

# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,  
mangiagalli e regina elena - anno XLVIII - n. 1-2 - 2007

## sommario

pagina

Ai lettori .....	2
La Festa del Perdono 2007 - La cerimonia religiosa .....	3
La cerimonia civile in aula magna .....	8
Gli interventi .....	8-13

\* \* \* \* \*

Il Comitato Etico della Fondazione: ragioni di un rinnovamento ..... <i>Francesca Maria Eulisse</i>	17
Asterisco .....	20
Il testamento intellettuale e morale di Marie Curie ..... <i>Ugo Amaldi</i>	21
Il laboratorio di Genetica Medica in un grande ospedale di ricovero e cura: tra clinica e ricerca ..... <i>Domenico Coviello</i>	32
La Cannabis, non solo droga ..... <i>Sergio Ferri</i>	38
Ricadute e nuovi ricoveri: diventa difficile il rapporto medico-paziente se lo splendore della tecnologia nasconde il chiaroscuro della realtà ..... <i>Andrea Finzi</i>	46
Il Concorso di Progettazione per il nuovo Ospedale Urbanistica ed ospedale: la complessità negata ..... <i>Alessandro Caviglia</i>	50
Sanità e managerialità per l'Ospedale Maggiore Un anno di esperienza ..... <i>Edes Rovis</i>	52
Mirasole: il rilancio ..... <i>Antonio Maggioni</i>	56
Gli Induno: grandi ritrattisti dell'Ottocento non solo per la Ca' Granda ..... <i>Marina Manusardi</i>	58
Le "segrete affinità" tra archivi e architettura: il caso del nuovo Centro degli Archivi Nazionali francesi ..... <i>Cristina Cenedella</i>	65
A proposito di libri ..... <i>Giancarla Mursia</i>	68
Parlando di libri: perché tanto giallo ..... <i>Mauro Castelli</i>	69

Asterisco.....		70
Pensando, camminando coi “nostri” vecchi.....	<i>Marco Segala</i>	71
Vedovelle milanesi.....	<i>Vincenzo Bevacqua</i>	73
Eredità spettacolari.....	<i>Paolo M. Galimberti</i>	80
Il Segantini dell’Ospedale Maggiore ai musei Guggenheim di Berlino e New York.....	<i>Daniele Cassinelli</i>	82
Cura, preghiera e pacificazione: l’esperienza della Comunità di Sant’Egidio.....	<i>Silvia Carnevale</i>	84
Nel ricordo di due maestri.....	<i>Carlo Tognoli</i>	88
Ruggero Caputo.....	<i>Elvio Alessi, Carlo Gelmetti</i>	88
Giorgio Pardi.....	<i>Guido Coggi</i>	89
Dalla nostra unità ospedaliera: il trimestre.....		91-93
Recensioni.....	<i>Vincenzo Bevacqua, Elisabetta Zananotti Tiranini</i>	94
Cronache amministrative.....		97

*La copertina*

Venticinque marzo, giorno dell’Annunciata e Festa del Perdono.

Qui riprodotta la Vergine dell’Annunciazione in legno dorato della fine del secolo XVI

(*Raccolte d’arte dell’Ospedale Maggiore*).

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*

*Un numero doppio per dare tempo e spazio alla tradizionale Festa del Perdono che quest'anno ha anche chiuso il 550° anniversario di fondazione dell'Ospedale Maggiore, e per riprendere, dopo la fortunata pubblicazione quasi monotematica del fascicolo 4/06 sugli inimitabili secolari rapporti Ca' Granda-Milano, la sua linea di attualità, di ricerca, di ascolto e informazione.*

*Eventi interni all'Ospedale, iniziative, progetti per il futuro, collaborazioni aperte con istituzioni e organizzazioni esterne. Proposte degli autori su problemi di attualità, e di attualità medico-sociale (la cannabis) nella ricerca, nell'opinione del farmacologo.*

*Commenti e pareri sulla vicenda assistenziale ospedaliera e sue diverse conseguenze opportunamente ricordate.*

*Memoria affettuosa di due personalità recentemente scomparse.*

*Mirasole: un malinconico richiamo all'Abbazia con proposte nuove.*

*Dopo il ricordo recente delle "scienziate dimenticate" (fascicolo 2-3/06), la straordinaria presenza intellettuale e morale di Marie Curie.*

*Libri sempre, sia pure con qualche amarezza, e libri gialli.*

*Un viaggio in bilico tra architettura e archivistica: un sodalizio che trova l'estrinsecazione ideale all'estero, ma anche a Milano ha avuto applicazioni eccellenti.*

*La partecipazione dell'Ospedale a mostre internazionali; la ritrattistica ottocentesca (qui Domenico e Gerolamo Induno), non solo alla Ca' Granda.*

*E, come sempre, le curiose, attese pagine storico-milanesi (in questo caso sulle non dimenticate vedovelle) di un autore molto noto ai nostri lettori.*

*L'asterisco, le recensioni, le cronache amministrative concludono il fascicolo.*

*La nostra rivista guarda e segue da sempre con riserbo ma con attenzione e partecipazione quanto si muove attorno a noi, quanto cresce nel nostro mondo di cura, di ricerca nella sofferenza, di esperienza e di speranza, e nutre fiducia che nella complessità degli accadimenti diversi possano sempre arrivare alle nostre pagine in prevalenza notizie dei grandi valori che vi esistono e hanno forza su di noi.*

---

stampe trimestrali - Sped. abb. post. 70% - filiale di Milano - n. 1-2 - 2007 - registrazione Tribunale di Milano n. 5379, II-8-1960.

stampa: Stampamatic Spa - Settimo Milanese (MI) - via Albert Sabin, 20; fotocomposizioni: Artea (Settimo Milanese) - via Albert Sabin, 26; fotolito: Digital Seleprint s.r.l. - Milano - via Cortina d'Ampezzo, 12.

## La Festa del Perdono 2007

Quest'anno la presenza del nostro Cardinale alla Festa del Perdono è occasione felice per ricordare anche in questa sede alla parrocchia, ai suoi fedelissimi parrocchiani, che il nostro Parroco Arcivescovo vive in questo tempo il suo grande giubileo sacerdotale, al quale noi partecipiamo con profondi sensi di gratitudine e affettuosi voti augurali.

### La cerimonia religiosa



L'arrivo di Sua Eminenza il cardinale Dionigi Tettamanzi nella sede amministrativa dell'Ospedale Maggiore. Lo accoglie l'on. Carlo Tognoli, presidente della Fondazione.

Nella chiesa secentesca dell'Annunciata Sua Eminenza il cardinale arcivescovo Dionigi Tettamanzi, parroco della Ca' Granda, presiede la concelebrazione della Messa che dà inizio alle cerimonie per la Festa del Perdono. Presenti le autorità istituzionali della Città e della Regione, e per la Fondazione il presidente Tognoli, il direttore generale Di Benedetto, il direttore scientifico Bonino, il direttore sanitario Maltagliati, il Consiglio di Amministrazione, funzionari, dirigenti, visitatori, medici, rappresentanze delle associazioni volontaristiche e del

personale religioso e laico ospedaliero.

Per l'intera nostra comunità raccolta nella partecipazione alla celebrazione eucaristica, mons. Piero Cresseri, rettore vicario, si è rivolto al Presule con espressione affettuosa e di gratitudine:

«2003 – 2005 – e ora 2007, tre date di Feste del Perdono che ci ricordano la Sua presenza tra noi, Eminenza, che accogliamo e salutiamo con viva cordialità, come Arcivescovo e parroco della nostra parrocchia ospedaliera.

Dall'8 dicembre scorso questa nostra speciale parrocchia si è ingrandita, comprendendo anche la Cappellania dei SS. Innocenti, ex ICP. Infatti dal 1° gennaio 2005 l'ex Policlinico e l'ex ICP costituiscono la nuova Fondazione.

Quest'anno poi la "Festa del Perdono" è arricchita da un anniversario speciale, che non vogliamo passi inosservato: mi riferisco ai 550 anni di vita del nostro Ospedale Maggiore Ca' Granda che ha visto la luce nel 1456, e tre anni dopo con la Bolla Pontificia del 1459, ha ricevuto anche il dono dell'Indulgenza plenaria, che tutt'ora continua.

Noi operatori presenti in ospedale a vario titolo, con alta professionalità e sapiente sinergia, vogliamo contribuire al bene di tutti i sofferenti che varcano la soglia dell'ospedale in cerca di ricovero e di cura.

Celebriamo quindi la nostra Festa Patronale dell'Annunciazione; onoriamo Colei che, come dice la liturgia odierna, "è piena di grazia ed è la Serva del Signore".

Concludo con due strofe de "L'Inno a Maria" di Alessandro Manzoni con le quali noi sacerdoti abbiamo pregato nell'Ufficio di lettura di questa mattina:

*O vergine, o Signora, o Tutta Santa, che bei nomi ti serba ogni sequela! Più d'un popol superbo esser si vanta in tua gentil tutela.*

*A Te che i preghi e le querele, non come suole il mondo, né degl'imi e de' grandi il dolor col suo crudele discernimento estimi.»*



Le autorità accompagnano Sua Eminenza alla Chiesa dell'Annunciata.

Attesa e particolarmente seguita l'omelia del Cardinale Arcivescovo, che qui riportiamo:

«Carissimi, saluto tutti e ciascuno di voi con rispetto e insieme con affetto, esprimendo la mia gioia nel partecipare alla tradizionale Festa del Perdono con la celebrazione eucaristica in onore di Maria Santissima, l'Annunciata.

Mentre ci lasciamo trasportare dal canto e dalla musica e affascinare da questa stupenda tela del Guercino che sta davanti ai nostri occhi, sentiamo il bisogno di essere illuminati sul significato profondo di questa festa con la luce che si sprigiona dalla bellissima pagina evangelica nella quale Luca ci narra l'evento dell'Annunciazione. È una pagina che tutti conosciamo, una pagina ascoltata più volte, ma sempre capace di riservarci spunti nuovi di riflessione, di meditazione, di preghiera.

Vorrei in particolare soffermarmi sulla struttura dialogica che caratterizza la pagina di Luca. L'evangelista ci mette di fronte a un *dialogo tra Dio e la persona umana*, più precisamente tra Dio che porta il suo messaggio con la voce dell'angelo e Maria, la ragazza del piccolo paese di Nazaret, che viene interpellata.

Nell'ambito di questo dialogo vorrei fermare l'at-

tenzione sulla *risposta che Maria dà al messaggio di Dio*. È una risposta che, alla luce del testo, risulta essere faticosa, molto faticosa; solo gradualmente e alla fine questa fatica si scioglierà e la risposta di Maria si presenterà coraggiosa.

*1. La risposta di Maria è segnata dalla fragilità umana.* Luca, infatti, scrive: «a queste parole ella rimase turbata» (v. 29). Il *turbamento* indica il dubbio, la perplessità, l'incertezza, la paura, l'incomprensione di quanto Dio, attraverso l'angelo, le vuole comunicare. Per questo Maria sente il bisogno di interrogare l'angelo, sente il bisogno cioè di capire, di comprendere che cosa sta avvenendo, che cosa Dio le vuole veramente chiedere. Scrive ancora l'evangelista: «si domandava che senso avesse un tale saluto» (v. 29). Maria, dunque, ha bisogno di maggiore luce.

E l'angelo le viene incontro spiegando il senso della volontà di Dio: «Non temere, Maria, perché hai trovato grazia presso Dio. Ecco concepirai un figlio, lo darai alla luce e lo chiamerai Gesù» (vv. 30-31).

Ma anche dopo la spiegazione dell'angelo, Maria sperimenta la fragilità umana. Le parole dell'angelo le sembrano ancora insufficienti: non le permettono di rispondere in modo lucido e sicuro alla proposta del Signore. Quando l'angelo dà la spiegazione, Luca mette sulle labbra di Maria queste parole: «Come è possibile? Non conosco uomo» (v. 34). Sì, la persona ha dentro di sé un'esigenza insopprimibile: se non capisce, se non trova risposta adeguata, soffre "turbamento", diviene ansiosa, sperimenta *la fatica del silenzio di fronte agli interrogativi che la vita pone*.

Tutti noi conosciamo questa fatica, quando non riusciamo a rispondere alle domande che ci pongono gli uomini - anzi che ci pone Dio stesso - sul senso della vita, sul suo vero valore, e questo soprattutto nei momenti inquietanti nei quali siamo messi di fronte in maniera cruda al "mistero del male" presente nel mondo: nel "grande" mondo e nel "piccolo" mondo che interessa tutti e ciascuno di noi. In particolare mi riferisco al male comune e quotidiano della malattia e della sofferenza.

L'interrogativo sul "perché" dell'esistenza del male nel mondo - e dunque il "perché" della malattia e della sofferenza - rimane sempre inquietante e lacerante e ci fa sentire tutto il peso, tutta la fatica di

dare una risposta davvero convincente e risolutiva. Penso alla figura emblematica di Giobbe, di questo uomo giusto che, nonostante la sua giustizia, si trova colpito da tantissimi mali e chiede con forza al Signore il “perché” di quanto gli sta succedendo. Ci sono i suoi tre amici che vanno a visitarlo e ragionano con lui cercando di convincerlo che, se Dio gli ha addossato questi mali, è perché è un peccatore. Ma Giobbe, sdegnato, allontana gli amici. Di più, si mette a “contestare” il Signore, al quale mostra la sua innocenza e chiede il perché del suo operare. Ma il Signore tace: non gli risponde! Giobbe una risposta non riesce a trovarla, se non attraverso un barlume di verità: perché non pensare ad un motivo pedagogico dentro la sua situazione di sofferenza? Il Signore non lo vuole forse far maturare e purificare dai suoi limiti, dalle sue colpe? Ma anche questa è una prospettiva, tutto sommato, insoddisfacente. Giobbe continua a rimanere confuso: non trova una risposta adeguata al perché della sua malattia e sofferenza.

Per avere una risposta dovremo attendere la venuta del Signore Gesù. Per la verità, Gesù non dà una spiegazione attraverso riflessioni, ragionamenti, dottrine. Offre una risposta apparentemente più umile e più semplice, che solo nella fede siamo in grado di accogliere: è la spiegazione che ci viene dal suo gesto concreto di vita. Facendosi uomo, Gesù, il Figlio eterno di Dio, viene a condividere con noi la sofferenza e la condivide giungendo sino all'estrema sofferenza della morte da lui scelta in libertà e per amore.

2. *Ora la Vergine Maria dice il suo “sì”.* Ha superato la fase della risposta faticosa ed è arrivata alla *risposta coraggiosa*. Con piena libertà dice: «Eccomi, sono la serva del Signore, avvenga di me quello che hai detto» (v. 38).

Noi pensiamo che quella di Maria non possa essere se non una *risposta umana*, ossia una risposta che scaturisce dalla sua consapevole convinzione e dalla sua *decisione libera*. Davvero grande è la libertà di



La concelebrazione eucaristica.

questa ragazza nel suo consegnarsi, tenendo in mano fortemente se stessa, a Dio e nell'affidarsi al suo disegno di amore!

Una libertà, quella di Maria, ispirata e sostenuta dalla grazia del Signore: questa grazia è il principio sorgivo più profondo e più forte che fa sprigionare nel cuore la più ampia "disponibilità" a Dio e ai suoi progetti, e quindi la più vera e intensa



Due momenti della concelebrazione.

“libertà”. Proprio contestualmente al “sì” che Maria ha detto al disegno di Dio, il Verbo, il Figlio di Dio che nel suo grembo e nel suo cuore prendeva carne umana, ha detto il suo “sì” al Padre che lo chiamava a essere salvatore del mondo proprio attraverso l’esperienza del dolore e della sofferenza. «Ecco, sono la serva del Signore», diceva Maria, e il Figlio in quell’istante concepito nel suo seno e quindi «entrando nel mondo» così si esprimeva: «Tu non hai voluto né sacrificio né offerta, un corpo invece mi hai preparato ... Allora ho detto: Ecco, io vengo ... per fare, o Dio, la tua volontà» (*Ebrei 10, 5-7*).

Come la Vergine Maria ha detto: «Sono la serva del Signore», così anche noi, nella nostra vita, siamo chiamati, soprattutto in certi momenti difficili e pesanti, a superare la fatica di dare una risposta plausibile al “perché” del dolore e della sofferenza e a dire senza paura quel “sì” che è il segno concreto della risposta libera e coraggiosa al disegno del Signore.

Dobbiamo ricordare che in questo disegno del Signore rientra per noi anche il compito di combattere in tutti i modi la malattia e tutto ciò che ostacola la salute e ancor più la vita.

Ci sono però situazioni nelle quali, nonostante tutti gli sforzi umani, la realtà della sofferenza chiede comunque di essere accolta in modo consapevole e responsabile, al di là della fatica del “sì” che il Signore aspetta da noi.

In questo ambito sento il dovere di chiedere, nel segno della gratitudine per quanto già si sta facendo e dell’incoraggiamento per quanto si potrà ulteriormente fare, *un forte patto di solidarietà con i malati e i sofferenti*.

Proprio in questo luogo ci sono risorse formidabili che domandano di essere messe a disposizione della grande causa dei malati e dei sofferenti. Penso ai contributi preziosi che provengono dalla ricerca scientifica, dall’applicazione tecnologica, dall’alta professionalità delle persone che lavorano in questo luogo di dolore e di speranza. Penso in particolare a quella vicinanza umana, a quello spirito di fede che sono di grande aiuto nei momenti più faticosi e più dolorosi della nostra esistenza. In questa prospettiva il concetto di *alleanza terapeutica* può trovare nel patto di solidarietà attuato nella sinergia delle più diverse risorse in atto negli ospedali e nelle varie case di cura un suo allargamento e una sua realizza-

zione nel segno di una grande concretezza e fecondità: una specie di “abbraccio” quanto mai ampio e “caldo” da parte di tutti gli operatori verso chi è malato e sofferente.

Ed ora una conclusione che tutti ci deve provocare nella nostra responsabilità: non basta che la Vergine Maria dica di essere la serva del Signore; non basta che ciascuno di noi dica al Signore: «Sono la serva del Signore»; è necessario che tutti insieme, con i nostri diversi doni e compiti, diciamo: «Siamo i servi del Signore».

Siamo servi del Signore quando siamo servi dei nostri fratelli e delle nostre sorelle, soprattutto quelli provati dalla malattia e dalla sofferenza. Servendo i fratelli e le sorelle con competenza, umanità ed amore in realtà noi diventiamo servi del Signore.

Sappiamo bene che tutto questo è facile a dirsi ma faticoso a realizzarsi. Per questo ci rivolgiamo a Maria Santissima: come Madre sia vicina e aiuti



Il Cardinale lascia la Chiesa dopo la Messa.

tutti e ciascuno di noi! »

Molto apprezzata e suggestiva l'esecuzione di canti liturgici del Coro dell'Università Statale che ha accompagnato la cerimonia religiosa.

Affettuosamente circondato, il Cardinale si congeda dalla sua parrocchia.



Sotto il porticato del grande cortile richiniano dell'Università i partecipanti alla Festa del Perdono si avviano in aula magna.

Autorità e persone convenute raggiungono l'aula magna dell'Università degli Studi, cortesemente concessa, per la partecipazione all'adunanza commemorativa che tradizionalmente propone l'incontro del più antico ospedale milanese con la sua città.

Sul palco, accanto al presidente della Fondazione on. Tognoli, il rappresentante della Regione dott. Angelo Giammario che ha portato il saluto del presidente Formigoni, il rettore dell'Università prof. Enrico Decleva, il direttore scientifico prof. Ferruccio Bonino. Sul palco anche gli autori del quarto fascicolo 2006 de "la ca' granda" dedicato ai 550 anni dell'Ospedale Maggiore (1456-2006): professori Giorgio Cosmacini, Edoardo Bressan, Vittorio A. Sironi e le dottoresse Cristina Avogadro e Elisabetta Zanarotti Tiranini.

### **Il saluto del rettore prof. Decleva**

«Sono particolarmente lieto di porgere anche quest'anno al Presidente Tognoli e a tutti i convenuti il saluto più cordiale dell'Università degli Studi di Milano. Ho già avuto occasione di dirlo in altre occasioni, ma la Festa del Perdono è l'unica circostanza nella quale, almeno simbolicamente, e per una mezza giornata, l'Università restituisce questo

edificio alla gloriosa Ca' Granda che l'ha avuto in carico per tanti secoli.

Sottolineo, naturalmente, che si tratta di una cessione simbolica, anche perché quest'anno, a differenza degli anni scorsi, non potrò assistere a tutta la cerimonia mantenendo quindi il controllo della situazione...

In realtà mi dispiace molto di non poter restare tra voi molto oltre il tempo di questo saluto. Vorrei in ogni caso esprimere una volta ancora i motivi di compiacimento per la continuità dell'impegno che i responsabili della Fondazione stanno mettendo nell'opera di ristrutturazione, che prosegue e segna ogni anno tappe nuove e positive, nonostante le difficoltà. Al tempo stesso desidero sottolineare anch'io l'importanza dei rapporti e della collaborazione tra Università e Fondazione, rapporti e collaborazione destinati sicuramente a ulteriormente intensificarsi, e tanto più dopo il passaggio positivo rappresentato dal rinnovo della convenzione tra i due enti, realizzata nel corso dell'anno appena trascorso. Vi sono, come non potrebbe non essere, anche aspetti da migliorare, a cominciare dalle condizioni fatte ai nostri studenti, che certamente risentono della contiguità dei lavori in corso e della carenza di spazi loro destinati.

Più in prospettiva, credo che sia giunto il momento di definire con più precisione spazi e funzioni da riservare all'Università e alla sua Facoltà medica nell'assetto finale della ristrutturazione in corso. Ma sono sicuro che riusciremo a trovare buone soluzioni. Il mio saluto di oggi è quindi più che mai un arrivederci alla Festa del Perdono del prossimo anno.»

### **Il discorso del presidente on. Tognoli**

«Ringrazio tutto il personale, medico e non medico, che opera nella Fondazione, in condizioni rese non sempre facili dalle ristrutturazioni in corso; ai protagonisti del volontariato che, nel solco di una tradizione secolare, offrono il loro prezioso supporto agli operatori e assistenza ai pazienti; ai dirigenti e ai dipendenti, che oggi ricevono il riconoscimento per il lavoro prestato in decenni di attività presso l'ICP o il Policlinico, oggi unificati nel nostro ente, a costituire un presidio di cura e di ricerca tra i più importanti d'Italia. Un pensiero grato rivolgo al Cardinale Arcivescovo Dionigi Tettamanzi, che ci

ha fatto dono della Sua presenza anche stamani. Un grazie al Presidente Formigoni, che ci segue da vicino fin dalla nascita della Fondazione, e al Sindaco Moratti per la sua attenzione verso la Sanità.

Siamo entrati nel terzo anno di vita della Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena e siamo in grado di presentare un pacchetto di realizzazioni strutturali e organizzative che risponde alle linee direttive dell'Accordo di Programma, primo atto verso la costituzione del nuovo Ente, e alle aspettative dei soci fondatori, Regione Lombardia, Ministero della Salute, Comune e Arcidiocesi di Milano.

La Fondazione, infatti, ha tra i suoi obiettivi anche la riqualificazione urbanistica e architettonica di tutta l'area ospedaliera al fine di realizzare un ospedale a "misura d'uomo", che si apra verso la città divenendone parte integrante. Un complesso integrato nella rete di servizi del territorio, in grado di rispondere più adeguatamente alle esigenze determinate dall'allungamento dell'aspettativa di vita, dall'aumento delle patologie croniche e degenerative e dalla richiesta crescente di assistenza diversa da quella tradizionale.

### ***Lavori in corso***

In questa direzione, nel marzo 2005, è stato approvato il progetto di demolizione e ricostruzione del nuovo Monteggia, prossimo Dipartimento di Neuroscienze ed organi di senso, che sarà completato a metà 2008, con una superficie raddoppiata: 12.000 mq rispetto ai 6.800 mq precedenti. Il progetto prevede, tra l'altro, otto nuove sale operatorie d'avanguardia; la radiologia, comprensiva di due risonanze magnetiche, una risonanza magnetica aperta, un'angiografia biplanare, due TAC e una RX polifunzionale; nove posti letto di Terapia Intensiva (di cui uno per isolamento) e otto posti letto riservati alla "Stroke Unit", che garantirà i primi interventi indispensabili per i pazienti colpiti da ictus cerebrale. Gli ultimi tre piani saranno destinati alle degenze, per un totale di circa 100 posti letto. Il tutto per un costo complessivo pari a circa 37.000.000 euro. Nel dicembre 2005 abbiamo inaugurato il nuovo Pronto Soccorso Pediatrico. Una ristrutturazione costata 960.000 euro e resa possibile dalla generosità

della Fondazione Milan, dell'Associazione per il Bambino Nefropatico e di altre aziende che hanno donato arredi, strumenti tecnologici e computer. Il PS pediatrico dispone oggi di un'area di circa 600 metri quadri, quattro volte più grande della vecchia struttura, con un percorso dedicato ai bambini con patologie più gravi, un'area attrezzata per l'osservazione breve intensiva e la stabilizzazione dei piccoli pazienti, un'area per i piccoli interventi ed una sala d'attesa per i parenti.

Nello stesso mese abbiamo inaugurato anche il Centro di Risorse Biologiche, che ha la missione di raccogliere, caratterizzare, conservare e distribuire cellule, siero, acidi nucleici per la ricerca e la terapia. Il centro riunisce la Milano Cord Blood Bank, la Cell Factory 'Franco Calori', la Biobanca Italiana, il Laboratorio di Citometria e di Epatologia Sperimentale. È stato costituito al fine di integrare le attività già presenti da alcuni anni presso l'Ospedale Maggiore con nuove attività svolte dalla neonata Biobanca Italiana, una banca di materiali biologici presso la quale verranno conservati, oltre ad altri materiali biologici, gli embrioni congelati sovrannumerari risultati 'abbandonati' dopo il censimento eseguito dall'Istituto Superiore di Sanità presso i Centri di Fecondazione Assistita successivamente all'entrata in vigore della legge 40.

Molteplici anche gli interventi del 2006, a partire da marzo, con l'inaugurazione del nuovo reparto di degenze di Ematologia, restaurato e reso funzionale grazie all'Associazione Italiana contro le leucemie-linfomi e mieloma (A.I.L.). Nel nuovo reparto, che risponde ai più moderni criteri assistenziali, vengono ricoverati prevalentemente pazienti affetti da tumori del sangue che necessitano di chemioterapie intensive o che presentano complicanze varie. Il reparto lavora in stretto contatto con il Day Hospital, anch'esso donato nel 2003 da A.I.L., che per entrambe le realizzazioni ha sostenuto una spesa pari a 1.900.000 euro.

Giugno ha visto l'apertura del nuovo Centro per la Diagnosi e la Terapia dell'Osteoporosi, che esegue annualmente oltre 6000 densitometrie (MOC), oltre 1000 visite per osteoporosi primitiva e secondaria, morbo di Paget osseo e altre patologie metaboliche ossee e oltre 800 dosaggi di laboratorio dei marcatori del *turn over* osseo.

Settembre è stato invece il mese del reparto di Neuroradiologia Diagnostica e Interventistica, costato 740.000 euro. Temporaneamente ospitato nel Padiglione Beretta, troverà collocazione definitiva nel nuovo Padiglione Monteggia. È riconosciuto come Centro di riferimento nazionale per le procedure endovascolari craniche e può contare su una nuova apparecchiatura angiografica, qui installata per la prima volta in Italia, che affianca alle tradizionali funzioni radiologiche, la simulazione della ricostruzione delle arterie cerebrali danneggiate da aneurismi, stenosi o angiomi. L'apparecchiatura consente, inoltre, di effettuare durante l'operazione, senza spostare il paziente, anche la TAC, garantendo una più affidabile ed immediata diagnosi dei risultati dell'intervento. Le nuove sale angiografiche permettono quindi di intervenire senza dover aprire la scatola cranica anche in casi di patologia vascolare cerebrale complessa. Il reparto di Neuroradiologia Diagnostica ed Interventistica nel 2005 ha esaminato in sala angiografica 1031 pazienti effettuando 241 interventi endovascolari in programmazione ed in urgenza. Di questi il 52% riguardavano pazienti provenienti da altre regioni. Sono stati invece oltre 20.000 gli esami diagnostici effettuati riguardanti il cervello e il midollo spinale.

In ottobre è stato approvato il progetto per il nuovo Dipartimento di Emergenza Urgenza, che verrà realizzato mediante la ristrutturazione e l'ampliamento del Padiglione Guardia Accettazione. È già stata indetta la procedura di gara per la demolizione del Padiglione Pasini e per gli scavi, ed entro la metà del 2007 sarà approvato il progetto esecutivo relativo alla fase di ricostruzione. La durata complessiva dei lavori è prevista in circa tre anni e mezzo. Il nuovo Pronto Soccorso avrà una superficie doppia rispetto alla attuale e si svilupperà su cinque piani di cui tre fuori terra. La sua realizzazione costerà circa 30.700.000 euro.

In novembre, infine, abbiamo inaugurato il Servizio di Cardiologia Interventistica: due nuove sale dotate di apparecchiature di ultimissima generazione, indispensabili per l'applicazione interventistica coronarica ed elettrofisiologica.

Il 2007 si è aperto con l'inaugurazione del Padiglione Cesarina Riva, costato circa 5 milioni di euro, la maggior parte donati dalla Fondazione per la Ricer-

ca e la Terapia in Urologia RTU- ONLUS e dalla Fondazione Cariplo. Nel nuovo padiglione, sede dell'Unità di Urologia, è stato ampliato il blocco operatorio, che può oggi contare su tre sale operatorie, due delle quali attrezzate per interventi di trapianto di organo. Si è provveduto poi alla razionalizzazione delle degenze, prima suddivise fra i due piani, concentrandole tutte al piano rialzato: dieci camere a due posti letto e quattro a un posto letto. Inoltre è stato riorganizzato il primo piano destinato alla direzione, agli studi medici e alla formazione, dotandolo di un sofisticato sistema video collegato alle sale operatorie, capace così di connettere attività chirurgica e didattica.

### *Nuovi progetti*

A febbraio abbiamo lanciato il Bando internazionale di progettazione, punto cardine dell'Accordo di programma, finalizzato alla riorganizzazione funzionale e al conseguente assetto urbanistico dell'intera area compresa tra la Rotonda della Besana e Largo Richini (circa 137.000 mq). Il fulcro della riprogettazione è individuabile nell'area attualmente sede dell'Ospedale Maggiore Policlinico, ove è consentita maggior libertà di intervento, con particolare attenzione alla zona destinata ad ospitare i poli di medicina generale e materno infantile, per la cui realizzazione sono stati stanziati 175 milioni di euro.

In questo anno verranno avviati anche i lavori per la realizzazione dell'Istituto nazionale di genetica molecolare, la cui sede sorgerà al posto dell'attuale "Ex convitto infermieri" con il nome di Padiglione Romeo ed Enrica Invernizzi e ospiterà anche il Dipartimento trasfusionale e di riferimento per il trapianto di organi e tessuti. L'obiettivo principale dell'INGM è sviluppare progetti di ricerca traslazionale che portino allo sviluppo di nuovi diagnostici o farmaci per malattie neoplastiche o autoimmuni. Si tratta di un centro di ricerca di alta qualità, costituito dal Ministero della Salute, dal Ministero degli Esteri, dalla Regione Lombardia e dalla Fondazione OMPOMARE, che sarà fisicamente inserito nel nostro complesso, aumentandone il livello d'eccellenza. L'ultimazione dei lavori, compresi arredi, attrezzature e collaudi, sarà nel 2009. Costo complessivo: 20.000.000 euro.



Parla l'on. Carlo Tognoli.

### ***L'Abbazia di Mirasole***

Accanto alle realizzazioni relative alle strutture sanitarie, ai progetti di ricerca, all'adeguamento tecnologico della strumentazione diagnostica e terapeutica che ci sono state assegnate nell'ambito delle 'mission', possiamo finalmente annunciare che è in dirittura d'arrivo anche la sistemazione del complesso abbaziale di Mirasole. Per la verità, nella parte già abitabile, si svolgono da tempo corsi, convegni, incontri di alto livello scientifico e sociale e manifestazioni culturali a cura dell'Amministrazione Provinciale e dei Comuni limitrofi che fanno parte del Parco Sud.

La conclusione dei lavori, entro un anno, ha per me un significato particolare, perché ricordo gli auspici formulati da Lino Montagna per il restauro di Mirasole, in occasione della grande mostra della Ca' Granda che ebbi l'onore di organizzare a Palazzo Reale, come sindaco di Milano, nel 1981, sospinto dalla grande passione umana, artistica e di fede di Giovanni Testori.

Oggi abbiamo un'idea progettuale per l'Abbazia di

Mirasole, che si aggiunge alle finalità espositive e alle attività di formazione già previste. Si pensa di dar vita ad un centro per la salute dell'alimentazione, dove lo studio scientifico sui cibi e sulla loro confezione si possa accompagnare alla buona tavola. Un ristorante, detto con semplicità, coniugato alla educazione alimentare per prevenire, tra l'altro, anoressie e bulimie, dove la preparazione delle pietanze sia il frutto di studi e ricerche affidato ai medici, insieme ai cuochi. Un punto di ristoro in un ambiente ecologico: il benessere dell'alimentazione contro la cattiva cucina, foriera di disturbi e di malattie. Questa idea, sviluppata dal professor Bonino, nostro Direttore Scientifico, e dall'Ingegnere Caviglia, ha già ricevuto una menzione da parte del Parco Sud e della Provincia di Milano, nell'ambito del bando per la presentazione di progetti per l'Expo 2015, che avrà come tema centrale proprio l'alimentazione.

### ***Considerazioni conclusive***

Sul fronte degli investimenti economici legati a lavori e acquisti, la Fondazione ha speso, nel 2005, 13 milioni e 288 mila euro (di cui 5 milioni e 718 per apparecchiature), nel 2006, 22 milioni e 792 mila euro (di cui 11 milioni e 956 per le apparecchiature). Ovviamente, l'insieme degli impegni per ricostruire e ristrutturare l'intera area ospedaliera è ben più rilevante e si aggirerà, alla fine del processo di rinnovamento, tra i 260 e i 280 milioni di euro. Possiamo con soddisfazione sottolineare che l'utilizzo delle risorse proprie dell'ente per gli investimenti non ha depauperato il patrimonio. Le necessarie alienazioni sono avvenute con una gestione oculata che ha puntato e punta ad ottenere plusvalore grazie agli strumenti urbanistici messi in atto dalle amministrazioni dei Comuni dove insistono le nostre proprietà. È una metodologia introdotta in questi anni, che ci permette di mettere sul mercato, a termini di legge, porzioni di aree valorizzate, senza privarci del grosso del patrimonio.

In questa rapida analisi dei primi tre anni di vita del nostro Ente, non posso non ricordare il contributo di Fondazione Fiera Milano, il cui ingresso nella nostra Fondazione in qualità di socio partecipante è stato la dimostrazione della validità della costruzione giuridica del nostro istituto, che può avvalersi di nuove partecipazioni provenienti dal mondo economico. Fon-

dazione Fiera ci ha portato prestigio, risorse per la ricerca, sostegno tecnico e giuridico per la stesura del documento direttore per il già citato concorso progettuale urbanistico-edilizio, contributi operativi e *know how* per altri aspetti gestionali della vita dell'Ente.

Abbiamo avvertito, in questo primo periodo di vita, anche la vicinanza protettrice dell'Arcivescovo, la cui attenzione etica e spirituale si è manifestata con una presenza discreta, ma vigile e rassicurante nei confronti della nostra attività e sempre suggeritrice di pensieri e azioni verso chi soffre. La nostra, la mia, gratitudine è piena e ci permette di lavorare con fiducia per raggiungere gli obiettivi che ci sono stati assegnati.

Da ultimo vorrei ricordare che lo scorso anno abbiamo celebrato con convegni e con una mostra fotografica al Museo di Milano il 550° della 'Ca' Granda' e il centenario della Mangiagalli. La coincidenza di questi anniversari è caduta in occasione del rinnovo della convenzione tra la Fondazione e l'Università Statale, con un richiamo simbolico proprio alla 'Ca' Granda', dove ha sede oggi l'ateneo, e al nome di Mangiagalli, sindaco di Milano, che con la sua tenace azione consentì nel 1924 l'istituzione dell'Università nella nostra città. Come abbiamo già detto, il frutto di questa osmosi tra Università e complesso ospedaliero è il primo posto che la nostra Fondazione occupa in Italia nella ricerca, tra gli IRCCS pubblici. Naturalmente questi risultati devono essere uno stimolo per raggiungere altri traguardi, nel campo della ricerca per la cura, per l'efficienza della assistenza sanitaria, per l'attenzione al malato come persona umana e come cittadino.



La Festa del Perdono quest'anno, nella parte dedicata ai riconoscimenti di anzianità e di merito del personale, si estende agli operatori della Mangiagalli, della De Marchi, della Regina Elena, della Clinica del Lavoro, prestigiosi luoghi della medicina milanese. E da ora in poi sarà sempre così.

La Festa del Perdono è per tradizione una manifestazione della città, una manifestazione unificatrice: infatti la messa è celebrata alternativamente un anno nel Duomo e un anno alla Ca' Granda. Anticamente venivano collocate due casse, con serrature, per la raccolta delle elemosine. Le chiavi erano consegnate una al collettore della Camera apostolica (cioè Roma) e l'altra ai fabbricieri del Duomo e dell'Ospedale. Metà delle offerte veniva devoluta in favore dei crociati cristiani in lotta contro i turchi in Terrasanta, l'altra metà divisa tra l'una e l'altra fabbrica.

Il complesso processo di ristrutturazione in atto nell'area ospedaliera (mentre l'attività di assistenza sanitaria non conosce sosta) oggi non pesa, per gli investimenti, sulla finanza pubblica. Si dice 'chi s'aiuta il ciel l'aiuta', noi aggiungiamo: se i nostri soci fondatori, Regione, Ministero e Comune avranno un occhio di riguardo per lo sforzo che viene compiuto, in una situazione certo disagiata, ce la faremo.»

### **L'intervento del direttore scientifico prof. Bonino**

«Si dà valore oggi, in occasione della Festa del Perdono, a un numero particolare della nostra rivista "la ca' granda", rivista che fa parte delle iniziative culturali della Fondazione ed è testimone degli ultimi cinquant'anni di vita, di attività, di avvenimenti del nostro complesso ospedaliero.

Abbiamo ritenuto che potesse e dovesse portare nelle sue pagine un segno originale e concreto della realistica plurisecolare ininterrotta presenza dell'Ospedale nella città dal 1456.

Sappiamo che fra la Ca' Granda e i milanesi esiste un rapporto di autentica partecipazione, oltre cinque secoli di storia insieme, di ricerca e fede nel *valore* della "vita insieme".

La curiosità, il desiderio e il grande interesse a conoscerlo dal didentro e farlo conoscere questo valore, ci hanno spinto a dedicare ai 550 anni dell'Ospedale Maggiore questo numero unico, coordinato da Edoardo Bressan e da Franca Chiappa.

Gli autori dei testi sono qui con noi sul palco e li ringraziamo per aver accolto il nostro invito.

Introdurremo brevemente i loro interventi ispirandoci alla testimonianza che ciascuno ha scelto, esplorando e illustrando il periodo di un secolo o più, dal '400 ai giorni nostri. Ascolteremo una breve sintesi dei frutti delle loro ricerche, testimonianze e interpretazioni dei valori degli eventi e delle motivazioni profonde che hanno determinato nei tempi coesioni straordinarie tra la città e il nostro ospedale per il superamento di crisi drammatiche.

Oggi più che mai occorre ispirarci ai valori della "vita insieme", alla solidarietà, caratteristica di fondo di Milano per affrontare le insidie e criticità dei primi albori del nuovo rinascimento dei valori dell'uomo.

Ascolteremo:

- il prof. Edoardo Bressan, docente di storia contemporanea all'Università di Macerata, su "La Città e l'Ospedale. Dal Medioevo all'età spagnola";

- la dott.ssa Cristina Avogadro, docente di lettere e storia a Novara, su "Milano e l'Ospedale Maggiore fra austriaci e francesi (1706-1859)";

- il prof. Giorgio Cosmacini, docente di filosofia della scienza e storia della medicina dell'Università Vita-Salute dell'Ospedale San Raffaele di Milano, su "L'Ospedale, il luogo di crescita scientifico-culturale e assistenziale della Città in espansione (1860-1980)";

- il prof. Vittorio Sironi, storico della medicina e

della sanità, docente all'Università degli Studi di Milano-Bicocca, su "La Farmacia dell'Ospedale e il suo rapporto con la Città";

- la dott.ssa Elisabetta Zanarotti Tiranini, ricercatrice storico-scientifica dell'Università degli Studi di Milano, su "L'Ospedale Maggiore di Milano e il suo rapporto con la Città nella storia di archivio, biblioteca, quadreria e altri beni culturali".

Con la prospettiva delle brevi relazioni degli autori qui, ma soprattutto con la scoperta dei saggi pubblicati nel numero unico a disposizione dei lettori e di chi ci ascolta, ripercorreremo in cinque e più secoli di storia le tappe più salienti di un lungo percorso attraverso il quale la città in tutte le sue componenti si è sempre riconosciuta nella Ca' Granda come luogo e simbolo del senso e valore del più grande atto di amore, il dono.»

\*\*\*\*\*

L'essenziale, attesa esposizione dei singoli autori annunciata dall'intervento del prof. Bonino, e necessaria per gli ascoltatori in aula magna che non conoscevano i testi originali, non lo è naturalmente in queste brevi pagine di cronaca che rimandano al numero unico della rivista.

### **Riconoscimenti speciali**

La Festa del Perdono ha registrato quest'anno un particolare provvedimento del Consiglio di Ammi-



*Qui e a sinistra:* due momenti della cerimonia nell'aula magna dell'Università.

nistrazione della Fondazione relativo a riconoscimenti speciali nell'ambito della nostra comunità:

*«marchesa Amalia Litta Modignani*

Per gli oltre cinquant'anni dedicati al volontariato del nostro ospedale, occupandosi, con sensibilità e passione, dell'assistenza e tutela del malato, e offrendo un significativo contributo alle amministrazioni che si sono alternate in questi anni.

Per tutti un esempio unico di rettitudine, tenacia, giustizia e carattere».

*«dott.ssa Franca Chiappa*

Per aver dedicato la sua vita alla Ca' Granda, coordinando, prima dello scorporo, la comunicazione di ben quattro ospedali e curando ora la valorizzazione culturale della nostra Fondazione, dirigendo la rivista "la ca' granda".

Per la passione con cui ha seguito la sorte dell'Abbazia di Mirasole.

Per il nostro istituto, un raro esempio di circostanza e perseveranza».

*«dott.ssa Anna Parravicini*

Per aver promosso e valorizzato l'informazione scientifica con incontri aperti al pubblico, come "La salute, parliamone insieme" e "Ricerca e cura", e con iniziative di comunicazione interna ed esterna. Esempi concreti e significativi di come sia possibile - e doveroso - avvicinare l'ospedale e la medicina ai cittadini».

La notizia data dall'annuncio del presidente Tognoli ha preceduto la consegna delle medaglie d'oro e d'argento ai collaboratori che hanno lasciato l'Ospedale per raggiunti limiti di età: un momento affettuoso, un segno tangibile di riconoscenza per una vita di lavoro, spesa in mansioni diverse, ma sempre al servizio della persona sofferente.

### ***Medaglie d'oro alla memoria***

dott. Mauro Gioventù, *direttore U.O. di Cardiologia.*

### ***Medaglie d'argento alla memoria***

dott. Giovanni Gasparini, *dirigente medico dermatologo*; Daniele Meregalli, *operatore tecnico*; dott. Giorgio Pifarotti, *dirigente medico ostetrico-ginecologo*; dott. Eugenio Reschini, *dirigente medico Medicina nucleare*; prof. Davide Soligo, *dirigente Centro Trapianto midollo*; Adriano Vismara, *infermiere generico.*

### ***Medaglie d'oro***

Genoveffa Alfarano, *ausiliaria specializzata*; Vittorio Alfieri, *assistente amministrativo*; Maria Balestrieri, *tecnico di laboratorio*; Giuseppina Cabrini, *assistente amministrativo*; prof. Luigi Cantalamesa, *direttore U.O. Medicina interna I*; Antonio Capoferri, *infermiere generico*; Girolamo Caruso, *assistente amministrativo*; Francesco Cesareo, *operatore tecnico specializzato*; Pietro Chiari, *infermiere professionale*; prof. Pier Giorgio Crosignani, *direttore I Clinica ostetrico-ginecologica*; Bruno Cucuru, *infermiere generico*; Erminia Delmaestro, *infermiera generica*; Raffaella Dossena, *collaboratore amministrativo professionale esperto*; Giuseppina Fadda, *operatore tecnico*; prof. Luigi Rainero Fassati, *direttore U.O. Centro Trapianti*; Maria Furlan, *infermiera professionale esperta*; Vincenza Guastamacchia, *infermiera generica esperta*; Guido Lanfrit *coadiutore amministrativo*; Virginia Mag-



*Qui e nella pagina seguente: il Presidente s'intrattiene coi familiari alla consegna delle medaglie alla memoria.*

gioni, *assistente amministrativo*; prof.ssa Franca Merluzzi, *dirigente medico Medicina del lavoro*; Maria Laura Millardi, *assistente amministrativo*; Annunziatina Minerva, *operatore socio-sanitario*; Luciana Molinari, *tecnico di radiologia*; prof. Antonio Pagano, *direttore U.O. Laboratorio Analisi*; Paolina Pala, *infermiera professionale*; dott.ssa Claudia Pizzi, *dirigente biologo*; prof. Giovanni Trivellini, *dirigente medico Chirurgia generale 2*; prof. Giorgio Valli, *dirigente medico U.O. Neurologia*.

### **Medaglie d'argento**

dott. Andrea Carlo Agliardi, *dirigente medico Chirurgia pediatrica*; Giuseppe Alberto, *infermiere generico*; Antonietta Alboreto, *operatore tecnico addetto all'assistenza*; Anna Americo, *operatore tecnico addetto all'assistenza*; Anna Maria Are, *infermiera generica*; Giuseppe Belloli, *collaboratore amm.vo prof.le esperto*; Antonio Biondi, *operato-*



*re tecnico coordinatore*; Valerio Bordoni, *infermiere generico*; dott.ssa Laura Bossi, *dirigente medico parassitologo*; Lucia Bossi, *infermiera generica esperta*; dott.ssa Margherita Bossi, *dirigente medico otorinolaringoiatra*; dott.ssa Paola Brina, *dirigente medico cardiologo*; Marco Buitoni, *operatore tecnico*; dott.ssa Marinella Buratti, *dirigente chimico*; Sara Calmi, *tecnico di laboratorio*; Costantino Camardo, *ausiliario specializzato*; dott. Giovanni Cambiaghi, *dirigente medico Clinica del lavoro*; Rocco Ciamarone, *tecnico di laboratorio*; Raffaele Colombo, *operatore tecnico*; dott.ssa Raffaella Coppola, *dirigente biologo*; Antonietta Cossu, *operatore socio sanitario*; Giuseppe Cubadda, *tecnico di radiologia*; Natala Currò, *ausiliaria specializzata*; Marilena Delvò, *infermiera professionale*; Lina Clementina Di Nuzzo, *operatore tecnico addetto all'assistenza*; dott. Dario Fortis, *dirigente medico radiologo*; Luigi Carlo Francia, *collaboratore amm.vo professionale*; Salvatore Frazzetto, *operatore socio sanitario*; Principia Gallicchio, *ausiliaria specializzata*; dott.ssa Maria Gardumi, *dirigente medico cardiologo*; dott.ssa Eva Gellmann, *dirigente medico Medicina generale*; Francesco Ghizzoni, *operatore tecnico*; Maria Graziella Giacomina, *ausiliaria specializzata*; Nella Giovannini, *logopedista*; Paolo Grassi, *infermiere professionale*; Lucrezia Grazioli, *infermiera professionale esperta*; Giovanni Indino, *ausiliario specializzato*; dott. Luigi Carlo Laurenzi, *dirigente medico patologo*; dott.ssa Luigia Lombardi, *dirigente biologo*; Viorica Marici, *coadiutore amministrativo*; Abramo Marrandino, *collaboratore amm.vo professionale esperto*; Maria Marzicola, *infermiera generica*; Luciana Mascherpa, *coadiutore amministrativo esperto*; Rita Masullo, *tecnico di laboratorio*; Concetta Mennone, *ausiliaria specializzata*; Alba Migliavacca, *coadiutore amministrativo esperto*; Floretta Moiso, *infermiera professionale*; Carmelita Montanaro, *ausiliaria specializzata*; Mariangela Muroni, *infermiera professionale*; Renzo Oggioni, *operatore tecnico*; dott. Rodolfo Perondi, *dirigente medico cardiologo*; Giuseppe Pirro, *operatore tecnico specializzato*; Giuseppina Rinaldi, *operatore tecnico addetto all'assistenza*; dott. Emilio Stefano Rivolta, *dirigente medico nefrologo*; Gloria Roma, *operatore tecnico*; Ridella Romanazzi, *ausiliaria specializzata*; Patrizia Rubino, *infermiera professio-*

nale; dott.ssa Susanna Rumeltt, *dirigente medico oculista*; Beniamino Sarcina, *operatore tecnico*; Antonio Senatore, *operatore tecnico*; dott. Maurizio Spennacchio, *dirigente medico ostetrico-ginecologo*; prof. Demetrio Spinelli, *direttore U.O.*

*Oculistica*; Giovanni Stucchi, *assistente amministrativo*; dott. Vito Tantalo, *dirigente medico Centro Trasfusionale*; Rosa Tarallo, *operatore tecnico addetto all'assistenza*; dott. Maurizio Travi, *dirigente biologo*; Sperantina Tromba, *infermiera generica*.



La premiazione dei dipendenti che hanno lasciato l'Ospedale. (Le riproduzioni fotografiche sono di Enrico Belluschi).

**Dalla chiusura della Festa del Perdono con le premiazioni, la rivista riprende le consuete pagine con interventi culturali e di informazione.**

# *Il Comitato Etico della Fondazione: ragioni di un rinnovamento*

FRANCESCA MARIA EULISSE

*“L’umano arriva dove arriva l’amore; non ha confini se non quelli che gli diamo”*

(da *La giornata di uno scrutatore*, Italo Calvino)

Il 19 marzo 2007 il Comitato Etico della Fondazione è stato rinnovato. Così come prevede lo Statuto, il Consiglio di Amministrazione ha nominato i nuovi tredici membri che per i prossimi tre anni ne faranno parte. Con l’istituzione *ex novo* del Comitato, l’Ospedale si è adeguato alla legislazione che regola l’attività e la composizione dei Comitati Etici nazionali e che rappresenta il recepimento italiano della direttiva europea sull’applicazione della buona pratica clinica nell’esecuzione delle sperimentazioni. Nello specifico, la normativa di riferimento è il Decreto del Ministero della Salute del 12 maggio 2006 relativo ai “Requisiti minimi per l’istituzione, l’organizzazione e il funzionamento dei Comitati Etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali”. La nuova composizione rispetta le linee guida del Decreto secondo il quale i membri dei Comitati Etici devono possedere “le qualifiche e l’esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti” e dimostrare “una documentata conoscenza e/o esperienza nelle sperimentazioni cliniche dei medicinali e nelle altre materie di competenza del Comitato Etico”. Lo stesso Decreto prevede che per gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico la percentuale di membri non dipendenti non sia inferiore a un terzo dei componenti totali e che siano presenti:

- a) due clinici
- b) un medico di medicina generale territoriale e/o un pediatra di libera scelta
- c) un biostatistico
- d) un farmacologo
- e) un farmacista (*ex officio*) del servizio farmaceutico dell’istituzione di ricovero sede della sperimentazione clinica

- f) il direttore sanitario (*ex officio*) della istituzione
- g) il direttore scientifico (*ex officio*) della istituzione di ricovero e cura a carattere scientifico
- h) un esperto in materia giuridica assicurativa o medico legale
- i) un esperto di bioetica
- j) un rappresentante del settore infermieristico
- k) un rappresentante del volontariato per l’assistenza e/o associazionismo di tutela dei pazienti.

Il Consiglio ha nominato persone di provata competenza professionale e valore morale, chiamandole a ricoprire un ruolo che nel corso degli anni è stato svolto con competenza, serietà e dedizione da illustri personalità, tra cui il professor Antonio Randazzo, presidente del precedente Comitato, e la Marchesa Amalia Litta Modignani, per tanti anni al servizio dell’Ospedale e della collettività intera.

Con questo Decreto, il Ministero della Salute ha un duplice obiettivo: da una parte, coordinare e controllare, a livello nazionale, l’attività dei Comitati etici con la creazione di un registro di tutti i Comitati operanti sul territorio italiano; dall’altra, uniformare la normativa dei Comitati italiani a quella dei Paesi dell’Unione Europea in materia di ricerca medica e di assistenza. L’applicazione di una normativa di respiro europeo dimostra la necessità di un continuo aggiornamento rispetto non solo agli sviluppi tecnici e scientifici ma anche relativamente alle trasformazioni sociali e politiche della realtà contemporanea, nazionale ed europea. In generale, l’idea di un organismo per la gestione della ricerca medica e dell’assistenza all’interno di ospedali, di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e in altri luoghi sanitari appartiene al più ampio contesto della ridefinizione degli scopi della medicina nella società contemporanea. La rivoluzione biomedica, lo sviluppo scientifico e tecnologico, l’irruzione del pluralismo etico, la formazione di nuove realtà politiche globali, i cambiamenti della mentalità comune costituiscono la cornice storica della nostra società.

Tutti questi cambiamenti, a volte violenti e rivoluzionari, a volte lenti e graduali, hanno forti ripercussioni anche sulla medicina. Questa, infatti, essendo una pratica basata su scienze e interagente con il mondo dei valori dell'uomo, rappresenta un punto d'incontro di discipline di differente natura ed è sensibile ad ogni loro mutamento. In particolare, i Comitati Etici nascono per far fronte alle nuove problematiche bioetiche della società contemporanea. I Comitati Etici sono stati istituiti alla fine degli anni Novanta come organismi indipendenti e multidisciplinari con funzioni consultive, formative e di verifica *in itinere* relativamente a temi etici riguardanti l'assistenza e la ricerca medica e hanno acquisito nel corso di un decennio un'importanza che è cresciuta con l'emergere e il diffondersi di discussioni bioetiche anche a livello di opinione pubblica. Svolgendo un ruolo centrale a livello istituzionale nello sviluppo della ricerca in ambito ospedaliero e nell'assistenza sanitaria, il Comitato Etico rappresenta un possibile e auspicabile punto di incontro tra mondo delle scienze e mondo dei valori. L'aggettivo "etico", che definisce il comitato stesso, concentra l'attenzione sul ruolo assunto appunto dall'etica, ossia, secondo il senso etimologico del termine, dal comportamento e dall'azione. In questo caso, si fa riferimento all'agire dell'uomo nella ricerca e nell'assistenza in campo medico intendendosi non l'agire in generale ma l'agire valutato moralmente, secondo l'attribuzione di un valore all'azione e ai comportamenti. I comportamenti o l'agire del medico e dello sperimentatore sono classificati come corretti e, dunque, etici o come non corretti e non etici in base a una griglia di principi fondativi di carattere filosofico accettati da tutta una comunità di persone. Tale richiamo a principi etici che sorreggono la pratica medica è evidente, ad esempio, nelle *Premesse* dello *Statuto* del Comitato Etico dell'Ospedale. Vi si delinea infatti una fondazione filosofica della sua attività, attraverso l'affermazione di principi di carattere etico, quali il principio di beneficenza, il principio di autonomia, il principio di giustizia e il principio di prudenza. Inoltre, si inserisce la ricerca medica in una visione antropocentrica nella quale il fine ultimo è quello di proteggere e promuovere i valori della persona umana, da considerare sempre come fine e mai

come mezzo. I componenti del Comitato hanno quindi un nobile compito: garantire l'eticità della ricerca sperimentale in un'epoca in cui si avverte sempre più forte l'esigenza di colmare il divario tra lo sviluppo scientifico-tecnico e il progresso nel mondo dei valori. Lo sviluppo della scienza per essere vero progresso dovrebbe essere valutato anche in termini di incremento di qualità e quantità della vita degli individui e non solo come perfezionamento della strumentazione medico-scientifica. Da una parte l'oggettività della scienza e della tecnica medica, che tende a *disantropomorfizzare* l'uomo, a spogliare ciascun singolo paziente delle proprie caratteristiche personali, dall'altra l'irriducibile soggettività della persona, che rivendica la salvaguardia della propria dignità e unicità. *Kantianamente* potremmo dire che lo sviluppo della scienza senza una griglia di valori morali rischia di essere cieco, di brancolare nel buio, così come una griglia di valori astratti e avulsi dalla realtà concreta potrebbe essere una vuota e inutile chimera. La responsabilità di un organismo come il Comitato Etico si estende dunque dai campi della ricerca scientifica agli ambiti della morale e del diritto: esso incentiva lo sviluppo della ricerca clinica e garantisce la tutela della sicurezza e del benessere dei soggetti coinvolti nelle stesse sperimentazioni, fornendone pubblica garanzia.

Tra i principi cardine su cui si fonda l'attività del Comitato, un posto particolare è occupato dal Principio di Autonomia:

"Agire in maniera tale da rispettare il paziente nella sua dignità di persona e nel diritto che a lui compete, in quanto persona, di decidere responsabilmente, se accettare o rifiutare il trattamento proposto. Con esso si esprime la necessità che, in caso di conflitto tra le indicazioni mediche e la volontà del paziente, sia quest'ultima a prevalere."

Tale principio, assente nella medicina del passato, rappresenta una conquista della medicina contemporanea. Il consenso informato è la sua espressione giuridica. Considerato tra i fondamenti etici, giuridici, deontologici dell'atto medico, a partire dagli anni Novanta il consenso informato diventa espressione di un nuovo radicale modo di intendere il rapporto tra medico e paziente. In passato, infatti, si riteneva che il medico agisse sapendo ciò che era il

bene per il paziente, in base al principio di beneficiabilità, e senza l'obbligo di informarlo con precisione circa l'intervento diagnostico o terapeutico (farmacoterapico o chirurgico). Oggi, invece, con l'introduzione del consenso informato il medico ha per legge l'obbligo di informare il paziente sugli aspetti relativi alla sua salute, sui possibili trattamenti o interventi, sui rischi insiti in tale intervento contemplando la possibilità del paziente di accettarlo o di rifiutarlo. Questo significa che il medico non può intervenire se il paziente non concede il proprio consenso. Al centro della relazione tra il medico e il paziente si colloca l'autonomia personale e l'attenzione ai diritti individuali: "Il punto saliente della questione", sostiene Giorgio Cosmacini, "è il nuovo, grande rilievo assunto dall'autonomia del paziente: un valore che è anche un fattore mutante del quadro antropologico-medico tradizionale". Con l'affermazione del concetto di autonomia, la bioetica si pone nella scia del processo storico della lotta per i diritti individuali.

Per concludere, sembra opportuna un'ultima riflessione. I Comitati Etici, ufficializzati nel 1998 con un Decreto ministeriale, nel corso degli anni si sono imposti unicamente nell'ambito della sperimentazione clinica. Tuttavia, come scrive Sandro Spinsanti nell'editoriale posto a premessa del fascicolo monotematico *Il buono e il cattivo uso dei Comitati etici*, nelle premesse lo stesso Decreto "fa esplicito riferimento alla possibilità che Comitati esprimano valutazioni [anche] in tema di 'assistenza sanitaria' con riferimento al parere del Comitato nazionale per la bioetica del 28 aprile 1997. [...] Il documento stabilisce una chiara distinzione tra le due finalità: valutare la ricerca scientifica e rispondere a quesiti connessi con l'assistenza". L'auspicio è che in futuro l'attività del Comitato, oltre a controllare le sperimentazioni e la ricerca, si estenda anche al campo dell'assistenza medica, svolgendo al meglio le funzioni di consulenza medica nella pratica clinica, promuovendo la riconsiderazione periodica dei problemi concernenti l'informazione e il consenso e affrontando le spinose questioni del "limite" (sospendere o non intraprendere un trattamento).

## Membri del Comitato Etico

- prof. Giorgio Lambertenghi Delilieri  
*ordinario di Ematologia*  
*Università degli Studi di Milano*  
*medico clinico (componente interno)*
- prof. Pier Alberto Bertazzi  
*ordinario di Medicina del Lavoro ed Epidemiologia*  
*Università degli Studi di Milano*  
*medico epidemiologo (componente interno)*
- dott.ssa Anna Chiara Vittorelli  
*c/o A.S.L. 3 di Monza, pediatra di libera scelta*  
*(componente esterno)*
- prof. Alberto Morabito  
*professore ordinario di Statistica Medica*  
*e Biometria Università degli Studi di Milano*  
*biostatistico (componente esterno)*
- prof. Ferruccio Berti  
*già ordinario di Farmacologia*  
*Università degli Studi di Milano*  
*farmacologo (componente esterno)*
- dott. Giuseppe Maiocchi  
*direttore del Servizio di Farmacia*  
*Fondazione IRCCS*  
*farmacista (componente ex officio)*
- dott. Ermenegildo Maltagliati  
*Fondazione IRCCS, direttore sanitario*  
*(componente ex officio)*
- prof. Ferruccio Bonino  
*Fondazione IRCCS, direttore scientifico*  
*(componente ex officio)*
- avv. Rocco Mangia  
*già presidente della Società Italiana di Bioetica*  
*esperto in materia giuridica (componente esterno)*
- avv. Giuseppina Verga  
*dirigente Affari Generali, Legali ed Assicurativi*  
*Fondazione IRCCS*  
*esperto in materia assicurativa o medico legale*  
*(componente interno)*
- prof. Ferdinando Citterio  
*docente di Bioetica*  
*Seminario di Venegono Inferiore (VA)*  
*e Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano*  
*esperto di Bioetica (componente esterno)*
- dott. Dario Laquintana  
*op. profess. sanitario esperto-infermiere*  
*Fondazione IRCCS*  
*rappresentante del settore infermieristico*  
*(componente interno)*

- dott.ssa Carla Crosti Garbagnati  
*presidente Associazione per la lotta  
alla Sclerodermia (GILS)  
rappresentante del volontariato per l'assistenza  
e/o associazionismo di tutela dei pazienti  
(componente esterno)*
- dott.ssa Isabella Damilano  
*segretaria del Comitato Etico  
dirigente medico I livello*

*Asterisco*

### **Della speranza**

La "Speranza" è quella cosa piumata -  
che si viene a posare sull'anima -  
Canta melodie senza parole -  
e non smette - mai -

E la senti - dolcissima - nel vento -  
E dura deve essere la tempesta -  
capace di intimidire il piccolo uccello  
che ha dato calore a tanti -

Io l'ho sentito nel paese più gelido -  
e sui mari più alieni -  
Eppure mai, nemmeno allo stremo,  
ha chiesto una briciola - di me.

(1861)

\*\*\*\*\*

Quando le luci si spengono -  
poco per volta ci si abitua al buio  
come quando il vicino, sollevando alto  
il lume, sigilla il suo addio -

Dapprima - i passi si muovono incerti  
nel buio improvviso -  
poi - lo sguardo si abitua alla notte -  
e senza incertezza affrontiamo la strada -

Ed è così nelle oscurità più fonde -  
in quelle notti lunghe della mente  
quando non c'è luna che disveli un suo  
segno -  
quando non c'è stella che - dentro - si  
accenda -

E i più coraggiosi - per un poco brancolano -  
e battono - a volte - dritti in fronte -  
contro il tronco di un albero -  
ma poi imparano a vedere -

E allora è la Notte che si trasforma -  
oppure un qualcosa nella vista  
che alla Mezzanotte si conforma -  
E la vita procede quasi senza incertezza.

(1862)

EMILY DICKINSON  
(da *Silenzi*, Feltrinelli Editore, Milano 1993)

# *Il testamento intellettuale e morale di Marie Curie*

UGO AMALDI

## **Ovunque la prima**

Prima del suo corso alla Sorbona quando a ventisei anni, nel 1893, prese la “license” in fisica. Prima, tre anni dopo, al concorso di “aggrégation” per l’insegnamento in fisica. Prima donna a essere ricevuta, nel 1903, alla Royal Institution di Londra. Prima donna a ottenere il premio Nobel, nel 1903. Prima donna professore alla Sorbona. Primo scienziato a essere laureato una seconda volta - nel 1911- con il premio Nobel. Prima persona a cui sia stata offerta due volte la *Légion d’Honneur* e che due volte l’ha rifiutata. Prima donna a essere nominata nel 1922, quando aveva cinquantacinque anni, all’Accademia di Medicina francese, anche se per un solo voto non fu eletta all’Accademia delle Scienze.

Questo è un breve riassunto dei traguardi raggiunti da Marie Sklodowska Curie nel corso della sua vita scientifica, che superficialmente appare come una catena ininterrotta di successi. La sua vita è stata però molto più ricca, tormentata e interessante.

All’Accademia di Medicina Marie Curie fu accolta dal professor Couchard, suo Presidente, con poche parole, che suonano eccessive e sono invece tutte veritiere e ben calibrate: «Noi salutiamo in lei, Signora, una grande scienziata, una donna di cuore che non ha vissuto se non per la devozione al lavoro e per l’abnegazione scientifica, una patriota che, in guerra come in pace, ha sempre fatto più del proprio dovere. La sua presenza qui ci porta il beneficio morale dei suoi esempi e la gloria del suo nome. La ringraziamo di ciò. Siamo fieri della sua presenza fra noi. Lei è la prima donna di Francia che sia entrata all’Accademia di Medicina; ma quale altra ne sarebbe stata degna?».

“Grande scienziata”; poiché tutti conoscono l’importanza per lo sviluppo della fisica moderna delle scoperte fatte da Marie Sklodowska e da Pierre Curie, non è necessario soffermarsi molto su questo argomento. Lo scopo invece è illuminare la figura

di Marie Curie mettendo in luce le altre caratteristiche appena citate e riassunte in quelli che potrebbero apparire, ma non sono, degli slogan propagandistici: “donna di cuore”, “devota al lavoro”, “patriota che ha fatto sempre più del proprio dovere”, “esempio morale”.

Ma nonostante tanti successi ella rimase sempre timida e lontana da ogni forma di vanità. Inizio quindi da questo aspetto ricordando la testimonianza più diretta, quella della seconda figlia Eva che, nelle ultime pagine del famoso libro “Madame Curie”, scrive:

“Un’immagine, sempre la stessa, domina per me il ricordo di queste feste, di questi cortei: il volto esangue, inespressivo, quasi indifferente di mia madre. “*Nell’ambito della scienza*” ella diceva “*dobbiamo interessarci alle cose e non alle persone.*” Ma gli anni le hanno appreso che il pubblico, i governi stessi non sanno interessarsi alle cose che attraverso le persone. Volente o nolente, essa s’è servita del proprio prestigio per onorare e arricchire la scienza - per “degnificarla” come dicono gli Americani - e ha accettato che la sua leggenda fosse l’agente di propaganda di un’opera che le era cara. Ma in lei nulla è mutato; né la paura della folla, né la timidezza che fa gelide le sue mani, che dissecca la sua gola, né soprattutto la sua incurabile inettitudine alla vanità.”. Riprendendo, dopo questa penetrante osservazione, il tema “donna di cuore”, è necessario non farsi ingannare dalla frase spesso ripetuta “*dobbiamo interessarci alle cose e non alle persone*”; con questo Madame Curie intendeva riferirsi all’importanza delle opere dell’uomo, che devono essere tenute in conto più delle persone che le hanno compiute. Ma non voleva certo dire che non si debba operare fattivamente per coloro che hanno bisogno.

Fin dalla giovinezza infatti Marie Sklodowska praticò gli ideali di solidarietà che aveva anche appreso in famiglia, da una madre cattolica morta prematuramente e un padre, colto direttore di liceo che



La giovane Marie Skłodowska.

silenziosamente si opponeva al regime imposto alla Polonia dalla Russia zarista. Con la sorella Bronia intorno ai diciassette anni - influenzata dalla società studentesca e spinta dal desiderio di aiutare la liberazione della Polonia - abbracciò le idee positiviste di Auguste Comte e, sostanzialmente, il socialismo pur senza aderire all'internazionalismo marxista e rimanendo sempre lontana dai partiti politici. In quegli anni partecipò anche all'attività di una sorta di Università popolare clandestina.

### **Donna di cuore**

La “donna di cuore devota del lavoro” la si vede nel suo operare intelligentemente per coloro che hanno bisogno. Due esempi molto disparati, uno della giovinezza e uno della maturità.

Terminato il liceo decisero, con la sorella Bronia, che questa sarebbe andata a Parigi a studiare mentre Marie avrebbe fatto l'istitutrice per guadagnare un po' di soldi e inviarli a sua sorella; più tardi questa l'avrebbe aiutata a studiare alla Sorbona. Marie fece l'istitutrice per cinque anni e passò, tra l'altro, due

anni presso una ricca famiglia della media borghesia, che aveva casa e molti figli a cento chilometri da Varsavia. Qui fece il proprio dovere di insegnante e divenne amica della figlia maggiore Bronka. Così scrisse a una cugina nel 1886, quando aveva diciannove anni.

“Avrei potuto ottenere un permesso per l'estate ma non sapevo dove andare ... non volevo spendere denaro per visitare i Carpazi. Ho molte ore di lezione. ... Inoltre, Bronka e io diamo per un'ora al giorno lezione ai bambini dei contadini. È quasi una piccola classe, visto che abbiamo dieci allievi. Studiano con molta buona volontà... e tuttavia il nostro compito è spesso difficile. Quel che mi consola è che poco a poco i risultati si fanno migliori, e anche abbastanza in fretta.”

Il secondo episodio nel quale ella si dimostrò “donna di cuore” è della maturità, quando aveva cinquant'anni ed era già famosa; Pierre Curie era morto da otto anni e la prima figlia Irene era già adulta. Lo scoppio della guerra la indusse nel giro di pochi giorni a lasciare tutte le sue ricerche e a dedicarsi completamente a una utile, ma impegnativa e pericolosa, attività.

Marie Curie non aveva mai lavorato con un apparato a raggi X ma nel 1914, appena i tedeschi invasero il Belgio, si rese conto che sui campi di battaglia vi sarebbe stato un gran bisogno di apparati di radiologia per aiutare i chirurghi a curare i feriti e a estrarre le pallottole. Nulla era stato preparato. In poco tempo, usando - con la solita tenacia - la sua influenza, convinse alcune piccole industrie a costruire apparati adatti a essere montati su automobili e, lei stessa, girò la Francia, il Belgio e - verso la fine della guerra - anche il Nord Italia per utilizzare questi strumenti, lasciarli agli ospedali e istruire medici e infermieri. Spesso guidò una di queste auto. Alla fine della guerra vi erano in servizio venti “auto radiologiche” e duecento postazioni fisse; più di un milione di feriti sono passati sotto questi strumenti. È stato calcolato che questa sua azione, prolungata nel tempo dal 1914 al 1918, salvò la vita di migliaia di soldati francesi.

### **Il principe consorte**

Donna quindi “di cuore” e certamente eccezionale per intelligenza, cultura e forza di carattere, Maria

Skłodowska avrebbe raggiunto i risultati scientifici e i traguardi umani che ho brevemente elencato se non avesse incontrato e diviso la propria vita familiare e scientifica con Pierre Curie? La storia non si fa con i se, ma a me sembra che in questo caso la risposta non possa essere che una: certamente no.

Il primo incontro ebbe luogo nel 1894; Marie aveva ventisette anni. Questo incontro fu descritto da lei stessa molti anni dopo con queste parole:

“Quando entrai [nel laboratorio della Scuola di Fisica e Chimica della Città di Parigi], Pierre Curie stava nel vano d’una porta-finestra che dava su un balcone. Mi parve giovanissimo, benché avesse allora trentacinque anni. Fui colpita dall’espressione del suo sguardo chiaro, da un’apparenza di abbandono nella sua alta statura. La sua parola un po’ lenta e riflessiva, la sua semplicità, il suo sorriso a un tempo grave e giovane, ispiravano fiducia. Cominciammo una conversazione, che divenne presto amichevole: essa aveva per oggetto certe questioni scientifiche sulle quali ero felice d’udire la sua opinione”.

Pierre - nato nel 1859 - da piccolo era strano e appariva un po’ ritardato; fortunatamente il padre - medico e fanatico della ricerca, un uomo colto con idee di sinistra che aveva creato in famiglia una straordinaria atmosfera di vaste vedute e rigore - lo lasciò sviluppare liberamente senza obbligarlo ad andare a una scuola regolare. Con l’aiuto dei genitori e di un tutore Pierre compì gli studi di fisica, dimostrando una grande passione per la matematica. Dopo essere stato “preparatore” presso la Facoltà di Scienze per cinque anni, a ventiquattro anni fu nominato capo di laboratorio della Scuola di Fisica e Chimica, un istituto dedicato essenzialmente all’insegnamento dove il tempo e i fondi per la ricerca erano limitatissimi. Ma nonostante le enormi difficoltà, all’età di trentacinque anni egli era già uno scienziato famoso, almeno fuori della Francia.

Valentino Telegdi ha scritto nel 1998 un articolo dal significativo titolo “Principe consorte o potere dietro il trono?”, nel quale sottolinea che la fama di Marie Skłodowska ha tanto oscurato quella di Pierre Curie che si è dovuto attendere il 1995 perché fosse pubblicata una sua biografia. Evidentemente a lui non si adatta l’appellativo di “principe consorte”; le eccezionali qualità scientifiche e umane gli avrebbero dovuto dare il diritto di regnare da solo.

Due aggettivi mi sembra possano qualificare l’atteggiamento di Pierre Curie verso la ricerca e la vita: “riservato e nobile”, Egli rifiutò infatti sistematicamente posti e medaglie.

## Il matrimonio

Pierre Curie teneva un diario nel quale annotava, con stile personalissimo, le sue idee e le sue emozioni. Val la pena di leggere l’opinione molto precisa che, prima di incontrare Marie Skłodowska, egli aveva delle donne:

“... La donna, assai più di noi [uomini], ama la vita per vivere: *le donne di genio sono rare* [il corsivo è mio]. Così che quando, sospinti da un mistico amore, noi vogliamo entrare in qualche via antinaturale, quando noi diamo tutto il nostro pensiero a una qualsiasi opera che ci allontana dall’umanità, dobbiamo lottare con le donne. La madre vuole prima di ogni cosa l’amore del suo figliolo, dovesse questo anche restare idiota. Anche l’amante vuole possedere l’uomo amato e troverebbe del tutto naturale che il più bel genio del mondo si sacrificasse per un’ora d’amore. La lotta è quasi sempre ineguale, giacché le donne hanno dalla loro parte la buona causa: se cercano di trattenerci è in nome della vita e della natura.”

Come queste poche righe confermano, Pierre Curie era un ottimo scrittore; alcuni suoi scritti sono addirittura poetici. Questa sua qualità gli fu utilissima per convincere Marie a sposarlo: infatti, convinto di aver incontrato una donna attraente - che era allo stesso tempo una delle rare donne di genio - le scrisse lettere appassionate durante l’estate del 1894, quando lei era rientrata in Polonia per le vacanze. Per dieci mesi Marie disse di no perché voleva tornare in Polonia; Pierre si dichiarò anche disposto a trasferirsi con lei nel suo tanto amato paese. Infine nel luglio del 1895 Marie scrisse a un’amica: “Quando riceverai questa lettera, la tua Mânia avrà mutato nome. Sposo l’uomo di cui ti ho parlato l’anno scorso a Varsavia. M’addolora molto rimanere sempre a Parigi, ma che fare? Il destino ha fatto sì che ci attaccassimo profondamente l’uno all’altro e che ci fosse impossibile sopportare l’idea di separarci.”

Si sposarono civilmente il 26 luglio 1895 nel Comune di Sceaux dove - dopo la morte di Pierre -

Marie costruirà una casa di campagna. Il viaggio di nozze lo fecero sulle biciclette comprate il giorno prima con i soldi regalati da un cugino. Entrambi erano infatti appassionati di bicicletta e le loro vacanze, brevi o lunghe, furono quasi sempre lunghe bicicletate in campagna, alle quali più tardi portavano anche le bambine piccole.

Ho dedicato tanto tempo al “principe consorte” perché non si può capire né la personalità né la scienza di Marie Curie senza conoscere almeno un po’ quell’uomo straordinario, nel vero senso del termine, che fu Pierre Curie.

### **Il polonio, un legame con la patria, e il radio**

Un corso di ammissione all’insegnamento, uno studio sulla magnetizzazione degli acciai temperati (fatti in un piccolo laboratorio messo a sua disposizione dal Direttore della Scuola di Fisica e Chimica) e la nascita di Irène tennero la giovane Signora Curie molto occupata per un paio d’anni. Infine, nel 1897, decise di dedicarsi a un dottorato in fisica e cominciò a discutere con il marito l’argomento. Da poco Henri Becquerel aveva scoperto la radioattività dell’uranio e insieme Pierre e Marie Curie decisero di ripetere le osservazioni dei raggi “uranici” utilizzando, invece, un nuovo strumento di

misura delle correnti di bassissima intensità ideato e realizzato da Pierre Curie.

Marie nel seguito sottolineò il fascino che esercitava su di lei questo misterioso fenomeno e l’ulteriore attrazione che aveva avuto per lei un campo che, aperto recentemente, non richiedeva studi di bibliografia e si poteva affrontare consacrando da subito tutto il proprio tempo al lavoro personale in laboratorio.

Marie fece uno studio sistematico giungendo alla conclusione che, oltre all’uranio, un solo altro elemento emetteva i raggi uranici: il torio. Propose quindi il termine “radioattività” per indicare la proprietà comune che hanno l’uranio e il torio di emettere spontaneamente, indipendentemente dal composto chimico, radiazioni ionizzanti invisibili che impressionano le lastre fotografiche.

Il metodo d’osservazione quantitativo utilizzato mette in seguito in luce un fatto sorprendente: alcuni minerali contenenti dell’uranio - quali la pechblenda - hanno radioattività molto più intense di quelle che ci si attenderebbe dal loro tenore in uranio. Questi fatti, ben stabiliti, conducono Marie Curie a pensare che i minerali di uranio contengano - in piccola proporzione - un elemento sconosciuto molto più radioattivo dell’uranio. Questa osservazione fu fatta in prima persona tanto che, in una



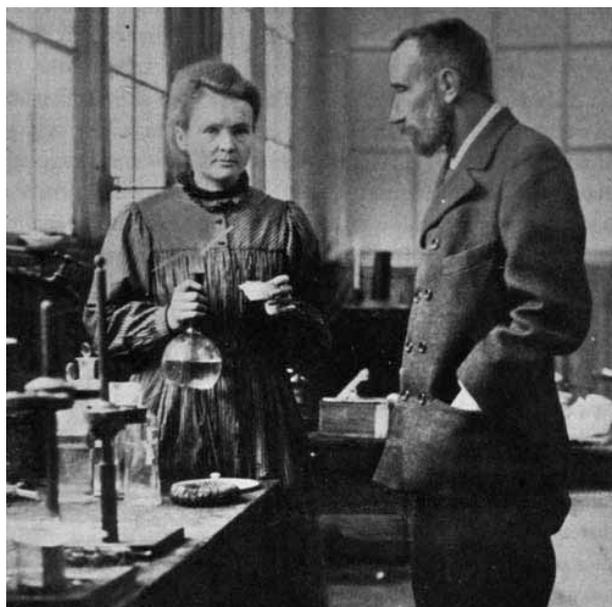
I giovani coniugi Curie con le amate biciclette.

nota firmata da Marie Curie da sola, il 12 aprile 1898 questi risultati furono presentati all'Accademia delle Scienze, insieme alla loro spiegazione basata sull'esistenza in piccole proporzioni, nei sali di uranio, d'un corpo semplice [cioè un elemento] sconosciuto e molto più radioattivo dell'uranio e del torio. Nella stesa nota veniva suggerito per questo elemento il nome "polonio", una scelta che ella ha certamente fatto per ricordare la madrepatria.

La concentrazione del polonio fu ottenuta utilizzando metodi che poi diventeranno classici in radiochimica. In qualche mese Marie e Pierre - che aveva lasciato da parte le sue ricerche sulla cristallografia - estrassero dalla pechblenda il solfuro di bismuto e trovarono che la radioattività specifica aumentava ulteriormente, fino a 400 volte quella dell'uranio, se facevano sublimare il preparato. La scoperta del "radio" fu annunciata all'Accademia delle Scienze il 26 dicembre 1898 in un lavoro dal titolo "*Su una nuova sostanza fortemente radioattiva contenuta nella pechblenda*" che era firmato, oltre che dalla coppia, dal chimico Gustave Bémont, che li aveva aiutati in alcune operazioni chimiche.

Con il 1899 iniziarono quattro anni di lavoro estenuante; lo scopo era semplice in principio ma difficile da realizzare: separare dalla pechblenda una quantità misurabile di radio. Il lavoro fu condotto in condizioni fisiche molto difficili, in particolare per il caldo estivo e il freddo invernale, nella squallida rimessa della Scuola di Fisica e Chimica - una volta utilizzata come sala di dissezione. In quegli anni Pierre Curie si concentrò sempre di più sullo studio fisico della radioattività mentre toccò a Marie fare, per gusto, la parte chimica del lavoro; fu lei a continuare a eseguire le operazioni chimiche sempre più faticose quando, per ottenere del radio a concentrazioni più elevate, dovettero trattare - con un'apparecchiatura miserabile - centinaia di chilogrammi di residui provenienti dall'estrazione dell'uranio dalla pechblenda.

Quel periodo di assiduo lavoro senza distrazioni, tranne la famiglia, fu ricordato da Marie nel libro intitolato "*Pierre Curie*" e scritto dopo la morte del marito: "Una grande scoperta non sorge dal cervello d'uno scienziato completa, come Minerva uscì tutta armata dalla testa di Giove; essa è il frutto di un lavoro preliminare accumulato. Tra le giornate di produzione feconda sono intercalate giorni d'incer-



I coniugi Curie davanti a un tavolo di lavoro.

tezza, nei quali nulla sembra riuscire e la materia stessa sembra ostile; è allora che bisogna resistere allo scoraggiamento."

Furono quattro anni irripetibili, tanto che più tardi Marie Curie scrisse: "Non avevamo denaro, né laboratorio, né aiutanti per condurre a termine questo compito importante e difficile. ... Tuttavia, è in quell'orribile, vecchia rimessa che trascorsero gli anni migliori e più felici della nostra vita, interamente consacrati al lavoro. Spesso preparavo il nostro pasto sul posto per evitare di interrompere qualche operazione particolarmente importante. Io trascorrevi qualche volta il giorno intero ad agitare una massa in ebollizione con un'asta di ferro grande quasi come me. Alla sera ero rotta dalla fatica."

### **Brevettare?**

Prima che quest'opera fosse compiuta, ben consci dell'importanza industriale e medica che il radio avrebbe assunto, i Curie decisero di non prendere alcun brevetto e di dare tutte le informazioni sui processi chimici che avevano adottato a chiunque le chiedesse. Diedero così una dimostrazione di rigore morale che giustifica, da solo, il giudizio di "esempio morale" dato dal Presidente dell'Accademia di Medicina e che ho citato all'inizio.

A questo proposito, molti anni dopo Marie Curie

scrisse: “D’accordo con me, Pierre Curie rinunciò a trarre profitto materiale dalla sua scoperta: noi non prendemmo alcun brevetto e pubblicammo senza riserva alcuna i risultati delle nostre ricerche ... . Inoltre demmo agli interessati tutte le informazioni che sollecitavano. Molti miei amici affermano, non senza vevoli ragioni, che se Pierre Curie e io avessimo garantito i nostri diritti [prendendo un brevetto sulla tecnica di separazione del radio], avremmo conquistato i mezzi finanziari necessari per la creazione di un Istituto del Radio soddisfacente, senza incontrare gli ostacoli che sono stati per noi un handicap e che sono tali ancora per me. Tuttavia io rimango convinta che abbiamo avuto ragione. L’umanità ha certamente bisogno d’uomini pratici che traggano il massimo possibile dal loro lavoro e che, senza dimenticare il bene generale, salvaguardino i propri interessi. Ma essa ha anche bisogno di sognatori, per i quali il prolungarsi disinteressato di un’impresa è così affascinante che è per loro impossibile consacrarsi ai propri benefici materiali. Non si può dubitare di questo: questi sognatori non meritano la ricchezza perché non l’hanno desiderata. Tuttavia, una società bene organizzata dovrebbe assicurare a questi lavoratori i mezzi efficaci per adempiere al loro compito, in una vita liberata dalle preoccupazioni e liberamente consacrata alle ricerche.”

### **Effetti del premio Nobel**

Il radio portò il dottorato a Marie nel giugno del 1903. Poi l’assegnazione del terzo premio Nobel per la fisica (il primo era stato dato a Roentgen nel 1901) li rese famosi ma ragioni di salute e il troppo lavoro impedirono a Marie e Pierre di andare a Stoccolma a ritirare la metà del premio loro attribuita; l’altra metà era stata assegnata a Becquerel. Andarono a Stoccolma soltanto due anni dopo, ma nel frattempo avevano già usato parte dei soldi ricevuti per migliorare il loro laboratorio

Il premio Nobel cambiò completamente la vita regolare della famiglia Curie. Leggiamo a proposito alcuni brani di una lettera di Pierre Curie: “Caro Amico, Lei ha visto questo entusiasmo improvviso per il radio. Questo ci ha valso tutti i vantaggi d’un momento di celebrità; siamo perseguitati da giornalisti e da fotografi di tutti i paesi del mondo. ... Abbiamo ricevuto le lettere e le visite di tutti gli

eccentrici, di tutti gli inventori misconosciuti. Abbiamo avuto moltissime domande di denaro... . Con tutto ciò non più un istante di tranquillità in laboratorio, e una voluminosa corrispondenza da evadere tutte le sere. Con questo regime sento l’abrutimento impossessarsi di me.”

Marie negli stessi giorni scriveva in Polonia al fratello: “Sempre rumore. La gente ci impedisce di lavorare. ... La nostra vita è completamente sciupata dagli onori e dalla gloria. ... La nostra esistenza tranquilla e laboriosa è completamente disorganizzata; non so se riprenderà mai il suo equilibrio”. Qualche anno dopo confessava: “La rottura del nostro isolamento volontario fu per noi causa di sofferenze reali ed ebbe tutti gli effetti di un disastro”.

### **19 aprile 1906**

Tra gli effetti positivi del premio Nobel venne l’offerta di una cattedra alla Sorbona, creata apposta per Pierre Curie, accompagnata da un posto di direttore di ricerca per Marie. Nel 1904 nacque Eva e la vita riprese un ritmo più normale, tra famiglia e laboratorio. Poi il 19 aprile 1906, quando Marie aveva trentanove anni, Pierre Curie morì investito da un carro pesante tirato da due cavalli; probabilmente seguiva, come sempre, il corso dei suoi pensieri e non fece attenzione nell’attraversare la strada bagnata da un temporale primaverile.

Marie venne a saperlo la sera, rientrando a casa. Gli eventi sono stati raccontati da Eva, che raccolse le testimonianze delle persone che erano presenti. “Marie rimane talmente immobile, talmente rigida, che si potrebbe credere non abbia capito nulla. Essa non si abbatte tra braccia affettuose, non geme, non piange. Si direbbe sia inanimata, insensibile come una bambola di stoppa. Dopo un lungo silenzio atterrito, le sue labbra si muovono finalmente per chiedere a bassa voce, sperando follemente chi sa quale smentita: “Pierre è morto? Morto? Proprio morto?” È banale affermare che una catastrofe può trasformare improvvisamente un essere per sempre. E tuttavia l’influenza decisiva di quei minuti sul carattere di mia madre, sul suo destino e su quello delle sue figliole, non può essere passata sotto silenzio. Marie Curie non s’è mutata da moglie felice in vedova inconsolabile. La metamorfosi è meno semplice, più grave. ... Dal momento in cui queste

tre parole “Pierre è morto” hanno raggiunto la sua coscienza, un mantello di solitudine e di mistero s’è posato per sempre sulle sue spalle. Nello stesso tempo che una vedova, la signora Curie, in quella giornata di aprile, divenne una pietosa, un’incurabile isolata”.

Soltanto dopo la morte del marito, Marie Curie prese a scrivere in un diario brani che riguardavano se stessa, i suoi sentimenti più profondi.

“Pierre, mio Pierre, tu sei lì, calmo come un povero ferito che si riposa dormendo, col capo bendato, il tuo volto è dolce e sereno, sei ancora tu, chiuso in un sogno dal quale non puoi uscire. Le tue labbra, che chiamavo ghiotte, sono pallide e scolorite. La tua barbetta è grigiastria. Si vedono appena i tuoi capelli... .Che colpo terribile ha subito la tua povera testa, che accarezzavo così spesso prendendola tra le mani. Ho baciato le tue palpebre che tu solevi chiudere perché le baciassi, offrendomi il capo con una mossa familiare.” E qualche giorno dopo: “La domenica mattina che è seguita alla tua morte, Pierre, sono andata al laboratorio con Giacomo per la prima volta. Ho cercato di eseguire una misura, per completare una curva di cui ciascuno di noi aveva già ottenuto qualche punto. Ma mi sono sentita nell’impossibilità di continuare. Per strada vado come ipnotizzata, senza occuparmi di nulla. Non m’ucciderò, non ho neanche desiderio del suicidio. Ma in mezzo a tutte queste vetture, perché non ve n’è una che mi faccia condividere la morte del mio amato?”

## Dopo

Meno di un mese dopo, la Facoltà di Scienze della Sorbona decise di incaricare Marie Curie del corso di Fisica, per cui a Pierre era stata assegnata da poco la cattedra; durante la lezione inaugurale, tenuta all’inizio dell’anno accademico 1906-1907, Marie Curie parlò di ionizzazione e radioattività ma non fece alcun accenno personale e non nominò Pierre Curie, con gran meraviglia dei moltissimi accorsi ad ascoltarla.

Anche dopo la morte di Pierre Curie lavori scientifici di ottimo livello continuarono a essere prodotti dal laboratorio ove Marie era affiancata da un antico collaboratore, un fisico di vaglia, André Debierne. Cominciarono ad arrivare borsisti e assistenti, alcuni a carico di organismi e fondazioni che vole-

vano aiutare la scopritrice del radio a estendere la propria attività. Aiuti finanziari vennero dagli Stati Uniti più che dalla Francia. I lavori di radiochimica iniziati con la scoperta del radio e proseguiti dopo la morte di Pierre furono riconosciuti nel 1911 dall’Accademia delle Scienze di Stoccolma con il premio Nobel per la Chimica. La conferenza pubblica di Marie Curie iniziò così: “Prima di accostarmi all’argomento della conferenza, tengo a ricordare che la scoperta del radio e quella del polonio sono state fatte da Pierre Curie in comune con me. ... Il lavoro chimico avente per scopo d’isolare il radio dallo stato di sale puro e di caratterizzarlo come elemento nuovo è stato eseguito specialmente da me, ma è intimamente connesso all’opera comune. Credo dunque d’interpretare esattamente il pensiero dell’Accademia delle Scienze ritenendo che l’alta distinzione di cui sono stata ritenuta degna è motivata da questa opera comune e costituisce perciò un omaggio alla memoria di Pierre Curie.”

Gli anni successivi furono molto difficili per Marie Curie, che fu accusata - in quella che oggi si chiamerebbe una “forsennata campagna di stampa” - di aver acquistato fama non meritata rubando idee di scienziati francesi e di essere l’amante di Paul Langevin, comportandosi così da donna senza scrupoli distruggitrice di famiglie. A causa anche di ciò, Marie Curie entrò in una depressione fisica e psichica sempre più profonda che richiese l’interruzione del lavoro e cure continue. Soltanto nel 1913 Marie riprese a fare passeggiate in montagna con le figlie e Albert Einstein.

Calmate finalmente le polemiche, si poté dedicare pienamente all’Istituto del Radio, la cui costruzione era stata decisa tre anni prima dalla Sorbona e dall’Istituto Pasteur. Prima della guerra si stavano infatti già costruendo due padiglioni separati da un giardino: il padiglione di via Pierre Curie - dove sino alla sua morte regnerà Marie Sklodowska-Curie - che era dedicato alla fisica della radioattività, e quello dedicato alle ricerche biologiche e alla curieterapia. Essa si occupò non soltanto dei laboratori, ma si dedicò anche molto al giardino sia facendo mettere a dimora gli alberi ancor prima che iniziassero i lavori, in modo da averli grandi presto, che piantando da sé i roseti, che anni dopo arriveranno sino alla finestra della sua stanza. L’Istituto era



Marie e Irene Curie in laboratorio.

quasi terminato allo scoppio della guerra, quando Marie Curie lasciò tutto per occuparsi di radiologia. Ripreso alla fine della guerra il lavoro, e avendo mezzi sufficienti per condurre una ricerca di punta e con collaboratori anche giovanissimi intorno, Marie Curie riguadagnò un po' di serenità; tra l'altro ebbe la gioia di avere accanto a sé, nel suo laboratorio, la figlia Irene, che sin da piccola aveva dimostrato grande determinazione nel voler seguire la strada tracciata dai genitori.

Più tardi fu felice della decisione presa da Irene di sposare Frédéric Joliot, uno dei suoi migliori allievi, è gioia dell'arrivo della nipotina Elena. Riprese le forze Marie Curie si dedicò completamente alla "sua" fisica; raccogliendo sempre più radio e polonio, anche con una campagna negli Stati Uniti, e contribuendo con i suoi collaboratori a svelare - poco a poco - la struttura delle famiglie radioattive e a promuovere le applicazioni mediche e biologi-

che della radioattività naturale.

A partire dal 1925 la salute e l'aspetto fisico di Marie Curie cominciarono a deteriorarsi, certamente a causa delle troppo alte dosi di radiazione assorbite in laboratorio.

Oltre alla vita di famiglia (con il nuoto e la montagna) e al lavoro, in tutti questi anni due cose solo interessavano veramente Marie Curie: la possibilità di aiutare la Società delle Nazioni a raggiungere i suoi scopi di pace e la battaglia per diffondere il rispetto e l'amore per la scienza. Per ciò che riguarda il primo argomento, nel 1922 accettò di far parte della Commissione Internazionale di Cooperazione Intellettuale, rompendo per una volta la regola autoimposta di mai accettare di prestare il proprio nome a una qualsiasi organizzazione o comitato. Secondo quello che dice la figlia Eva, questa è l'unica infedeltà compiuta da Madame Curie nei riguardi della ricerca scientifica. La causa della scienza è comunque servita perché essa si dedicò a questioni umili ma importanti: la coordinazione della bibliografia scientifica, l'unificazione dei simboli, la creazione di tavole delle costanti fondamentali, l'insegnamento universitario e l'utilizzazione dei doni intellettuali di coloro che provengono dalle classi più povere. Essa scrive alla figlia Eva nel 1929: "Per quanto imperfetta, l'opera di Ginevra ha una grandiosità per cui merita d'essere sostenuta".

La battaglia per la diffusione della scienza traspare da molti suoi interventi. Per esempio, nel 1933 a un convegno su "L'avvenire della Cultura" organizzato a Madrid da Paul Valery, Maria Curie disse: "Io sono di quelli che pensano che la scienza ha una grande bellezza. Uno scienziato nel suo laboratorio non è soltanto un tecnico: è anche un fanciullo posto in faccia ai fenomeni naturali che lo impressionano come una fiaba. Noi non dobbiamo permettere che si creda che tutto il progresso scientifico si riduce a meccanismi, macchine, ingranaggi, i quali - d'altronde - hanno anch'essi la loro propria bellezza. ... Io non credo nemmeno che, nel nostro mondo, lo spirito di avventura rischi di sparire. Se io vedo intorno a me qualcosa di vitale, è precisamente questo spirito d'avventura che sembra indesiderabile e che va di pari passo con la curiosità."

Preoccupata, proprio per l'esperienza vissuta con Pierre Curie, dei pochi mezzi messi a disposizione

di un'impresa tanto importante, nella biografia di Pierre Curie ella scriveva: "Per il dono ammirabile di se stessi e per i magnifici servizi resi all'umanità, quale è il compenso che la nostra società offre agli scienziati? Questi servitori del pensiero dispongono dei mezzi di lavoro che sono loro necessari? ... La nostra società, nella quale regna un aspro desiderio di lusso e di ricchezza, non comprende il valore della scienza. Essa non si accorge che questa fa parte del suo più prezioso patrimonio morale, essa non si rende sufficientemente conto che la scienza è alla base di tutti i progressi che alleviano la vita umana e ne diminuiscono la sofferenza. Né i poteri pubblici né la generosità privata accordano alla scienza e agli scienziati l'appoggio e i sussidi indispensabili per un lavoro pienamente efficace."

### **Dai raggi X alla scoperta della radioattività artificiale**

Il 28 dicembre 1895 Wilhelm Conrad Roentgen presentò al segretario della Società Fisico-Medica di Würzburg la prima memoria sulla scoperta dei raggi X, che egli aveva effettuati l'8 dicembre, appena tre settimane prima. Il 26 dicembre 1998 Marie e Pierre Curie presentarono all'Accademia delle Scienze la nota nella quale riferivano i risultati ottenuti e annunciavano la scoperta di un nuovo elemento radioattivo, il radio. Queste date - entrambe molto prossime al giorno di Natale - marcano l'inizio e la fine dei tre anni più importanti nella storia della fisica moderna. Nel corso di questi anni si è anche assistito alla scoperta dell'elettrone di JJ Thomson.

Le scoperte dei raggi X, dell'elettrone e della radioattività hanno cambiato il corso della scienza. Sono nate allo stesso tempo la fisica atomica e la fisica nucleare; sono state gettate le basi per le applicazioni diagnostiche e terapeutiche della fisica, prima praticamente inesistenti.

Sin dall'inizio del lavoro per la sua tesi di dottorato, la spinta principale che sembrò muovere Marie Curie era la raccolta di quantità sempre maggiori di sostanze radioattive, e in particolare di radio. Ottenute la caratterizzazione chimica sarebbe stato naturale lasciar cadere questa corsa continua a produrre sorgenti sempre più intense e pure. Ma Marie continuò per tutta la vita sulla stessa strada, facen-

dosi aiutare da tutti coloro che riusciva a convincere dell'importanza dell'impresa, che lei vedeva strettamente legata alla creazione di un istituto dedicato a questo e alle ricerche fisiche e mediche che la disponibilità di tali sorgenti avrebbe certamente permesso. E questa sua quasi maniacale dedizione portò i suoi frutti, perché senza queste sorgenti la maggior parte dei risultati ottenuti dall'Istituto del Radio e la stessa scoperta della radioattività artificiale non sarebbero stati possibili.

Si è infatti avuto un triennio simile a quello appena descritto, trentacinque anni dopo. Nel 1932 sono stati scoperti il neutrone (James Chadwick) e il positone (Carl Anderson); nello stesso anno Ernest Lawrence fece funzionare il primo ciclotrone.

E nel 1934 fu scoperta la radioattività artificiale indotta da particelle alfa (Irène Curie e Frédéric Joliot) e dai neutroni veloci e lenti (Enrico Fermi con E. Amaldi, B. Pontecorvo, F. Rasetti ed E. Segrè). Queste scoperte e invenzioni diedero un nuovo impulso alle applicazioni biologiche e mediche. Il cobalto radioattivo, fatto con i neutroni prodotti in abbondanza e rallentati nei reattori nucleari, trovò subito dopo la guerra le sue applicazioni in radioterapia e lo sviluppo degli acceleratori di ioni sessant'anni dopo ha portato l'adroterapia negli ospedali.

Marie Curie partecipò anche a questo secondo triennio di sviluppo tumultuoso della fisica sperimentale. Aveva sessantacinque anni ed era sempre stanca e malaticcia a causa delle troppo alte dosi a cui era stata sottoposta tutta la vita. Ella tuttavia continuava a dirigere l'Istituto e prendeva parte a tutti i Congressi importanti. Ebbe quindi la pena di assistere, durante il Congresso Solvay dell'ottobre 1933, all'incredulità con la quale venne accolta la presentazione fatta da Frédéric Joliot sull'emissione di positoni da un foglio di alluminio bombardato con particelle alfa.

Nel gennaio 1934 ella ebbe però la gioia di assistere alla scoperta della radioattività indotta dalle particelle alfa fatta nel "suo" Istituto da due dei suoi allievi più cari, gli stessi Irène Curie e Frédéric Joliot, che avevano mancato nel 1932 la scoperta del neutrone e che erano stati criticati due mesi prima, per aver affermato che l'alluminio irradiato con un'intensa sorgente di polonio emetteva positoni.

Sentiamo come racconta questo episodio Pierre



Irène Curie e Frédéric Joliot in laboratorio.

Biquard, professore alla Scuola Superiore di Fisica e di Chimica.

“Quel pomeriggio d’inizio gennaio (venerdì 12, probabilmente) Frédéric Joliot mi telefonò chiedendomi di venire in fretta all’Istituto del Radio. Mi aspettava nel suo laboratorio situato quasi nel sottosuolo. Il dispositivo sperimentale verso il quale mi condusse era costituito da strumenti distribuiti su più tavole, e il suo carattere d’improvvisazione un po’ disordinata rivelava anche all’occhio meno avvertito che si trattava di un esperimento montato in fretta e che riprendeva sotto forma dimostrativa la scoperta fatta qualche ora avanti con Irène. Tutto sembrava semplice, mi spiega: “Irradio questo bersaglio con la mia sorgente di raggi alfa, tu senti il crepitare del contatore di Geiger. Ritiro la sorgente, il crepitare dovrebbe cessare, ma invece persiste...”. Aveva appena terminato la frase che la porta del laboratorio si aprì di nuovo per lasciare entrare Marie Curie e Paul Langevin. La dimostrazione

riprese con altrettanta precisione e semplicità; eravamo tutti coscienti dell’importanza estrema dell’evento al quale assistevamo.”

Pochi giorni dopo Irene e Frédéric Joliot presentarono la loro scoperta a una seduta della Società di Fisica. La figlia Eve ricorda: “Marie, attenta e fiera, è nelle file del pubblico. Incontrando Albert Laborde, che in altri tempi fu assistente suo e di Pierre Curie, lo accoglie con un’esuberanza insolita: «Buongiorno!... Hanno parlato bene, vero? *Eccoci tornati alla bella epoca del vecchio laboratorio*».

### La figura di Marie Curie

Una grande gioia seguita da un rapido tracollo. Sei mesi dopo infatti Marie Sklodowska Curie moriva in un sanatorio svizzero di anemia perniciosa fulminante scambiata da medici parigini per una tubercolosi. Quali sono i tratti della sua figura che dobbiamo oggi più ricordare?

Oltre alla grande e infaticabile sperimentatrice, certamente la guida sicura di tanti ricercatori e la didatta di profonda cultura, che negli ultimi anni lavorò strenuamente per terminare “in tempo” i due volumi della *Radioactivité* usciti postumi nel 1935 a cura di Irene e Frédéric Joliot e firmati, in modo molto significativo, “Madame Pierre Curie, Professeur à la Sorbonne, Prix Nobel de Physique, Prix Nobel de Chimie”. La breve introduzione, firmata dai Joliot-Curie, inizia così: “Il manoscritto di questo libro, al quale Madame Curie ha lavorato per molti anni, era finito al momento del suo decesso e la stampa delle bozze era già cominciata. Noi ci siamo occupati della stampa.”

Ma anche la donna “timida” e “inetta alla vanità” molto diversa da quella che può apparire da alcune sue famose foto. Inoltre - usando le parole con cui ho iniziato - la “donna di cuore”, la “patriota di due patrie”, la “donna devota del lavoro e l’esempio morale”. Quasi troppo, viene da dire. Ed Eva Curie se ne rende conto tanto da scrivere verso la fine della biografia di sua madre:

“I *“personaggi simpatici”* abbondano in questo racconto. Non posso farci nulla: essi sono esistiti così, come io tento di ritrarli. I compagni di Marie, da quelli che l’hanno vista nascere sino agli amici degli ultimi giorni, fornirebbero una serie di personaggi inutilizzabili ai nostri romanzieri propensi ai colori

cupi. Strane, anormali famiglie questi Sklodowski, questi Curie, nelle quali genitori e figlioli non si detestano, nelle quali la tenerezza conduce gli esseri, nelle quali nessuno ascolta alle porte e non si pensa né a tradimenti né a eredità e non si uccide nessuno; nelle quali si è persino perfettamente onesti.”

Questo riconoscimento del ruolo delle famiglie va sottolineato perché, se si vuole ricostruire fedelmente le figure di Marie e Pierre Curie, non si possono certamente dimenticare le radici familiari e le atmosfere colte e aperte nelle quali hanno vissuto, lontanissimi l'uno dall'altro, gli anni della loro giovinezza.

# *Il laboratorio di Genetica Medica in un grande ospedale di ricovero e cura: tra clinica e ricerca*

DOMENICO COVIELLO

I test genetici costituiscono attualmente la più importante applicazione clinica del Progetto Genoma Umano<sup>(1)</sup>. Al momento, sono stati sviluppati test per più di 1200 malattie umane di cui quasi 1000 già utilizzabili nella pratica clinica<sup>(2)</sup>. Il loro impiego può portare benefici alla salute dei singoli individui e delle loro famiglie, ma un loro utilizzo improprio può avere conseguenze negative di ordine psicologico e/o sociale ed un impatto potenzialmente molto ampio sulla sanità pubblica per le inevitabili ricadute sull'economia e sulla programmazione dei servizi sanitari. Per queste considerazioni, risulta sempre più decisivo ed urgente informare i cittadini e "formare" gli operatori sanitari che, ai vari livelli, si trovano a fronteggiare una crescente domanda di conoscenza in questo settore della Medicina

Nel 2004, in Italia la Società Italiana di Genetica Umana (SIGU) ha collaborato con il Ministero della Salute per giungere ad un accordo Stato-Regioni (e le province autonome di Trento e Bolzano) e promuovere il documento «Linee-guida per le attività di Genetica Medica» (Accordo 15 luglio 2004)<sup>(3)</sup>.

Anche la Comunità Europea si è dimostrata molto sensibile a tale problematica e nel 2004 ha istituito una commissione internazionale con il compito di definire le caratteristiche dei test genetici. Inoltre, ha promosso la discussione sulle implicazioni etiche, legali e sociali dei test genetici in un Workshop con oltre 200 esperti europei. In quella sede, si è giunti alla approvazione di un documento contenente 25 raccomandazioni relative all'utilizzo dei test genetici nell'ambito del sistema sanitario nazionale<sup>(4)</sup>, alla necessità di una corretta informazione del pubblico e formazione degli operatori sanitari, ed alle implicazioni nel settore della ricerca di carattere sanitario collegato alla costituzione di banche di materiale biologico.

Nel gennaio 2005 è ufficialmente iniziato un progetto europeo denominato EUROAGENTEST, una rete di eccellenza che riunisce circa trenta laboratori che eseguono test genetici (tra questi c'è anche il Laboratorio di Genetica della nostra Fondazione) allo scopo di armonizzare le tecnologie e fornire al cittadino un servizio di qualità nel momento in cui egli chiede una consulenza genetica ed un valido supporto in grado di aiutarlo ad affrontare i relativi<sup>(5)</sup> aspetti etici, legali e sociali.

Recentemente, anche l'ente internazionale "Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico" (OCSE) (Organisation for Economic Cooperation and Development-OECD) ha fornito delle linee guida per i Laboratori di Genetica che indicano i principi e gli standard necessari per assicurare la qualità nell'esecuzione dei test genetici sul DNA a scopo di diagnosi clinica<sup>(6)</sup>.

Nel 2006, in Inghilterra, la *Joint Committee on Medical Genetics* ha pubblicato il documento *Consent and Confidentiality in Genetic Practice*<sup>(7)</sup> che affronta ed illustra in modo esaustivo alcune problematiche esistenti nell'attività diagnostica condotta tramite test genetici e sulle quali è in atto un vivace dibattito a livello internazionale. Tra queste, due sono quelle particolarmente delicate:

- a) il consenso informato, cioè la consapevolezza del paziente o del familiare circa l'utilità del test e la conseguente libertà e capacità di scelta consapevole nel richiedere l'esecuzione dell'analisi;
- b) la riservatezza dei dati ottenuti da tale analisi, in quanto il risultato di un'analisi sul DNA è una informazione molto delicata non solo per il soggetto che esegue l'analisi, ma anche per la famiglia che condivide quel patrimonio genetico.

Nel passato, i test genetici interessavano principalmente le malattie genetiche tradizionali o mendeliane, cioè quelle malattie presenti in una famiglia e

trasmesse da genitore a figlio, di generazione in generazione (malattie dominanti), oppure malattie già presenti in famiglia, (per esempio in cugini malati), ma che compaiono in bambini nati da genitori sani (malattie recessive). Questa tipologia di malattie genetiche classiche costituiva fino a pochi anni fa un insieme di malattie rare di cui si sapeva poco e di cui si occupavano pochi specialisti del settore. Oggi invece si conoscono le cause genetiche di moltissime malattie rare e si è sempre più in grado di identificare la componente genetica anche in malattie molto comuni, per esempio l'ipertensione, il diabete, la malattia di Parkinson. Di conseguenza, l'utilizzo di test genetici è diventato molto più ampio ed interessa un numero sempre crescente di medici e di pazienti.

Generalmente, quando si sta male ci si reca dal medico di famiglia! Questa dovrebbe essere la prassi cui attenersi anche nel caso in cui ci sia il sospetto di essere affetti da una malattia genetica o di esserne portatori, quando si scopre improvvisamente che un parente ne è affetto. Purtroppo questo percorso è spesso disatteso, o perché il paziente è già in contatto con uno specialista o perché il medico generico delega ai colleghi o, addirittura, al paziente stesso, la gestione della malattia.

Sarebbe invece molto utile che il medico di famiglia seguisse il percorso diagnostico dall'inizio e, per tutto il tempo necessario a delineare il quadro patologico della malattia. In Inghilterra questa prassi è obbligatoria: ogni paziente deve recarsi dal suo medico di base che gli indicherà lo specialista a cui rivolgersi.

Sappiamo che il medico di famiglia potrebbe non avere sempre la risposta immediata al paziente, ma dovrebbe essere cruciale per individuare gli specialisti del caso e tenere le fila del percorso. Questo tipo di collaborazione professionale determinerebbe anche importanti effetti positivi sulla classe medica, per esempio l'aggiornamento, da parte dei medici di famiglia e degli specialisti, sulle malattie genetiche ed i relativi centri specializzati, oltre che l'abitudine a lavorare in rete, in accordo anche con le indicazioni che le Istituzioni sollecitano e promuovono.

Anche le associazioni di volontariato possono svolgere un ruolo di supporto ulteriore molto prezioso,

accompagnando e sostenendo le persone che hanno bisogno di orientarsi nel percorso diagnostico e clinico. Per esempio, famiglie che hanno già vissuto esperienze di malattie analoghe possono essere di grande aiuto, non solo perché già conoscono il percorso medico-assistenziale, ma anche perché esse sono capaci di compiere un gesto di solidarietà umana e di sostegno psicologico spesso dimenticati o messi in secondo piano dagli operatori sanitari.

Quando il medico di famiglia e/o lo specialista ha verificato che esistono segni clinici che indirizzano verso una malattia a componente genetica, è importante fare il punto sulle possibili cause della malattia per decidere quali test genetici eseguire. Considerato però che esiste un ventaglio di scelte molto ampio e che vi è un'evoluzione molto rapida delle conoscenze in questo settore, il passo successivo del medico consiste nel richiedere una consulenza genetica ad un genetista medico. Il genetista medico è lo specialista che valuterà la documentazione medica acquisita, chiarirà la storia familiare tramite un colloquio e, se necessario, richiederà ulteriori indagini diagnostiche (per esempio ecografie, radiografie, o ulteriori visite specialistiche), per giungere infine alla prescrizione dei test genetici più pertinenti da eseguire presso il Laboratorio di Genetica.

La nostra Fondazione dispone di un Servizio di Consulenza Genetica, sviluppatosi negli ultimi venti anni all'interno della Clinica Mangiagalli, nel quale i genetisti clinici operano come referenti e fanno da tramite tra il paziente, il medico di base e/o specialista ed il laboratorio. È a questo livello che il paziente riceve tutte le informazioni utili per conoscere la sua situazione, comprendere quello che gli viene proposto e accettare consapevolmente di eseguire i test genetici disponibili. I test genetici infatti, richiedendo procedure specialistiche di laboratorio spesso manuali, vanno programmati con appuntamenti precisi; inoltre, i tempi di consegna del risultato possono essere molto variabili, per alcune malattie sono necessari anche uno o più mesi per completare l'esame.

Nella maggior parte dei casi dei soggetti adulti o nei bambini con problemi genetici, l'esame viene eseguito partendo da un prelievo di sangue venoso, proprio come per le normali analisi del sangue. In particolari malattie, quelle metaboliche o muscolari,

è necessario eseguire un piccolo prelievo di cute o di muscolo. Nelle donne in gravidanza che vogliono conoscere le condizioni di salute del feto, l'esame genetico viene eseguito più comunemente alla sedicesima settimana di gestazione, tramite un prelievo di liquido amniotico, o circa alla undicesima settimana di gestazione tramite un prelievo di villi coriali. In questi ultimi due casi, le cellule prelevate, pur essendo di origine fetale, non vengono prese direttamente dal feto, garantendo ad esso un basso rischio di danni.

Il laboratorio di Genetica Medica è un laboratorio specializzato nell'eseguire analisi che forniscono informazioni sul materiale genetico dell'individuo. Ci sono due settori principali nei quali si eseguono i test genetici: il settore di Citogenetica (che studia i cromosomi) ed il settore di Genetica Molecolare (che analizza il DNA).

Nel settore di Citogenetica si utilizza come strumento principale d'indagine il microscopio; con esso si visualizzano i cromosomi per verificare se esistono difetti di numero (per esempio un cromosoma in più nella coppia 21 dà origine alla sindrome di Down) o difetti di forma, (per esempio una parte cromosomica mancante, come la delezione parziale del cromosoma 5 nella sindrome del Cri-du-chat, o traslocazioni cromosomiche-sindromi malformative congenite). Con questo studio si osservano contemporaneamente tutti i cromosomi, ma si notano solo i difetti più grossolani, visibili al microscopio ottico. Per una definizione più raffinata dei riarrangiamenti cromosomici si utilizzano tecniche di Citogenetica Molecolare quali la FISH (Fluorescent In Situ Hybridization) e, più recentemente, tecnologie sofisticate (ancora in fase sperimentale) quali i Microarrays. Nella FISH si utilizzano "sonde" fluorescenti di DNA che si legano a specifiche regioni cromosomiche, verificando poi al microscopio se esistono microdelezioni, cioè zone dove le sonde di DNA non si legano. Nella seconda metodica si confronta un DNA normale, fissato al vetrino, in una specie di griglia avente posizioni ben identificabili con il DNA del paziente che risulta fluorescente ed ibridizzato in presenza di microdelezioni. Un particolare settore di ricerca in Citogenetica è l'analisi alle microdelezioni dei telomeri (tramite FISH) nelle forme di ritardo mentale idio-

patico.

All'interno delle attività della Fondazione, il settore di Citogenetica interagisce in particolar modo con il Dipartimento "Area della donna, del bambino e del neonato" che comprende le Cliniche Universitarie di Ostetricia e Ginecologia in Mangiagalli (nelle quali sono eseguiti la diagnosi prenatale ecografica ed il prelievo per l'analisi prenatale cromosomica) e le Cliniche Universitarie Pediatriche in Clinica De Marchi (dove si effettuano la diagnosi clinica ed il trattamento delle sindromi malformative pediatriche).

Il settore di Genetica Molecolare, invece, analizza direttamente il filamento del DNA con tecniche in grado di leggere ogni singola lettera del codice genetico e visualizza così i singoli geni (Sequenziamento). Per esempio, se in una famiglia c'è un bambino affetto da fibrosi cistica si andrà a studiare il gene che provoca questa malattia. Oggi conosciamo moltissimi geni che sappiamo essere responsabili di malattie genetiche, ma solo l'attento esame delle manifestazioni cliniche del soggetto e della sua storia familiare saranno determinanti per decidere quale indagine eseguire.

Considerato l'elevato numero di geni noti e la difficoltà di eseguire in un'unica struttura tutti i tipi di analisi disponibili, ogni laboratorio tende oggi a specializzarsi in un certo numero di malattie genetiche ed esegue la diagnostica solo su un numero limitato di geni. Accade quindi che per le patologie genetiche più frequenti, come la fibrosi cistica, siano molti gli ospedali che eseguono abitualmente il test specifico, mentre per le patologie rare la diagnostica viene eseguita in un unico centro nazionale, o addirittura, in alcuni casi, in un unico centro europeo.

Nel settore di Genetica Molecolare del nostro Laboratorio è attiva la diagnostica per undici condizioni genetiche: di queste, cinque malattie genetiche sono abbastanza frequenti e, per ognuna di esse, il paziente può seguire un percorso specifico all'interno della Fondazione; nel caso di una sesta malattia il percorso clinico per il paziente è esterno alla Fondazione; ci sono tre condizioni genetiche, esempi di malattie rare, per le quali il nostro laboratorio è centro di riferimento nazionale; infine, le ultime due sono un esempio di applicazione di diagnostica

molecolare veloce utile alla gestione clinica del paziente in particolari situazioni di urgenza.

Caso esemplare del primo gruppo, è quello della fibrosi cistica (CF) per la quale il laboratorio lavora a stretto contatto con le unità cliniche della Fondazione, vale a dire: la Neonatologia che esegue lo screening biochimico su tutti i nati, la Pediatria attraverso il centro regionale CF, il reparto di Medicina Generale con il settore CF adulti, le Cliniche di Ostetricia e Ginecologia con il Centro di diagnosi prenatale ed il Centro di procreazione assistita e l'ambulatorio di consulenza genetica. In qualunque di queste unità avvenga il primo contatto con il paziente, si attiva il meccanismo del percorso diagnostico e clinico attraverso i collegamenti con tutte le unità operative di cui il paziente od i suoi familiari hanno bisogno. Questo tipo di procedura è operante da molti anni con successo anche per le altre patologie quali la talassemia, la distrofia muscolare di Duchenne, la sordità neurosensoriale e lo studio delle microdelezioni del cromosoma Y nella sterilità maschile. In ognuno di questi casi l'attività è sorta grazie alla stretta collaborazione tra il nostro Laboratorio e centri clinici d'eccellenza con ampie casistiche di pazienti che hanno bisogno di effettuare i test genetici necessari per l'inquadramento diagnostico. Solo nel caso dello studio del gene della Parkina, effettuato in collaborazione con il Centro Parkinson degli Istituti Clinici di Perfezionamento, i campioni provengono da pazienti che seguono un percorso clinico completamente esterno alla Fondazione.

Il nostro Laboratorio è inoltre centro di riferimento nazionale per tre condizioni genetiche: due nefropatie pediatriche, la sindrome di Gitelman e la sindrome di Bartter, e la colestasi intraepatica progressiva familiare di tipo 3. Per lo studio di queste condizioni vengono analizzati campioni provenienti da studi multicentrici coordinati a livello nazionale, per i primi due casi, dal dott. Alberto Bettinelli, e dalla prof.ssa Carla Colombo per il terzo caso (analisi del gene ABCB4/MDR3).

In due situazioni particolari, in cui una rapida risposta è utile per la gestione clinica del paziente, il test genetico è richiesto dai clinici, quindi studiato ed approntato dal laboratorio: nella sindrome emolitico-uremica, in collaborazione con la Nefrologia

Pediatria e Dialisi della Clinica De Marchi, e per la diagnosi rapida di aneuploidie cromosomiche (QF-PCR) in caso di anomalie ecografiche fetali nel secondo trimestre di gravidanza, in collaborazione con il Centro di Diagnosi Prenatale della Mangiagalli.

Il laboratorio di Genetica Medica non è solamente il luogo fisico in cui si eseguono i test genetici, ma, in stretto contatto con i clinici, è anche coinvolto nella valutazione dell'appropriatezza dei test, nella discussione del significato patogenetico dei risultati e nella corretta gestione di un servizio molto delicato per i suoi contenuti<sup>(8)</sup>. Inoltre, il Laboratorio, insieme alle società scientifiche e alle associazioni dei pazienti, partecipa al lavoro di definizione delle linee guida, del consenso informato e di altri strumenti informativi utili al pubblico per orientarsi e conoscere le potenzialità implicite nell'utilizzo dei test genetici che, negli Stati Uniti, stanno diventando, pericolosamente, un semplice prodotto commerciale.

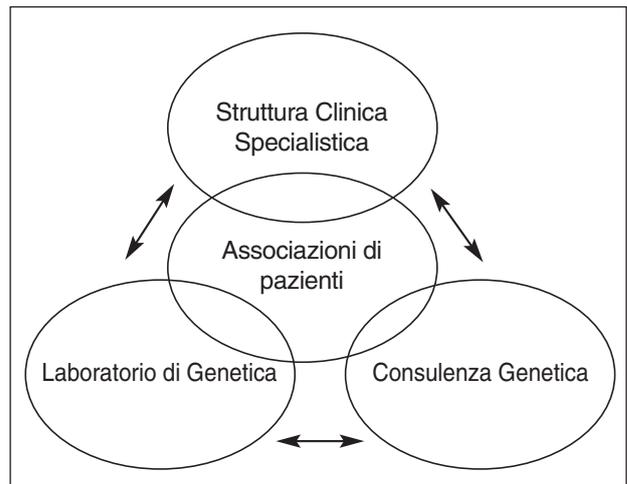
Proprio la presenza e la collaborazione costante delle associazioni, in piena consonanza con la tradizione dell'ospedale, si è rivelata cruciale per le attività del nostro laboratorio per avere una più chiara visione delle esigenze del paziente ed ha sempre costituito anche una fonte di stimolo alla ricerca, anche grazie alle numerose borse di studio erogate per giovani ricercatori presenti nel laboratorio. Siamo molto grati alla Fondazione De Marchi per le Talassemie, all'Associazione del Bambino Neuro-patico, alla Fondazione Fibrosi Cistica, all'associazione "Progetto Alice, Associazione per la lotta alla SEU" (Sindrome Emolitico-Uremica), alla Fondazione Grigioni per la malattia di Parkinson, l'associazione "Ascolta e Vivi" per le sordità congenite e all'Associazione AidWeb per il supporto alle famiglie.

Per la nostra Fondazione, che ha da un lato finalità di ricovero e cura di un grande ospedale e dall'altro finalità di ricerca di un istituto scientifico, emerge come indispensabile l'attività di un laboratorio di genetica medica integrato nell'attività clinica. Infatti è importante offrire al paziente un percorso completo che, partendo dal sintomo clinico, porti a corrette indagini di laboratorio e sia in grado di identificare la causa della malattia per una appropriata

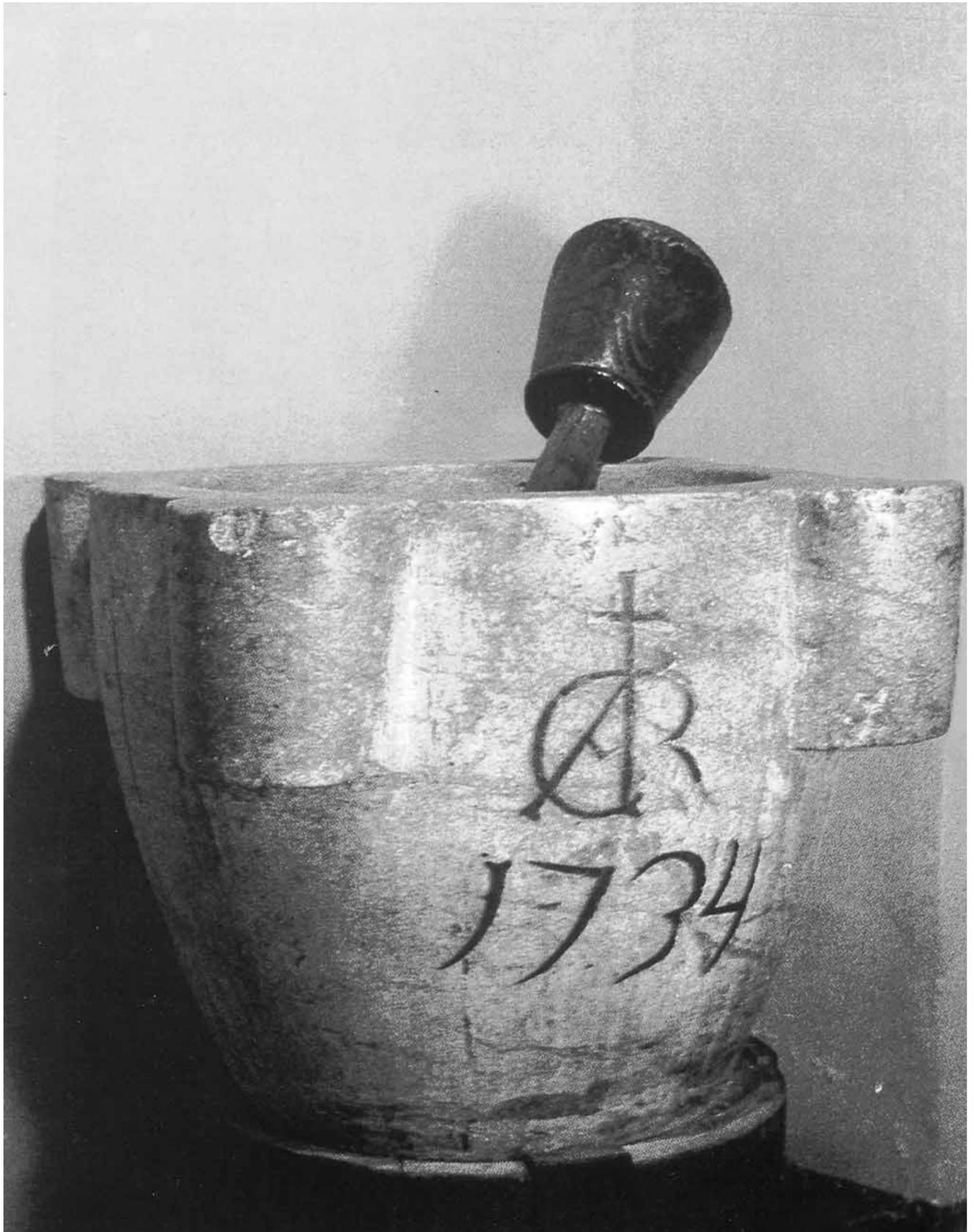
terapia o trattamento. È altrettanto importante che la ricerca avvenga con una stretta collaborazione tra clinico e ricercatore, affinché si crei un'intesa culturale in grado di potenziare le capacità scientifiche e professionali dell'intera istituzione. Per esempio una serie di varianti sul DNA di un individuo possono rimanere insignificanti se non correlati con una precisa storia clinica del paziente in cui sono stati evidenziati. D'altra parte alcuni quesiti sulla ragione di una certa evoluzione clinica in alcuni pazienti rispetto ad altri, che evidenziano in origine la stessa malattia, non potranno avere risposta se non si analizzano in modo preciso le differenze genomiche tra questi gruppi di pazienti. Per compiere quindi ricerche nel settore della genomica, occorrono competenze diverse e specifiche che si fondano in un'unica sinergia per un reale progresso scientifico che si concretizzi poi in un reale vantaggio nella cura del paziente.

#### Note bibliografiche

- 1 - Per le definizioni di test genetici, test diagnostici, preclinici e di suscettibilità si faccia riferimento al documento "Linee guida per test genetici", ISS, 1998
- 2 - Geneclinics: <http://www.geneclinics.org>
- 3 - Accordo ai sensi dell'art. 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, pubblicato su GU n. 224 del 23-9-2004.
- 4 - [http://ec.europa.eu/research/conferences/2004/genetic/recommendations\\_en.htm](http://ec.europa.eu/research/conferences/2004/genetic/recommendations_en.htm)
- 5 - Eurogentest: <http://www.eurogentest.org>
- 6 - <http://www.oecd.org/dataoecd/43/26/37103271.pdf>
- 7 - [www.rcplondon.ac.uk/news/news.asp?PR\\_id=315](http://www.rcplondon.ac.uk/news/news.asp?PR_id=315)
- 8 - B. Godard, H. Kaariainen, U. Kristoffersson, L. Tranebjaerg, D. Coviello and S. Aymé. *Provision of genetic services in Europe: current practices and issues*. Eur J Hum Genet. 2003. 11; S13-S48



Sulla pagina accanto: un antico mortaio per la preparazione dei farmaci.



# La Cannabis, non solo droga

SERGIO FERRI

## Storia

Sono poche le piante che sono state oggetto di studi tanto numerosi e approfonditi come la canapa, pianta che cresce spontaneamente in tutte le fasce temperate del pianeta. I riferimenti all'uso della pianta *Cannabis sativa* risalgono a migliaia di anni or sono: consapevoli della sua robustezza, sia in Oriente i Cinesi, sia in Occidente gli antichi Greci e i Romani, la utilizzarono per il confezionamento di abiti e l'allestimento di cordame ad uso navale. Nella storia più recente le citazioni sull'impiego della pianta per la resistenza della sua fibra sono ovviamente innumerevoli; particolarmente interessanti quelle concernenti la sua coltivazione in America (Virginia) nel 1610.

Ma è come medicinale che l'uso della Cannabis si data ai tempi più antichi: fra gli Assiri (800 a.C.), gli Amerindi e i (soliti) Cinesi (2700 a.C.). Proprio in Cina, l'imperatore Shen Nung descrive la canapa in un libro che più avanti sarebbe diventato di riferimento ufficiale per la medicina cinese, con indicazioni per la malaria, i dolori reumatici, la costipazione. Gli Indiani ne sottolineano (2000-1500 a.C.) alcune proprietà "farmacologiche": antifebbrile, ipnotica, stimolante dell'appetito, di sollievo delle cefalee ed *euforizzante*. Anche nell'antico Egitto la pianta era conosciuta ed è proprio da questo Paese che gli scienziati coinvolti nelle campagne militari di Napoleone riportano in Europa notizie interessanti sui suoi effetti psicotropi. Nel 1810, un membro della "Commission des Sciences et des Arts" annotava: "...per gli Egiziani, la canapa è la pianta per eccellenza, non per gli usi che ne fanno in Europa e in molti altri Paesi, ma per i suoi peculiari effetti. La canapa coltivata in Egitto è in realtà *intossicante e narcotica*".

Approfondite descrizioni delle proprietà della pianta cominciano a diffondersi, in effetti, in Europa. Nel 1839 un giovane medico irlandese, O' Shangh-

nessy, in servizio presso l'esercito britannico in India, riassumeva criticamente le informazioni concernenti la canapa nella medicina indiana; di più, egli stesso allestiva una serie di ricerche sugli animali (topo, ratto, coniglio) per precisarne gli effetti e il margine di sicurezza che descriveva come elevato. Questo stesso studioso, sulla linea della terapia indiana tradizionale, somministrava la Cannabis a soggetti sofferenti di varie patologie, dall'epilessia ai reumatismi, riscontrando un'efficacia anticonvulsivante, analgesica, antiemetica ma con effetti collaterali frequenti per le alte dosi, che egli definiva di tipo catalettico.

Negli stessi anni si diffondevano in Europa descrizioni più complete circa le proprietà della pianta nella letteratura scientifica, soprattutto, ma non solo, sul versante psicotropo.

In un commentario alla Farmacopea Britannica, particolarmente acuto, così venivano descritti, nel 1848, gli effetti psicotropi di estratti della Cannabis: "Numerosi osservatori hanno talora constatato nei nativi d'Oriente, i quali ne fanno uso comunemente al posto di alcolici, uno stato di rilassatezza, di gradevole «rêverie» che può facilmente indurre ad evitare ogni pur semplice lavoro; una condizione attiva di ebbrezza che induce l'individuo a cantare, ridere, ballare e, talvolta, lo spinge ad atti di violenza come in uno stato di ubriachezza aggressiva".

Contemporaneamente, sempre in Europa, in circoli artistico-letterari parigini (Théophile Gautier, Baudelaire), con i toni eccessivi tardo romantici dell'epoca, si formulavano inni di esaltazione oltre che al vino, all'assenzio, alle droghe tradizionali (oppio), anche alla Cannabis, versione *hashish*.

## Marihuana e hashish. Terminologia

A questo punto occorrono alcune precisazioni: tutte le parti della pianta *Cannabis sativa sottospecie indica*, sia maschile sia femminile, con l'eccezione dei semi,

contengono principi psicoattivi in misura maggiore o minore, con la concentrazione massima nelle sommità fiorite (femminili) seguita da quella delle foglie. Sono stati dati vari nomi alle preparazioni ottenute dalla pianta. Tuttavia la terminologia più corrente è quella di *marihuana o marijuana* (Maria Giovanna, secondo la leggenda sudamericana), riferita alla *intera* pianta (soprattutto le foglie) seccata e sminuzzata e di *hashish*, che indica l'essudato, la *resina* secreta dall'*infiorescenza* (sommità fiorite). Anche sulla parola hashish sono, nel tempo, sorte vere e proprie leggende, una delle quali riconosce in essa l'origine del termine *assassino*, in riferimento alla scelta criminosa di consumatori della pianta capeggiati, nell'antico vicino Oriente, dall'altrettanto leggendario "*vecchio della montagna*", presunto organizzatore di crimini e trame occulte di ogni genere. Numerosi altri nomi sono in circolazione, indiani per lo più, come *bhanga* e *ganja*, che indicano, rispettivamente, foglie e sommità fiorite della pianta cresciuta *spontanea* (con basso contenuto in principi attivi) e foglie e sommità fiorite della pianta *coltivata* (con più alto contenuto in principi attivi). Il termine *charas*, sempre indiano, corrisponde a quello, nostrano, di hashish, resina. I prodotti della pianta, nelle varie culture, possono essere fumati, masticati, ingeriti.

Indipendentemente, comunque, dalla terminologia, all'inizio del ventesimo secolo, l'uso *ricreazionale, voluttuario* della pianta, al di là di quello medicinale, coinvolgeva tutto il mondo, dall'Africa all'Europa, all'Australia, al Sud America e proprio da qui raggiungeva gli Stati Uniti e il Canada. Secondo un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Cannabis (marihuana – hashish) è diventata nei tardi anni '90 il più diffuso composto d'abuso del mondo, **superando gli stessi oppiacei e la cocaina.**

Negli Stati Uniti, Paese che fornisce accurate statistiche in proposito, si riscontrano nel consumo oscillazioni, a seconda degli anni e delle classi professionali e sociali, che vanno, per fare un esempio, dal 2 al 10% degli studenti delle scuole superiori (con uso quotidiano) fino al 37-50% degli stessi negli ultimi trenta giorni di frequenza scolastica.

Secondo l'ASL – Città di Milano, la percentuale di giovani di età compresa fra i 15 e i 24 anni che ne abbiano fatto uso almeno una volta supera largamente il 60%.

Nonostante le leggi si riscontra ovunque un'evoluzione all'incremento del consumo dovuto anche alla diminuzione della disapprovazione sociale e alla diminuita percezione del rischio.

Anche l'Italia viene ovviamente coinvolta dal fenomeno mondiale di diffusione della marihuana, favorito da un clima culturale artistico-letterario e socio-politico che vede il suo culmine nei "formidabili" anni '60 della contestazione. Negli ambienti giovanili, quello studentesco soprattutto, lo "spinello" diventa un'occasione di aggregazione, un segnale di appartenenza, l'espressione di una cultura alternativa, protestataria. Ben presto, tuttavia, l'uso della Cannabis esce da questo contesto quasi rituale e la "canna" viene adottata singolarmente da giovani e da adulti a scopo ricreazionale ad anche per il gusto di contravvenire a norme e regolamenti sociali avvertiti come repressivi. Tuttavia, al di là di ogni espressione elusiva, di ogni analisi sociale, politica, psicologica da affidarsi ai vari cultori disciplinari e agli operatori "sul territorio", dovrebbe essere chiaro che con l'uso della Cannabis si configura una scelta specifica nell'ambito della ricca offerta di *sostanze d'abuso* discutibilmente più o meno "leg-



Foglia di *Cannabis sativa* sottospecie *indica*

gere”, più o meno “pesanti”.

I suoi effetti dannosi vengono solitamente discussi, per quanto riguarda la gravità, comparativamente a quelli provocati da altre sostanze d'abuso, come l'alcool e il tabacco, ben più comuni e socialmente più accettate dalla cultura occidentale. Una legislazione sempre meno punitiva contribuisce tuttavia ad enucleare la Cannabis dal contesto che, secondo gli specialisti, è quello proprio degli allucinogeni.

Dopo anni di severo proibizionismo si è infatti pervenuti alla concessione di una ambigua e discussa “modica quantità” di droga per uso personale che ha visto recentemente, per quanto riguarda la Cannabis, una proposta al rialzo circa la quota di possesso, con sanzioni amministrative che evitino il rischio del carcere. Tuttavia l'intervento di un Tribunale Amministrativo Regionale ha fatto sospendere il provvedimento e ha aperto un problema che non è solo di discrezionalità politica, di quantificazione giuridica di limiti massimi di sostanze psicotrope detenute, ma anche un problema molto serio di sostanza tecnico-scientifica.

La svolta verso una legislazione più permissiva nei confronti della Cannabis viene favorita dalle regolamentazioni della vendita in atto in alcuni Paesi europei, come l'Olanda, e il Canada e dalle molte dichiarazioni favorevoli, internazionalmente, al suo uso terapeutico e, non da ultimo, dal rovesciamento di convincimenti radicati in molti per i quali l'uso della marijuana potrebbe configurare, oltre che un danno in sé, il primo passo verso le droghe “pesanti”, l'eroina tipicamente.

### Principi attivi

A questo punto, appaiono utili, per comprendere meglio le diverse opinioni e le resistenze opposte da coloro che vedono in questi provvedimenti un segnale di incoraggiamento alla “escalation” nel consumo di droghe, alcuni approfondimenti sugli effetti della Cannabis e sul contenuto in principi attivi.

Queste precisazioni dovrebbero aiutare a superare la genericità dei concetti di marijuana e hashish.

La pianta *Cannabis sativa indica* (e anche il fumo che si sprigiona dalla sua combustione) contiene centinaia di composti a varia struttura chimica; di questi, una sessantina sono stati identificati e raggruppati come **cannabinoidi**, appartenenti a un'uni-

ca classe chimica, quella dei *terpenofenoli*. L'identificazione della struttura dei principi realmente attivi della Cannabis è stata possibile grazie all'isolamento, negli anni '40, di due di questi cannabinoidi, e precisamente il *cannabinolo* e il *cannabidiolo* di per sé dotati di modesta efficacia rispetto al composto successivamente identificato, e siamo negli anni '60, e cioè il **delta 9-tetraidrocannabinolo** ( $\Delta^9$  THC) riconosciuto come *responsabile principale* delle proprietà psicoattive della pianta e, più in generale, di molti dei suoi diversi effetti farmacologici. Questi effetti si esercitano *prevalentemente, ma non unicamente*, a livello del Sistema Nervoso Centrale e variano con la quantità assunta e la via di somministrazione, ma è importante anche **la sensibilità individuale** del consumatore, le circostanze stesse dell'assunzione, singolarmente o in gruppo.

Di fronte a tutto questo è con molta preoccupazione che si sta constatando nelle piante di Cannabis confiscate, coltivate evidentemente con questo preciso scopo, **l'incremento progressivo della concentrazione** media di THC dall'1,5% fino al 20%. Questi cambiamenti vengono addirittura riferiti allo sviluppo di coltivazioni di piante sottoposte a manipolazioni genetiche ed accrescono il timore che l'offerta di una Cannabis altamente attiva possa influire sul suo consumo e creare maggiori danni all'organismo.

### Recettori dei cannabinoidi - endocannabinoidi

La Cannabis viene abitualmente fumata come sigaretta da 0,5-1 g. Circa il 50% del THC contenuto nel fumo viene *rapidamente* assorbito a livello polmonare, passa in circolo e viene ridistribuito; le concentrazioni plasmatiche raggiungono il picco entro 10-20 minuti e l'accesso al cervello, considerata la lipofilia della molecola, è rapido e gli effetti farmacologici si evidenziano pertanto entro pochissimi minuti dall'inizio del fumo.

L'assorbimento e la distribuzione del THC si realizzano con la via inalatoria molto più precocemente che dopo un'assunzione per via orale. Il THC viene convertito rapidamente, nel fegato e nel polmone, in un metabolita cannabinoide ancora modestamente attivo, ma il proseguimento della degradazione esita nella produzione di vari composti inattivi, a lenta eliminazione nelle urine.

Il loro dosaggio nei liquidi biologici rende quindi

possibile, con l'ausilio di sofisticati test, l'accertamento dell'avvenuta assunzione della droga inalata anche dopo ore o addirittura giorni. La durata degli effetti farmacologici di una sigaretta di Cannabis è calcolata mediamente in un paio di ore.

Una serie di considerazioni scientifiche hanno fatto ritenere che il complesso degli *effetti centrali* e periferici prodotto dai cannabinoidi riconosca la mediazione di specifici *recettori* per questi stessi cannabinoidi. L'attivazione di queste strutture distribuite sulla membrana della cellula, operata dai cannabinoidi, viene trasmessa all'interno della cellula stessa attraverso una catena di eventi biochimici complessi e ancora in via di precisazione che coinvolgono una quantità di trasmettitori, di ioni, di proteine modulanti il messaggio.

Il primo di questi recettori ad essere stato identificato è stato denominato *CB1* (cannabinoido 1) e si trova distribuito prevalentemente, *ma non esclusivamente*, nel Sistema Nervoso Centrale, in parallelo con le strutture cerebrali la cui messa in opera giustifica molti degli effetti propri dei cannabinoidi, da quelli, in particolare, cognitivi, della memoria, della gratificazione a quelli motori. La scarsità di recettori individuabili a livello delle strutture cerebrali coinvolte nella respirazione spiegano, viceversa e altrettanto bene, la sostanziale assenza della depressione respiratoria che è invece propria e temutissima, di altre droghe, tipicamente degli oppiacei.

Successivamente al CB1, un altro e distinto recettore atto ad accogliere e trasmettere i messaggi dei cannabinoidi, è stato identificato e designato CB2. La sua distribuzione è centrale e periferica, in particolare nelle cellule dell'intestino, del fegato e nelle cellule della milza, nei linfociti, nei monociti; per queste ultime collocazioni, è ipotizzabile un ruolo del CB2 nei *fenomeni immunitari*. L'insieme delle ricerche in argomento non solo lascia intravedere l'esistenza di altri sottotipi di recettori per i cannabinoidi, con ruoli funzionali distinti,\* ma ha anche sollevato una serie di quesiti di estrema rilevanza per l'avanzamento delle conoscenze in biologia.

Il più importante di questi quesiti ha preso l'avvio da un analogo interrogativo a suo tempo sollevato

per gli *oppiacei*: come mai nel cervello degli animali e dell'uomo stesso sono individuabili recettori specifici atti ad accogliere messaggi provenienti dall'esterno, dal mondo naturale, come sono quelli propri della *morfina*, una sostanza (un alcaloide) che è espressa in un vegetale, tipicamente in una varietà del papavero?

Le ricerche conseguenti a queste e, ovviamente, ad analoghe sollecitazioni scientifiche avevano portato all'individuazione nel cervello dell'umano di sostanze *endogene*, le *endorfine*, di cui la morfina imita appunto gli effetti. Una situazione analoga si è riproposta per i cannabinoidi della Cannabis, un vegetale cui corrispondono nell'organismo specifici recettori: sul filo di questi ragionamenti, sono state identificate, in finale, nell'uomo e nell'animale, delle sostanze *endogene* "leganti" di questi recettori, la prima delle quali ha ricevuto il nome di *anandamide*, da una parola sanscrita che significa serenità, contemplazione.

Altre sostanze bioattive del genere sono state successivamente estratte da vari tessuti e collettivamente indicate come *endocannabinoidi* a significarne, appunto, la sede endogena e il collegamento con le ricerche d'origine, dalla Cannabis. Degli endocannabinoidi sinora individuati è stata precisata la struttura chimica, che è ben distinta, va precisato, da quella dei cannabinoidi vegetali e se ne è precisato anche il corredo di enzimi preposto alla loro sintesi e metabolizzazione. In base a questi riscontri scientifici si può postulare l'esistenza, nell'organismo, di un vero e proprio sistema neurochimico "cannabinoido" le cui funzioni e interazioni con gli altri sistemi neurochimici sono in via di accertamento.

Fra gli endocannabinoidi isolati, l'anandamide in particolare è quella che produce gli effetti più prossimi a quelli descritti per il THC, principale componente attivo della Cannabis. Altri endocannabinoidi si affiancano all'anandamide come il 2-arachidonoil-glicerolo (-2-AG) ed altri eicosanoidi in fase di accertamento e studio.

Ma quali sono, in definitiva, questi effetti evocati dalla Cannabis e dai suoi principi attivi?

### **Proprietà psicoattive della Cannabis**

L'evidenza più spiccata delle proprietà psicoattive della Cannabis e dei suoi principi attivi è rappresen-

#### **Nota**

\* L'esistenza di siti recettoriali diversi per i cannabinoidi è postulata da alcuni ricercatori anche per giustificare gli effetti del cannabidiolo, in parte distinti per qualità ed intensità, da quelli del THC.

tata nel consumatore dal cambiamento dell'umore, un misto di euforia e rilassatezza fino alla sonnolenza che avvolge l'individuo soprattutto quando è solo e può durare un paio d'ore. Durante questo tempo, nei consumatori dei diversi preparati di Cannabis che contengono le più **elevate** concentrazioni di principio attivo THC, si evidenziano alterazioni delle percezioni visive e auditive e della percezione del tempo, che sembra scorrere molto più lentamente; sono ugualmente alterati i processi cognitivi e la memoria per cui risulta ostacolata l'esecuzione di attività che richiedono l'articolazione di circuiti neuronali complessi. La Cannabis influenza anche l'attività neurovegetativa con aumento della frequenza cardiaca e vasodilatazione periferica resa evidente, fra l'altro, dall'intenso arrossamento della congiuntiva; sensibile è anche l'incremento dell'appetito, un effetto che è oggetto di interesse da parte di produttori farmaceutici che vedono la possibilità di sviluppare farmaci per il controllo, positivo o negativo, dell'appetito.

### **La Cannabis come sostanza d'abuso**

Non dobbiamo dimenticare che la Cannabis, con i suoi derivati – marihuana e hashish – e i suoi principi attivi, delta 9-tetraidrocannabinolo in particolare, è pur sempre una droga. Che la marihuana, anche fumata, tanto per citare l'esperienza più frequente, si configuri come *sostanza d'abuso* è confermato ormai da tempo, anche se la precipitazione di una sindrome astinenziale, indicativa appunto di una dipendenza, viene all'osservazione clinica solo nei consumatori di dosi regolari, più frequentemente orali ed elevate, che improvvisamente ne interrompano l'assunzione. La sintesi di composti antagonisti dei recettori dei cannabinoidi CB1 e CB2, come il *rimonabant*, ha permesso di arrivare a sicure conclusioni in proposito sul piano sperimentale, sia *in vivo* negli animali di laboratorio (scimmie incluse) sia *in vitro* sul biochimismo di cellule in cultura, secondo uno schema procedurale che i ricercatori applicano alle più classiche sostanze d'abuso, come gli oppiacei.

L'interpretazione dei sintomi evocati dalla Cannabis sull'uomo è complicata da molti fattori che possono essere individuali: lo sviluppo di una *tolleranza*, con cui si intende il decremento progressivo degli

effetti con l'uso cronico della droga, è molto soggettivo ma è soprattutto l'uso concomitante e non infrequente di altre sostanze d'abuso, l'alcool anzitutto, che complica il quadro sintomatologico. Per la stessa ragione, anche la *sindrome astinenziale*, il complesso di sintomi, cioè, che compare con la privazione in consumatori cronici di alte dosi, può risultare confusa: i sintomi più frequentemente osservabili sono comunque l'irritabilità, l'irrequietezza, l'insonnia, la sudorazione profusa, l'anorexia; l'aumento della temperatura corporea, il calo ponderale, il tremore sono egualmente sintomi oggettivi. Eccezionalmente sono stati segnalati casi di allucinazioni, uditive e visive con la privazione di preparati di Cannabis ad elevato contenuto di principi attivi. Al potenziale d'abuso non sfuggono i *sucedanei* dei cannabinoidi sinora sintetizzati, che pure tanto hanno contribuito all'acquisizione di conoscenze sul loro meccanismo d'azione, sul significato fisiologico delle sostanze endogene correlate (come l'anandamide) e, non da ultimo, sono stati utili per chiarire le correlazioni con altre sostanze d'abuso, come gli oppiacei.

Indipendentemente dalle considerazioni anche più generali concernenti i composti d'abuso, una delle preoccupazioni più serie è quella manifestata da non pochi ricercatori i quali temono che *l'uso cronico* della Cannabis e dei suoi derivati **da parte dei giovanissimi**, psicologicamente più deboli, possa far rischiare il rallentamento dei processi evolutivi cerebrali, con **ripercussioni sull'apprendimento, sulla memoria** e sulla coordinazione motoria. Esistono anche segnalazioni cliniche per le quali la Cannabis può aggravare o far precipitare i sintomi di turbe mentali **pre-esistenti**, come la *schizofrenia*. Per quanto riguarda la **vulnerabilità alla psicosi** sono in corso di esplorazione i rapporti fra profilo biologico (anche genetico) individuale e fattori di rischio (situazione ambientale-familiare, stress, fumo, consumo di droghe).

### **Potenziali terapeutici della Cannabis**

Il discorso si porta a questo punto sui potenziali usi terapeutici della Cannabis e dei suoi derivati che già hanno avuto un riscontro in vari Paesi europei, dall'Olanda alla Germania, alla Svizzera, alla Gran Bretagna, al Belgio, alla Spagna, ma anche in Paesi

extraeuropei come l'Australia e il Canada (che ha la legislazione più permissiva, anche per quanto riguarda la coltivazione della pianta Cannabis).

Anche negli Stati Uniti, alcuni Stati hanno concesso l'autorizzazione al commercio di farmaci a base di Cannabis o di suoi derivati, pur confliggendo con il parere contrario espresso dalle massime Autorità federali, e pertanto si renderà necessaria la ricomposizione di queste divergenze. Per quanto riguarda l'Italia i provvedimenti in proposito sono ancora in elaborazione in sede legislativa-normativa. Con un decreto del Ministero della Salute, il principio attivo della Cannabis (THC) è stato inserito in un particolare elenco per l'autorizzazione alla vendita di farmaci con precise indicazioni terapeutiche.

Di parziale attuazione sono gli interventi annunciati in Regioni a statuto speciale (Alto Adige) le cui Autorità metteranno a disposizione derivati della Cannabis per uso farmacologico in regime di "day hospital", un riconoscimento dunque delle caratteristiche terapeutiche di questi composti al di fuori delle censure connesse al loro potenziale psicotropo. I preparati di Cannabis commercializzati in vari Paesi cui si fa riferimento sono abbastanza numerosi. Per citare i più comuni: il *Cannador* è un estratto totale di Cannabis; il *Dronabinolo* è un cannabinoide e precisamente lo stesso THC, ottenuto per via sintetica e dispensato in compresse (*Marinol*) di vario dosaggio, mentre il *Nabilone* è un cannabinoide di sintesi con leggere modificazioni strutturali rispetto al precedente che dovrebbe avere, usando un condizionale, un più basso potenziale psicotropo. Il *Sativex* è un prodotto farmaceutico, uno *spray oromucosale* per l'erogazione di livelli terapeutici di due dei principali cannabinoidi, il più volte citato delta 9-tetraidrocannabinolo (THC) e il cannabidiole; con questo preparato *spray* si intende ridurre eventuali irregolarità dell'assorbimento intestinale.

Le indagini sul potenziale terapeutico della Cannabis e dei suoi derivati naturali e sintetici hanno ovviamente ricevuto una accelerazione dalle ormai numerose ricerche precliniche e cliniche che testimoniano un coinvolgimento degli endocannabinoidi (anandamide in particolare) in stretta correlazione con i loro recettori CB1 e CB2 in circuiti centrali e periferici di regolazione di svariate funzioni fisiologiche e patofisiologiche.

Un primo accertamento in proposito è avvenuto con la verifica sperimentale dell'efficacia della Cannabis nel *controllo del dolore* facendo seguito, evidentemente, alle plurisecolari testimonianze in argomento. In effetti queste ricerche trovano un riscontro nell'evidente aumento dei livelli di anandamide nelle aree implicate con il dolore, cervello, midollo spinale, fibre nervose afferenti, dopo stimoli dolorosi applicati in periferia.

L'attività antiiperalgesica dei cannabinoidi naturali e sintetici, oltre che degli stessi endocannabinoidi è stata confermata in modelli animali di dolore acuto e cronico con evidenza particolare nelle situazioni di origine infiammatoria; l'effetto antinocicettivo risulta sinergico con quello esercitato dai comuni farmaci analgesici antiinfiammatori non steroidei e anche con quello degli oppiacei. Nell'umano l'attività analgesica dei cannabinoidi è risultata, almeno inizialmente, meno netta, tuttavia oggi sono ormai numerose le relazioni di una loro reale efficacia in opportune condizioni e indicazioni.

I risultati poco favorevoli evidenziati nel corso delle prime indagini vengono riferiti a inadeguatezza dei procedimenti clinici adottati, all'insufficienza delle dosi di cannabinoidi somministrate, all'irregolarità del loro assorbimento intestinale. L'ottimizzazione di tutti questi parametri consente un maggior ottimismo in argomento "analgesia".

A titolo di esempio, studi molto recenti ed accurati segnalano che il sopra ricordato Sativex, somministrato in uno spray che elude la possibilità di un incerto assorbimento intestinale, risulta efficace nel dolore neuropatico periferico, nel dolore intrattabile dovuto a cancro e nella sclerosi multipla.

Analogamente, altre ricerche cliniche descrivono, con l'uso della Cannabis, un netto miglioramento correlato alla dose, del dolore neuropatico-muscolare in soggetti colpiti da infezione da HIV.

Molto interessante, se il dato verrà confermato, il riferimento all'efficacia di un metabolita del THC, l'*acido ajulemico*, nel ridurre la sintomatologia in soggetti con dolore neuropatico di varie cause, senza evocare i comuni effetti psicotropi propri dei cannabinoidi.

Per quanto riguarda la *sclerosi multipla*, sono interessanti gli studi, condotti su larga scala, che descrivono un miglioramento, oltre che nella componente

dolore, anche nella frequenza degli spasmi e della motilità. Questa linea di ricerca segnala un intervento dei recettori CB1 e CB2 nel controllo del tono muscolare, nell'espressione di elementi infiammatori (citochine) e immunitari (linfociti T) che infiltrano il midollo spinale e sulla integrità del rivestimento mielinico dei nervi; l'effetto complessivo è dunque quello di una *neuroprotezione*. La sclerosi multipla, patologia a componente infiammatoria-immunitaria, rimane pur sempre un problema irrisolto, a causa sconosciuta, che trae solo modesti, sintomatici vantaggi da tutti i vari interventi terapeutici sinora adottati.

L'efficacia pur limitata dei cannabinoidi nei *disordini del movimento* sollecita ricerche nei confronti di altre patologie che manifestino questa componente, come il morbo di Parkinson, per citarne una fra le più frequenti, in cui effettivamente la stimolazione dei recettori CB1 sembra attenuare almeno uno dei sintomi, quello del tremore.

Se queste ricerche verranno confermate, è evidente che si potrà delineare in questi casi un nuovo, aggiuntivo approccio terapeutico.

Quando si parla di endocannabinoidi, non sempre si deve pensare all'*attivazione* dei recettori coerenti con questo sistema ma, al contrario, si può fare riferimento anche a molecole che siano in grado di *bloccare* queste stesse strutture realizzando comunque effetti farmacologici terapeutici importanti. Si è accennato poc'anzi all'aumento di appetito avvertito dai consumatori di Cannabis, una proprietà nota da molto tempo; in effetti studi su modelli animali, oltre che accertamenti nell'uomo, hanno confermato l'intervento degli endocannabinoidi non solo nei circuiti cerebrali (ipotalamo) di regolazione dell'appetito e dell'assunzione di cibo, ma anche in periferia in cellule dell'intestino, del fegato, del tessuto adiposo (adipociti). Non va trascurato inoltre, nel complesso sistema di regolazione e disregolazione metabolica, l'impatto esercitato dai cannabinoidi, per la loro attività psicotropa, sulla componente di *gratificazione* edonica, normalmente collegata all'assunzione di cibo. L'azione coordinata centrale e periferica degli endocannabinoidi contribuisce, di concerto con altri sistemi regolatori nervosi, ormonali, enzimatici, ecc., ad attivare i sensori della disponibilità di nutrienti, a diminuire il dispendio

energetico, ad aumentare l'attività lipogenica. È ragionevole pertanto ipotizzare che il sistema degli endocannabinoidi contribuisca anche all'elaborazione delle sindromi opposte di obesità e anoressia collegate appunto alle turbe dell'appetito e del bilancio energetico. Per rapportarsi al commento appena espresso circa la possibilità di *antagonizzare* alcuni effetti propri della Cannabis, non di favorirli, si può citare il farmaco *Rimonabant*, un *antagonista*, un bloccante dei recettori degli (endo)cannabinoidi in corso di registrazione nel nostro Paese, che si è rivelato un valido strumento *antiobesità* nella cosiddetta sindrome metabolica.

Per concludere, le potenzialità terapeutiche dei composti della Cannabis meritano di essere esplorate in varie direzioni concernenti capitoli distinti delle scienze biomediche, che non sono solo quelli citati, ma possono essere ulteriormente estesi: per citarne solo alcuni, l'osteoporosi, l'arteriosclerosi, i fenomeni immunitari. Si tratta evidentemente di semplici ipotesi di lavoro che trovano però tutte un collegamento nell'evoluzione delle ricerche sugli (endo)cannabinoidi che potrebbero comunque esitare in risultati preziosi e *ben mirati*.

Le *riserve d'obbligo* connesse con l'uso della Cannabis e/o dei suoi derivati sono quelle più volte formulate che trovano ulteriore sostegno nella letteratura internazionale più recente che segnala, in corso di terapia, la comparsa di reazioni disforiche, vertigini, turbe della concentrazione ed altri effetti collaterali indesiderati.

#### Bibliografia

P. Pacher, S. Batkai, G. Kunos, *The Endocannabinoid System-Pharmacotherapy*. Pharmacol. Rev. 58, 389-462, 2006.

J. Singh, S. Budhreja, *Therapeutic potential of cannabinoids receptor ligands: current status*. Methods Find. Exp. Clin. Pharmacology 28 (3), 177-183, 2006.

I. B. Adams, B.R. Martin, *Cannabis: Pharmacology and Toxicology in animals and humans*. In: Addiction 91 (11), 1585-1614, 1996.

S. Ferri et al., *Possible mediation of catecholaminergic pathways in the antinociceptive effect of an extract of Cannabis sativa L.* Psychopharmacology 89, 244-247, 1986.

*Investigation of behavioral effects of an extract of Cannabis sativa L.* Psychopharmacology 75, 144-147, 1981



Un'antica stampa medica (Civiche Raccolte Bertarelli, Milano).

## *Ricadute e nuovi ricoveri: diventa difficile il rapporto medico-paziente se lo splendore della tecnologia nasconde il chiaroscuro della realtà*

ANDREA FINZI

Essere costretti ad un nuovo ricovero poco tempo dopo aver lasciato l'ospedale perché i sintomi della malattia tornano a farsi sentire è un'esperienza psicologicamente traumatica e difficile da affrontare per i malati e per i loro familiari. Anche per i medici il dover riprendere in mano poco tempo dopo averla "chiusa" una cartella clinica che si pensava di poter archiviare tranquillamente è motivo di frustrazione, di dubbi e ripensamenti su quanto era stato o non era stato fatto per quel paziente. Il modo in cui gli uni e gli altri affrontano queste circostanze tutt'altro che rare è un argomento di riflessione forse un po' scomodo ma onestamente ineludibile dal momento che investe profondamente la gestione del rapporto medico-paziente e la stessa percezione della malattia.

È ben vero che in un gran numero di casi la re-ospedalizzazione precoce è soltanto conseguenza del progressivo e ormai inarrestabile aggravarsi di un processo patologico sempre meno dominabile dalle cure. A seconda del ramo specialistico e del tipo di patologia sono più o meno numerosi i pazienti sfortunatamente abituati ai ricoveri ripetuti; è spesso possibile riconoscerli già dal loro aspetto fisico di persone che ormai da tempo hanno lasciato il "mondo dei sani": fragile, emaciato, pallido o gonfiato dal cortisone; sono malati che ormai hanno interiorizzato l'abitudine a passare da una terapia all'altra con pochissimi intervalli di "normalità", che annoverano una lunga storia di precedenti ricoveri. Arrivano accompagnati da congiunti altrettanto sconsolati e spesso si ripresentano con frasi di mesta ironia del tipo: "Sono ancora qui...non potevo stare lontano da voi..." quasi a volersi scusare della delusione che il nuovo ricovero causa anche ai medici con i quali hanno ormai una lunga consuetudine di condivisione e che si sono impegnati con dedizione ed affetto. Il rapporto con questi pazienti, emotiva-

mente e professionalmente impegnativo, finisce per rivelarsi relativamente semplice e diretto, nello spirito tradizionale della solidarietà, dell'empatia e della speranza condivisa. C'è un gioco delle parti nel quale ai medici spetta dire: "Coraggio, sono cose che succedono, incidenti di percorso. Vedrà... Questa volta aumentiamo un po' la dose di quel farmaco e poi bisognerà impegnarsi di più con la dieta.... Abbiamo ancora tante possibilità di cura ..." E ai malati far finta di crederci per non aumentare il loro imbarazzo e costringere se stessi a tener stretta ancora un po' di speranza.

Molto più problematico è il "rientro", soprattutto se dal Pronto Soccorso con "codice giallo o rosso", cioè in condizioni di "urgenza-emergenza", di un paziente che si credeva effettivamente "guarito"; ci si trova di fronte una persona doppiamente sofferente, sia per i sintomi ricomparsi che per l'inattesa delusione della quasi certezza di aver risolto il problema con la quale aveva lasciato l'ospedale poco prima; non di rado il malato letteralmente investe i medici con espressioni del tipo: "Ma mi avevate detto che era tutto a posto, che ero guarito! E ci risiamo come prima! Ma allora mi avete ingannato..." L'animosità dell'uno e la difficoltà in cui si trovano gli altri è aumentata se la "guarigione" era stata dichiarata o prevista dopo un intervento specifico ritenuto risolutore soprattutto se di tipo "invasivo", termine che comprende anche quelle che nel buffo gergo pseudo-burocratico tradotto dall'inglese sono indicate come "procedure interventistiche", cioè non solo gli interventi chirurgici veri e propri.

Non che i chirurghi non abbiano anche loro una certa percentuale di "ritorni" o - per dirla chiaramente - di insuccessi a breve termine. Ma nell'ambiente chirurgico si è sempre dato per scontato che alcuni casi vadano storti e si è abitualmente piuttosto cauti nel

dichiarare il successo e la guarigione, prima di tutto per l'ovvia - ma non per chi chirurgo non è - dimestichezza a immergere le mani nella viva materia organica, ad avere la percezione visiva della varietà dell'anatomia normale e patologica del corpo umano visto "dal vero" e non per schematismi didattici o digitali, a spostare organi, a recidere tessuti, a legare vasi, ad usare elettrobisturi, pinze, aspiratori, drenaggi. Insomma, a vedere la natura nella sua realtà, con i suoi trabocchetti, con la sua capacità di reagire in modo misurato o eccessivo al gesto chirurgico, sapendo come sia piccolo il margine fra processo cicatriziale riparativo e stenosi o aderenza dannosa per la funzione, fra asportazione radicale o incompleta, come sia un fatto di esperienza e di "fiuto" saper giudicare la resistenza di una sutura posta su un tessuto assottigliato, edematoso o ischemico. E poi, nei reparti chirurgici le degenze sono abbastanza lunghe, ci sono le medicazioni, il tempo di ricanalizzazione con il passaggio dalla nutrizione parenterale all'alimentazione vera e propria, ci sono le visite quotidiane dei chirurghi che hanno operato e che controllano l'evoluzione clinica e le medicazioni, con un salutare prolungarsi del contatto umano fra curanti e pazienti che ispira un giusto mix di fiducia, cautela, speranza e attenzione.

Non dimentichiamo certo che anche in molti settori della chirurgia le tecniche mini-invasive hanno notevolmente ridotto le degenze postoperatorie, con la quasi completa scomparsa delle spiacevoli sequele di drenaggi e medicazioni dolorose. Purtroppo, quando ne parliamo con loro, i chirurghi che adottano queste tecniche di intervento hanno ben chiari i termini della decisione, dei suoi rischi potenziali a fronte degli ovvi vantaggi e spesso, potendo scegliere liberamente senza condizionamenti da parte dei pazienti, sarebbero più a loro agio ad operare su un campo operatorio classico, con una chiara e ampia visione del "terreno minato" da tastare con le dita, piuttosto che destreggiarsi con sofisticati strumenti "remote controlled" sotto l'occhio vigile ma miope della telecamera a fibre ottiche. Di qui la cautela alla dimissione e i controlli a breve termine che indicano che, nonostante la miniaturizzazione o addirittura in ragione di essa, la malattia e l'intervento "non sono stati uno scherzo".

In campo medico le cose vanno in modo piuttosto

differente, particolarmente in cardiologia dove le "procedure interventistiche" hanno sottratto molto spazio alla clinica e alla terapia farmacologica, confermando in modo inequivocabile la deriva autonoma di questa disciplina già in corso da decenni. In altre specialità mediche l'armamentario interventistico, pur presente, è generalmente meno complesso e quindi il suo impiego di più immediata evidenza; ad esempio in endoscopia digestiva, la documentazione fotografica di ulcere, erosioni, polipi, prima e dopo la cura, offre un contatto diretto con la realtà che anche il paziente può facilmente capire. In Cardiologia, invece, la tecnologia dispiega il massimo delle sue potenzialità, creando attorno all'"oggetto cuore" e all'essere umano che lo contiene una fitta rete di manipolazione informatica, in cui la realtà organica tende a scomparire.

Non vi è ombra di dubbio che l'"interventistica" cardiologica ha rivoluzionato la prognosi di malattie ad altissima letalità, primo fra tutti l'infarto miocardico nel quale la rapida riapertura con angioplastica (il famoso "palloncino") del vaso occluso da un trombo ha abbattuto l'incidenza di morte e di disfunzione permanente del muscolo cardiaco. Allo stesso modo, sia pure in un ambito molto più circoscritto, l'ablazione con "bruciature" mirate di piccole aree di tessuto interno alle cavità cardiache responsabili di talune aritmie pericolose per la vita ha abolito la necessità di trattamenti farmacologici non sempre efficaci e spesso mal tollerati.

Vi sono però patologie per le quali il ricorso ad un trattamento invasivo dovrebbe essere l'ultima risorsa, come enunciato nelle Linee Guida tanto chiare quanto poco applicate. Non si tratta soltanto di una questione di rischi e di costi: la facilità di accesso alla diagnostica invasiva è un'arma a doppio taglio perché scoperchia un vaso di Pandora che rivela spesso realtà preoccupanti ma dal significato incerto per quel singolo paziente. La diffusa tendenza all'accelerazione dei percorsi clinici, comune a tutti i sistemi sanitari del mondo occidentale, è una buona dimostrazione di come la medicina abbia assunto un atteggiamento schizofrenico nei confronti di tante malattie: per anni si ignorano e non si trattano a fondo i fattori di rischio, si applicano terapie farmacologiche incomplete e poi, quando la malattia entra in una delle sue "fasi calde", che non sempre sono

sinonimo di aggravamento irreversibile, ecco che si salta alle ultime conclusioni e si interviene in modo non sempre razionale. Nel campo della patologia coronarica, infarto miocardico ed angina pectoris sono ambedue conseguenza dell'aterosclerosi, ma mentre nell'infarto riaprire al più presto una coronaria occlusa acutamente può fare la differenza fra la vita o la morte, nell'angina pectoris l'esame coronarografico può mostrare una varietà di ostruzioni vascolari di grado differente e non è sempre facile capire quali siano responsabili dei sintomi, oppure se il problema stia più a valle, nelle ramificazioni arteriose più sottili dove i cateteri, i palloni e gli stent non arrivano; non si può quindi escludere che un'angioplastica perfettamente riuscita non elimini l'ischemia e quindi l'angina pectoris perché la causa era differente e neppure gli esami precedenti l'intervento l'avevano identificata. Ma il fatto "di essere già sul posto" ovvero con un catetere nelle coronarie, induce l'operatore, quasi per riflesso condizionato, a intervenire subito dilatando restringimenti critici circoscritti, confidando che ciò sia sufficiente ad abolire i sintomi del paziente.

Anche l'approccio invasivo ad una aritmia "difficile" come la fibrillazione atriale, che comporta tempi di intervento molto lunghi e rischi non bassissimi, ha assai differenti probabilità di successo a seconda del contesto clinico generale del quale non sempre si tiene conto prima di porre indicazione all'intervento. Si può quindi capire che il ritorno precoce in ospedale per ricomparsa dello stesso problema sia vissuto malissimo dai pazienti freschi del ricordo di procedure complesse cui sono stati sottoposti assistendovi in diretta sul lettino operatorio in laboratori da fantascienza, dimessi dopo una breve degenza - da due a tre giorni nella maggior parte dei casi - senza aver avuto il tempo di passare attraverso quella fase "decompressiva" di convalescenza che, per quanto fastidiosa, migliora il rapporto medico-paziente e consente a quest'ultimo di elaborare la propria condizione. E poiché "carta canta", anche la "lettera di dimissione" e i suoi allegati sono un argomento delicato, frequente motivo di malintesi con i pazienti stessi e con i loro curanti fuori dall'ospedale. La documentazione e il referto delle procedure eseguite in laboratorio, semplificati attraverso una inevitabile ma spesso assai spinta "digitalizzazione", giungono

ai medici di reparto e quindi vengono da loro trasmessi in "lettera di dimissione" ai pazienti senza ulteriori commenti; poiché, salvo rare e lodevoli eccezioni, gli specialisti clinici non assistono direttamente alle procedure o non le rivedono "in moviola" insieme ai colleghi interventisti, la realtà complessa del singolo caso si stempera nell'anonima planimetria degli schemi, corredata al più da qualche foto "prima e dopo la cura". Così si crea e si trasmette una visione falsamente riduttiva della malattia; in cardiologia, c'è voluta la diffusione della TAC coronarica per restituire dignità all'anatomia patologica e mostrare in modo comprensibile a tutti la reale estensione della malattia e la settorialità degli interventi riparativi, da cui non ci si deve attendere sempre e comunque la guarigione definitiva.

Nel campo della terapia "interventistica" delle aritmie cardiache e soprattutto della fibrillazione atriale, la "nonna di tutte le aritmie" per la sua frequenza nella popolazione anziana, la rappresentazione digitale raggiunge probabilmente la sua massima espressione: la localizzazione e l'ablazione transcatetere delle aree di tessuto aritmogeno vengono rappresentate da sistemi di navigazione tridimensionale in tutto simile ai sistemi di controllo degli aerei da combattimento, così che tutto l'intervento si trasforma in un appassionante videogame, dove l'anatomia reale è la grande sconosciuta e i termini clinici del caso spesso si dissolvono nella realtà virtuale...salvo poi ripresentarsi poco dopo il ritorno a casa.

Che fare dunque? Semplice: bisogna parlare di più, sforzarsi di capire e di farsi capire: medici con pazienti e familiari, medici con medici dentro e fuori il reparto specialistico e l'ospedale; occorre fare in modo che - come dice la legge - il consenso che il paziente rilascia alle cure sia veramente "informato" e discusso, perché ogni sua domanda è una buona domanda che merita risposta. Se questo porta via tempo, il tempo va trovato, dedicandone di più ad ogni singolo paziente, visto che - come si comincia ad avvertire negli ambienti più ricettivi ai bisogni reali dei cittadini - stiamo entrando in una fase in cui la qualità fa premio sulla quantità.

Fra colleghi, la comunicazione e la discussione è fondamentale e si realizza abbandonando lo stupido retaggio dell'auto-ghettizzazione presuntuosa all'interno delle superspecialità senza interesse o comuni-

cazione con il lavoro degli altri: se è ovvio che la preparazione specifica e la manualità selezionano un certo gruppo di persone che gestiscono i laboratori di interventistica, non è ammissibile che il loro lavoro non sia perfettamente compreso anche dai colleghi che hanno altre mansioni e che sono poi i referenti dei casi che vengono inviati alle “procedure” e che dovranno poi renderne conto al pari degli operatori. Sarà così più facile gestire il rapporto con i pazienti, fissando i paletti alle loro aspettative assolute e indicando già il da farsi se “le cose non andranno del tutto bene”. Infatti, il malato, se non condizionato dall’eccessivo trionfalismo di chi l’ha curato, tende spesso ad essere piuttosto cauto nel giudicarsi guarito e vuole sapere quali alternative sono possibili se, alla lunga, la terapia effettuata si rivelerà inefficace. Quello che ci si aspetta da noi è un articolato ragionamento sul futuro, che consideri anche l’inevitabile e razionale ricorso alle cure tradizionali a completamento di un discorso clinico serio, piano e comprensibile, che riduca al minimo gli equivoci e quindi le disillusioni.

# *Il Concorso di Progettazione per il nuovo Ospedale Urbanistica ed ospedale: la complessità negata*

ALESSANDRO CAVIGLIA\*

*“L’Urbanistica non è creazione propriamente artistica, ma problema di cultura e di metodo, cioè critico e storicistico. L’urbanistica deve individuare il valore dei diversi fatti storici, riconoscendone l’identica legittimità”.*

(G. C. Argan)

Lo sviluppo dell’urbanistica legata al fenomeno dell’urbanesimo non deve far dimenticare i tentativi rinascimentali di uno studio della forma urbana e delle sue funzioni essenziali; tra questi l’eccellente esempio degli studi del Filarete riguardo la “forma civitatis” di “Sforzinda” dove nella forma complessa inscrivibile nel cerchio l’architetto inserisce i luoghi notevoli della città e, tra questi, l’ospedale<sup>(1)</sup>. Il Filarete doveva legare il suo nome all’urbanistica anche perché chiamato a progettare e dirigere i lavori dell’Ospedale Maggiore, individuato da Francesco Sforza quale luogo della città non posizionato casualmente ma quasi posto ad equilibrare la presenza del castello, oggi “sforzesco”, il segno del comando ed il segno dell’accoglienza.

Altri esempi di presenza sanitaria nella nostra città sono orientati più all’esclusione del malato che al corretto rapporto con la città. Tralasciando la localizzazione del Lazzaretto, il sanatorio per cronici di Vialba (oggi Ospedale L. Sacco) viene localizzato fuori dai confini comunali e non per motivi esclusivamente igienico-sanitari bensì in un territorio conosciuto per gli acquitrini e la nebbia<sup>(2)</sup>, Niguarda in area agricola da urbanizzare non lontana dalle aree di sviluppo industriale, San Carlo prima e San Paolo poi, in aree di espansione del tessuto urbano. Quando, invece, l’ospedale permane nell’area urbana, quale il Policlinico iniziato con il padiglione Litta e poi divenuto la città dei padiglioni<sup>(3)</sup>, l’isolamento viene demandato alla realizzazione di un muro di confine. In questi esempi l’architettura dell’edificio e

l’architettura della città seguono l’esigenza sociale di allontanare il malato dall’attività cittadina. Ma è proprio lo sviluppo dell’urbanistica legato al razionalismo a riproporre per essa non solo la matrice morfologica ma, in primo luogo, la matrice di un modello organizzativo alternativo. Piero Bottoni richiama, nei suoi scritti, la necessità, accanto ai valori estetici, di valorizzare, negli studi urbanistici, la capacità di organizzare luoghi e momenti della vita sociale collettiva. Anche lo stesso Le Corbusier, alcuni anni prima, interpretava l’urbanistica come visione dei bisogni, e desideri, della collettività<sup>(4)</sup>. Lo studio della forma della città mira quindi ad una sua autonomia, non più semplice traduzione delle esigenze sociali ma luogo di elaborazione per teorie di una nuova socialità urbana.

Ne deriva che le considerazioni riguardo la localizzazione di ospedali rispetto ai centri urbani, tralasciando le discussioni speculative, devono affrontare aspetti descrittivi della realtà urbana specifica ma anche studi e prospettive di sviluppo. Gli aspetti da considerare sono quindi storici, ambientali, infrastrutturali, socio-economici, di programmazione sanitaria.

Superato quindi il problema localizzativo dell’Ospedale Maggiore con la variante di Piano Regolatore del 1999<sup>(5)</sup>, permane la sfida di un ridisegno organico dell’area che offra significato compiuto alla presenza ospedaliera non rappresentata correttamente dall’evoluzione urbana dei territori confinanti ed anche segnata al suo interno da interventi privi di una visione organica. Lo strumento scelto per una corretta progettazione è stato il concorso di progettazione quale modalità di scelta fra progetti concorrenti, che sappiano rappresentare non solo la nuova struttura ospedaliera ma anche il suo contesto urbano. Con tale proposta viene rilanciato il ruolo attivo dell’urbanistica quale capacità di leggere la presenza antropica ma, anche e soprattutto, quale capacità di disegnare momenti focali della vita

\* Alessandro Caviglia è stato dirigente dell’Unità Operativa “Progetti Speciali” della nostra Fondazione.

sociale collettiva quali le attività esercitate in un grande Policlinico come Ospedale Maggiore. Simmetricamente si rinuncia alla visione della fabbrica-ospedale, quale macchina volta esclusivamente a criteri funzionalisti, ovvero di un organismo orientato alla cura della singola lesione con il minor utilizzo possibile di risorse, per valorizzare, al contrario, il senso dell'architettura sociale dell'ospedale quale luogo rappresentativo di una comunità, o, in altre parole, della cura della intera persona che necessita di cura del corpo e di ambiente di vita equilibrato. La presenza dell'ospedale perde casualità ed isolamento dalle attività urbane per diventare soggetto del dibattito attorno alla trasformazione della città e dei suoi luoghi di aggregazione.

L'attività progettuale che può con successo affrontare un compito tanto complesso deve allontanarsi dal concetto di sintesi ovvero di capacità di rappresentare nell'unico oggetto architettonico un percorso di riduzione; deve tralasciare quale obiettivo la ricerca di un linguaggio estetico cui ridurre la pluralità di apporti. Al contrario il progetto deve rappresentare con equilibrio le diverse componenti senza tralasciarle e senza l'esigenza di trovare un nuovo linguaggio di sintesi.

Nella suggestione del concetto di "Moltitudo" di Spinoza, ovvero di quella "forma di esistenza sociale e politica dei molti in quanto molti: forma permanente, non episodica o interstiziale"<sup>(6)</sup>, il gruppo di lavoro<sup>(7)</sup> che ha lavorato alla preparazione del concorso ha ritrovato alcune analogie. Anche Spinoza elaborava il concetto di moltitudine in contrapposizione al concetto di Hobbes di capacità e necessità di ridurre ad "un che di uno, che ha una volontà unica e cui si può attribuire una volontà unica"<sup>(8)</sup>. Richiamando, quasi con un certo timore reverenziale, tale dibattito, la scelta è stata quella di rifiutare quel processo progettuale dialettico che deve arrivare alla sintesi perdendo la natura e la specificità dei diversi apporti, per sottolineare la necessità di un processo progettuale condiviso, o meglio di progettazione partecipata, capace di rispettare tutte le componenti e di rappresentarle degnamente non solo nell'oggetto finale, ma anche nel percorso di costruzione ed affinamento del progetto.

Gli operatori sanitari, i pazienti, gli studenti ed i

ricercatori, quali componenti che vivono quotidianamente l'ospedale, costituiscono componente fondamentale per la corretta rappresentazione dell'oggetto progettuale, ma anche le presenze specifiche dell'Ospedale Maggiore quali le organizzazioni di volontariato e la storia dei benefattori; inoltre la lunga tradizione del forte legame dell'ospedale con la sua città deve riconoscere ruolo attivo alle componenti vitali di Milano quali i suoi cittadini e le molteplici attività che vi si esplicano.

La complessità di un tale processo progettuale, rifuggendo la tentazione di semplificazione attraverso l'uso di modelli precostituiti, introduce un percorso classico di ricerca che richiama, peraltro, le parole di G. De Carlo quando ricordava che "ai livelli più microscopici l'urbanistica agisce sull'intero arco delle relazioni tra le discipline" investendo quindi l'intera sfera delle attività umane.

Il percorso progettuale avviato, determinato con coraggio dall'amministrazione e non semplicemente delegato a progettisti esterni, presenta notevoli complessità che derivano dalla dignità di una presenza consolidata nei secoli e attraverso il forte legame con Milano; nelle successive fasi di progetto permane la responsabilità di dare forma compiuta a tale processo nella consapevolezza di doversi confrontare con l'imponente storia iniziata con Antonio Averlino.

#### Note bibliografiche

1 - L. Grassi, *La Ca' Granda, storia e restauro*, Milano, 1958

2 - L. Sarzi Amadè, *Milano fuori di mano*, Milano, Mursia, 1987 e M. De Filippis, *L'ospedale Luigi Sacco nella Milano del novecento*, Milano, Franco Angeli, 2003

3 - Cfr. O. Selvafolta in P.M. Galimberti e S. Rebora, *Il Policlinico: Milano e il suo ospedale*, Milano, Nexo, 2005

4 - Le Corbusier, *La Carta di Atene*, 1933

5 - Con variante di PRG del 1999 l'attuale area Policlinico varia destinazione da verde comunale (incompatibile con la destinazione sanitaria esistente) a servizi di interesse sovracomunale con funzione sanitaria (servizi sanitari ed ospedalieri) permettendo la permanenza della struttura.

6 - Cfr. Spinoza, 1677

7 - Il Documento Preliminare alla Progettazione (DPP) quale linea guida tecnica del concorso di progettazione è stato elaborato da Margherita Bianco, Marco Brugnara, Alessandro Caviglia e Paola De Vecchi.

8 - Cfr. Hobbes, 1642

# *Sanità e managerialità per l'Ospedale Maggiore*

## *Un anno di esperienza*

EDES ROVIS

Tutto è iniziato nel dicembre 2004 quando l'ALDAI (Associazione Lombarda Dirigenti Aziende Industriali) ha stipulato un accordo con l'Ospedale Policlinico. L'obiettivo: mettere a disposizione dell'istituzione sanitaria milanese risorse manageriali, a titolo puramente volontaristico. I manager avrebbero dovuto essere inseriti nei vari dipartimenti con funzioni di supporto e consulenza in diversi ambiti. Oggi, le attività dei manager si concentrano in questa attività di supporto.

L'iniziativa nasce da una visione di Aldai sempre più aperta ai diversi sistemi sociali e al territorio. La volontà è quella di creare partnership diverse con le istituzioni pubbliche, mettendo a disposizione le capacità e le conoscenze dei soci per contribuire allo sviluppo di innovazione e ammodernamento delle istituzioni stesse. In questo caso la partnership si attiva nel campo sanitario con l'innovativo progetto-pilota nell'ambito del più ampio progetto *Tecnosalute* della Fondazione Irccs Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena.

Un gruppo di lavoro, di 15 persone\*, si è costituito in tempi brevissimi con volontari reclutati attraverso un annuncio sulla rivista *Dirigenti Industria* di Aldai. Il gruppo, creato di comune accordo tra Aldai e la direzione scientifica della Fondazione Policlinico, è formato da dirigenti in pensione, tutti con esperienze di conduzione di aziende o management di alta direzione in grandi contesti multinazionali e nazionali. Il gruppo ha iniziato da subito a lavorare con molto entusiasmo e spirito di squadra. L'obiettivo della prima fase, avviata nei primi mesi

del 2005, ha visto i professionisti volontari affiancare i direttori dei vari dipartimenti per un'indagine conoscitiva sulle problematiche e le criticità dei singoli dipartimenti. Dopo alcuni mesi di lavoro è stato prodotto un documento che ha messo in evidenza le differenti specificità dei vari dipartimenti con suggerimenti e proposte gestionali.

Nella delibera della Direzione della Fondazione del 24 novembre 2005 veniva ufficializzato il contributo dei manager Aldai con la definizione del loro compito: *affiancare sperimentalmente ogni responsabile di dipartimento gestionale, e mettere a sua disposizione la propria esperienza manageriale e conoscenza in materia economico-gestionale a supporto delle scelte di natura tecnico-sanitaria.*

La seconda fase, iniziata nel gennaio 2006, tuttora in corso, ha come obiettivo quello di impostare una procedura di budget *bottom up* per arrivare a un documento condiviso.

I manager coinvolti nel progetto sono quindici: di questi uno coordina le attività del gruppo di lavoro, undici operano nei dipartimenti affiancando i Direttori, tre operano nel Gruppo Collegamento Dipartimenti e Controllo Gestione Centrale, appositamente costituito per uniformare il lavoro dei Dipartimenti e delle Unità operative, che vivono realtà differenti seppure affini.

### **Perché la scelta di un "volontariato da manager" in un'istituzione sanitaria?**

Sono laureati in ingegneria, economia, chimica, sociologia. Sono stati uomini d'azienda, fino a poco tempo fa, ora sono in pensione per raggiungimento dell'età. Ma quando l'energia e la voglia di lavorare non sono ancora assolutamente esaurite c'è spazio per nuove esperienze.

C'è chi si è dedicato al mondo della consulenza, chi ha impegnato il nuovo tempo libero nello sport o in attività di carattere culturale. Per tutti comunque c'è

\* Coordinatore del Gruppo: Pino Tassara. Operativi nei Dipartimenti: Pier Damiano Alleva, Pietro Civardi, Ferruccio Costetti, Gualtiero De Monti, Francesco Fattore, Angelo Nipoti, Gian Luigi Parodi, Renato Protto, Pier Luigi Risti, Paolo Ronconi, Mario Vincenti. Gruppo Collegamento Unità Centrali: Alberto Abaldi, Vladimiro Sacchetti, Sereno Seresini.

Con il supporto di Fabio Pansa Cedronio, vice-presidente Aldai.

stata ad un certo punto l'aspirazione a riprendere le proprie esperienze professionali e nello stesso tempo la volontà di agire sul territorio come cittadino attivo, dando il proprio contributo professionale a titolo volontaristico in progetti di sviluppo delle strutture pubbliche.

Aldai ha offerto loro l'occasione: un progetto innovativo, pilota nell'ambito del più ampio progetto *Tecnosalute* della Fondazione Policlinico. Infatti il progetto ha permesso ai manager volontari di esercitare la propria professionalità e di trasferire le conoscenze, accumulate in anni di lavoro, in una grande e autorevole organizzazione pubblica come quella dello storico ospedale milanese. I volontari possono misurarsi in un contesto diverso da quello privato. L'ospedale infatti è un luogo caratterizzato dalla pluridisciplinarietà e da una complessità di contenuto alto e importante.

*“Entrare in un mondo nuovo, avere a che fare con medici, infermieri, primari, persone di livello, di qualità, in breve interessarsi di un ospedale rappresentava anche una grande innovazione mentale.”*

L'esperienza di questo periodo ha evidenziato che la realtà spesso è ancora più complessa e difficile di quanto immaginato. Anche perché questa seconda fase coincide con la nuova organizzazione della Fondazione. Nonostante questo, le motivazioni e l'entusiasmo degli esperti volontari Aldai restano gli stessi, anche se talvolta emergono inevitabili momenti di perplessità, superati grazie al buon rapporto che si è instaurato con i singoli dipartimenti e alle riunioni periodiche del Gruppo Aldai durante le quali si confrontano, si chiariscono e si smussano le problematiche che emergono di volta in volta.

Per i professionisti Aldai questa è la prima esperienza lavorativa in una istituzione pubblica, un mondo sconosciuto e con caratteristiche organizzative differenti rispetto all'industria: diversa “tempistica”, più lenta, e sistema circoscritto. E diverso è anche l'approccio con la dimensione lavorativa: completamente libero, svincolato da ogni tipo di condizionamento che può venire da un rapporto di lavoro tradizionale.

*“A mio parere occorre che il “non profit” mutui dal “profit” la mentalità e la capacità di verificarsi davvero con l'esterno, anche quando in apparenza non vi siano coincidenze o si generi una per altro*

*comprensibile, umana riluttanza a confrontarsi con il modello del mondo produttivo.*

*Parole quali “criteri di spesa”, “concorrenza”, costi di gestione, investimenti, bilancio, budget e controllo budgetario, produttività e simili, non sono blasfeme nel non profit, non lo debbono essere, altrimenti la più nobile delle iniziative è destinata alla confusione e al fallimento”.*

(Guido Venosta\* “Dal Profit al non Profit”)

\* Guido Venosta è stato prima Presidente dell'Airc, in seguito Presidente dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro.

### **La vita dell'ospedale: la cura dei pazienti, l'assistenza e la ricerca**

Sono entrati come manager professionisti nella realtà ospedaliera e hanno da subito notato la grande attenzione che i medici e il personale infermieristico dedicano ogni giorno alla cura dei pazienti. Per tutti è chiaro “il senso molto profondo della missione da parte dei medici.”

In questo grande ospedale “si respira la vocazione per la cura, l'attenzione per il malato”, che si concretizza nella grande disponibilità da parte del personale, consapevole del proprio ruolo e della propria responsabilità, sia nella routine che nei periodi di cambiamento, come questo in atto, dovuto alla nuova organizzazione e agli importanti lavori di costruzione del padiglione Monteggia e del Pronto Soccorso.

Il gruppo Aldai ha anche rilevato con grande soddisfazione la tensione alla ricerca scientifica; una ricerca riconosciuta a livello internazionale per la qualità e il numero alto di pubblicazioni prodotte. Diversi clinici ricercatori godono di autorevolezza nel proprio campo a livello nazionale e internazionale e diverse sono le aree di eccellenza presenti nella Fondazione.

### **Le attività e i compiti dei professionisti volontari**

Tutti concordi nel definire buona l'accoglienza da parte dei direttori, dei responsabili delle Unità Operative, dei medici e dei reparti sin dal primo giorno. A tal punto che i manager partecipano ai meeting periodici dei dipartimenti e delle unità operative. Un'occasione preziosa per conoscere meglio le dinamiche della quotidianità dell'ospeda-

le e diventare quindi più utili.

È molto concreta l'attività dei volontari all'interno dei dipartimenti e si basa sul fare, e attraverso il fare possono trasmettere l'efficacia dell'applicazione di metodologie di tipo economico - gestionale. Come per esempio l'elaborazione del budget, una ottima occasione per ragionare su temi economici e di efficienza. L'obiettivo finale è quello di definire una proposta di budget da discutere con la Direzione generale della Fondazione, che sia espressione di un programma annuale, basato sulle evidenze, condiviso da tutti i livelli dell'Azienda.

Questa attività non è che l'applicazione dei principi contenuti nelle "Linee guida sul controllo di gestione nelle Aziende Ospedaliere della Regione Lombardia" del novembre 2001, capitolo 7 "il Ciclo di Budget". Qui infatti vengono descritte le diverse fasi che devono accompagnare la definizione del budget: dalla definizione degli obiettivi strategici aziendali da parte della Direzione generale (top down) alla proposta bottom up dei singoli dipartimenti, per pervenire a un documento condiviso.

Una volta concordato tra il Dipartimento e la Direzione generale, il budget sarà periodicamente monitorato per permettere un controllo della gestione che contribuisca all'efficienza e all'efficacia sanitaria.

Questi nuovi aspetti procedurali inducono sicuramente a ricercare la trasparenza e la coerenza nella raccolta e nell'analisi dei dati, con un notevole miglioramento della comunicazione e della circolazione delle informazioni, tutti elementi che facilitano e snelliscono la presa di decisioni gestionali.

### **La soddisfazione per un'esperienza ricca e significativa**

Esperienza sicuramente positiva nel suo complesso: l'operato del gruppo è stato ed è apprezzato; la collaborazione a livello dipartimentale è molto buona.

*Non posso che vedere in maniera assolutamente favorevole l'iniziativa presa dalla Fondazione che decide di affiancare ai direttori di dipartimento dei manager preparati che possono insegnare ai medici come si può fronteggiare una organizzazione nuova, come si deve pensare alla valutazione dei costi e dei ricavi, come si deve preparare una discussione di budget con la Direzione strategica.*

(prof. Giorgio Pardi - Direttore Dipartimento DBN).

*L'esperienza nostra è estremamente positiva, credo che così la pensino anche i nostri colleghi. È estremamente utile per noi perché forse per la prima volta, da quando c'è il controllo di gestione, siamo stati messi di fronte ai nostri risultati, ai costi, ai ricavi determinati dai cambiamenti che si verificano ogni anno. Questo è molto utile per razionalizzare le nostre attività in un momento in cui ovviamente anche la gestione della sanità deve essere indirizzata e determinata da fattori economici, da una corretta gestione.*

(prof. Pier Mannuccio Mannucci – Direttore Dipartimento Medicina e specialità mediche).

I manager volontari hanno saputo creare una generale attenzione su temi che prima probabilmente venivano rimossi, forse per una mancanza di dimetichezza con alcuni aspetti tecnici. Una mentalità più manageriale sta diffondendosi all'interno dei dipartimenti e questo contribuisce a ottimizzare le risorse, raggiungere, e mantenere l'equilibrio economico, in una organizzazione che non ha il profitto come missione.

Un'altra attività positiva della collaborazione di Aldai è stata la creazione di un team di lavoro formato da medici, infermieri del pronto soccorso e dal responsabile dell'informatica. Questa particolare task force ha messo a punto le specifiche di un progetto per rendere più efficace, perché più aderente alle necessità, il software del sistema informativo del pronto soccorso. È stata un'attività utile, anche perché inusuale, per definire uno strumento ad hoc.

### **La comunicazione organizzativa è relazione ed efficienza**

La comunicazione, intesa come passaggio di informazioni in modo positivo e propositivo, è uno dei nodi cruciali della vita di un'organizzazione, nonché uno dei processi più difficili, soprattutto in strutture, private e pubbliche, come quelle sanitarie, di grandi dimensioni, governate da sistemi complessi nei quali si interfacciano discipline e saperi diversi.

Comunicare in sanità è un'attività estremamente complessa perché si intrecciano diversi soggetti e diversi livelli di comunicazione: scientifico, medico, relazionale (personale ospedaliero – pazienti – servizi sanitari – servizi sociali nella comunità), e

organizzativo – funzionale.

Le organizzazioni oggi investono molto in comunicazione esterna e interna.

Quest'ultima è molto importante per incoraggiare la cooperazione interprofessionale, per migliorare i flussi informativi, per migliorare il sistema delle relazioni. Conoscere la missione, le strategie, le attività dell'azienda, conoscere i dati storici, saper interpretare i "numeri" indicatori del proprio settore e della propria performance, disporre di essi in tempo reale: tutto questo è chiaramente propedeutico alla elaborazione di una programmazione realistica delle proprie attività.

Oggi le aziende comunicano, all'interno e all'esterno, con maggiore facilità avendo a disposizione un numero sempre maggiore di strumenti informatici e tecnologici. La comunicazione così diventa un facilitatore nei sistemi complessi perché crea reti di informazioni e di relazioni.

Questo è lo scenario della comunicazione organizzativa. In una realtà come la Fondazione, in una fase di importante cambiamento organizzativo, la sua applicazione è ancora più complessa.

I manager Aldai sono consapevoli di questo: è difficile sviluppare la comunicazione organizzativa in una grande struttura sanitaria come la Fondazione Policlinico, oggi impegnata come sempre a garantire un'alta qualità della cura e dell'assistenza al malato, e coinvolta anche in modo straordinario a completare i processi di integrazione, dovuti alla recente fusione, e a gestire la costruzione dei nuovi padiglioni all'interno dell'ospedale.

Ed è proprio la complessità di questa situazione che mette in evidenza l'opportunità dell'impegno e della collaborazione dei manager Aldai.

## **E per concludere**

Dopo un anno di esperienza sul campo la valutazione complessiva è sicuramente positiva. Va riconosciuto alla Fondazione Irccs Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena il merito di aver compiuto una scelta innovativa e di grande apertura per aver coinvolto, per la prima volta in Italia, manager professionisti a titolo volontaristico in un progetto economico-gestionale a supporto delle scelte di natura tecnico-sanitaria.

# Mirasole: il rilancio

ANTONIO MAGGIONI

L'Abbazia di Mirasole vede avanzarsi un'altra estate. Sono trascorsi quasi trent'anni da quando, sotto lo stimolo dell'allora arcivescovo di Milano e parroco dell'Ospedale Maggiore, cardinale Montini, il malridotto antico monastero degli Umiliati, decaduto a cascina agricola, divenne centro di nuova attenzione dei milanesi e delle loro Istituzioni e oggetto di una corale e impegnativa azione di recupero, sotto la guida dei responsabili dell'Ospedale Maggiore, ora Fondazione, proprietaria del complesso monumentale.

Nel 1981 nasceva l'Associazione per l'Abbazia di Mirasole con lo scopo di rilanciare l'immagine dell'Abbazia, promuovere e accompagnare i lavori di restauro e porsi come strumento culturale al servizio del malato e del mondo medico scientifico promuovendo una migliore assistenza sanitaria, una didattica che desse un'adeguata formazione al personale medico-sanitario, una ricerca biomedica più attenta ai valori etici.

L'Abbazia veniva così, con il convinto sostegno di amici del mondo pubblico e del privato, in larga parte risanata, seppure in tempi lunghi e tra le difficoltà, non solo finanziarie, che spesso caratterizzano gli interventi a favore del patrimonio storico-artistico di cui l'Italia è straordinariamente ricca.

Gradualmente, negli anni '80 e '90, l'antica Abbazia ha ritrovato i suoi punti di forza: il chiostro, la chiesa, il refettorio e le vecchie celle dei frati, le ex stalle, queste ultime trasformate in ambienti adattati al fine di farne aree espositive per la ritrattistica dei benefattori dell'Ospedale Maggiore o altri eventi di contenuto artistico.

Nel frattempo, con lungimirante visione, nelle parti risanate dell'Abbazia, furono create anche strutture didattiche che consentirono, inizialmente, la tenuta di corsi e seminari di specializzazione universitaria da parte dell'Università Bocconi. In seguito, a cura di altri enti, in particolare dell'Associazione per l'Abbazia di Mirasole, sempre nell'ottica di una valorizzazione degli spazi, delle aule e dei servizi già

predisposti, sono state promosse o ospitate attività culturali di vario genere, da manifestazioni musicali nella chiesa a eventi festosi nel chiostro, da incontri tematici di interesse locale a corsi di formazione di rilievo nazionale.

In effetti, in questi anni, si è anche constatato che la attività dell'Abbazia trova un limite, rispetto ad altri complessi monastici storici del territorio lombardo, nella assenza di un presidio abitativo interno che assicuri con continuità un servizio di accoglienza (come, ad esempio, nella vicina Abbazia di Viboldone); e inoltre, si è visto che gioca sfavorevolmente la non agevole raggiungibilità di Mirasole, in assenza di collegamenti da Milano con mezzi di trasporto pubblico.

Una nuova interessante possibilità che si profila, a seguito dell'attenzione della Regione Lombardia per l'aggiornamento continuo di tutti gli operatori socio-sanitari, pubblici e privati, è quella di realizzare, nel quadro di un percorso di formazione permanente, una collaborazione pubblico-privato, prevedendo anche un supporto ECM, in modo da favorire scambi di esperienze, omogeneità culturali, possibili sinergie, e momenti di condivisione della *mission*.

In sostanza, si tratterebbe di un ulteriore passo nella attuazione delle politiche di sussidiarietà ispirate al concetto di libera scelta e di centralità della persona o della famiglia quando questa si trova a dover ricorrere, per vari motivi di disagio psico-fisico o relazionale, a servizi di pubblico interesse, indipendentemente dal fatto che tali servizi siano prestati da erogatori facenti parte del sistema pubblico o del privato non profit. Una applicazione concreta, dunque, di sussidiarietà orizzontale che, dato l'obiettivo comune e prendendo le mosse da una formazione comune, potrebbe elevare il livello di efficienza dei servizi e, in potenza, anche il loro livello qualitativo in termini di "outcome", affiancandosi alla indubbia e collaudata professionalità del pubblico quel "quid", in più o di diverso, che è nello spirito di servizio del privato sociale.

Così, divenuti "compagni di scuola", operatori pub-

blici e privati potrebbero percorrere una strada capace di dare buoni frutti, esaltando le competenze specifiche, favorendo sinergie a favore di una migliore assistenza del malato, del sofferente, del disadattato, della persona con problemi, già in atto o temuti, familiari o esistenziali.

Tutto questo ha trovato o può trovare a Mirasole una base logistica, in un ambiente che ispira serenità e fiducia. E molto altro potrà esser fatto dai vari *stakeholders* cui si è sopra accennato per irrobustire, anche finanziariamente, il complesso abbaziale. In aggiunta alle risorse messe a disposizione dalla Fondazione Ospedale Maggiore e dalla Regione Lombardia, si farà appello a tutte le possibili altre fonti, dal rinnovato sostegno dei Soci alle quote del 5 per mille (strada che l'Associazione ha già sperimentato lo scorso anno), cercando di costruire una rete di rapporti esterni con l'imprenditoria lombarda, in particolare con i soggetti "profit", sensibili ai principi della Corporate Social Responsibility.

Intanto procedono gli impegnativi lavori per completare il recupero edilizio del complesso monumentale, per la sua sicurezza e per la messa a punto degli impianti tecnologici; ma la valorizzazione dell'Abbazia, gioiello del Parco Sud, passa anche, e soprattutto, come si è visto, attraverso il rilancio in ambito culturale, laddove le attività svolte sapranno coniugare i valori umanistici con gli interessi degli *stakeholders*, il bene-essere della persona con la ricerca volta a comprendere i veri bisogni dell'uomo, il dare sollievo al presente con lo sguardo rivolto al futuro.

Comunque, nei tempi più recenti, si è creata intorno all'Abbazia una convergenza di interessi che vede come protagonisti, oltre che la Fondazione Ospedale Maggiore e l'Associazione per l'Abbazia di Mirasole, anche rappresentanze degli Enti locali (il Comune di Opera, il Parco Sud) e, soprattutto, della Regione Lombardia, dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e della Confederazione Italiana dei Consulenti familiari di ispirazione cristiana (CFC) di Roma, insieme con vari esponenti del mondo accademico, del volontariato e del terzo settore.

Si è posto quindi, nella coniugazione di interessi diversi e di attenzioni mirate settoriali, un problema di governance e di collaborazione tra i vari *stakeholders*, problema che va trovando soluzioni sotto la regia dell'Ente proprietario.

Su questi aspetti, l'intesa storicamente maturata tra

la Proprietà e l'Associazione per l'Abbazia di Mirasole, aveva già portato da vari anni ad un accordo di comodato a favore della Associazione stessa, con riferimento alle strutture didattiche ed agli spazi utili per conferenze e seminari su temi dei servizi socio-sanitari alla persona e alla famiglia.

Ma sviluppi recenti nella "vision" circa i potenziali ruoli dell'Abbazia nel prossimo futuro stanno portando a concretarsi nuovi progetti e nuove realizzazioni.

Innanzitutto, è sorto all'interno dell'Associazione, per l'iniziativa della CFC sopra citata e della Facoltà di Pedagogia della Università Cattolica di Milano, un Centro di studi e ricerche sulla adolescenzialità. Questo organismo, denominato CREADA (Centro relazioni educative adulto adolescente) intercetta una domanda ed un bisogno oggi di grande momento non solo in Italia, derivanti da un diffuso disagio giovanile che va, in primo luogo, studiato e capito e, quindi, assistito con metodi appropriati. Il CREADA è funzionante, con la sua sede posta in una serie di locali dell'ex monastero, trasformati in uffici.

In secondo luogo, a sostegno della valorizzazione culturale dell'Abbazia e in risposta a precise esigenze del settore socio-sanitario, è stato costituito un Centro di Formazione per il management del volontariato che offre, in forme non profit, occasioni di aggiornamento e di arricchimento a responsabili (o futuri responsabili) del mondo del volontariato. Esso si rivolge ora a persone attive nel volontariato ospedaliero (AVO) e nel volontariato socio-sanitario dei Consulenti familiari, nelle varie regioni d'Italia, ma è aperto all'associazionismo di solidarietà familiare e ad altre forme associative che condividano gli obiettivi proposti.

Dallo scorso aprile viene tenuto, in collaborazione con l'Università Cattolica, FederAVO e CFC, un ciclo di corsi di formazione aventi per oggetto: la legislazione e l'organizzazione sanitaria, la gestione amministrativa delle associazioni non-profit operanti in campo socio-sanitario e socio-assistenziale, la bioetica, la contrattualistica pubblico-privato nei servizi di interesse pubblico alla persona, la partecipazione ai piani di zona e altri temi tipici delle aree di attività in cui agiscono i responsabili ed i protagonisti del privato sociale.

E si aggiungeranno altre significative iniziative.

Il rilancio dell'Abbazia è in corso.

# *Gli Induno: grandi ritrattisti dell'Ottocento non solo per la Ca' Granda*

MARINA MANUSARDI

All'indomani della più importante mostra monografica sugli Induno, dal titolo *Domenico e Gerolamo Induno. La storia e la cronaca scritte con il pennello*, organizzata a Tortona nelle sale di Palazzo Guidobono, i due migliori pittori del nostro Risorgimento tornano alla ribalta, dopo un lungo periodo di ingiustificato disinteresse.

Nuovamente e ripetutamente rievocati durante quest'anno di celebrazioni garibaldine<sup>(1)</sup>, i quadri degli Induno hanno recentemente raggiunto anche notevoli valutazioni commerciali, tornando ad essere importanti presenze nelle aste dell'Ottocento italiano.

Per chi come me da sempre apprezza la loro pittura, queste non sono novità; la quantità di materiale che in oltre dieci anni ho raccolto intorno agli Induno, fotografie, documenti d'archivio, notizie sulle collezioni, bibliografia, mi ha permesso di apprezzarne l'estrema raffinatezza pittorica, al punto di decidere di costituire presso il mio studio di consulenza d'arte l'*Archivio Generale delle Opere di Domenico e Gerolamo Induno*.

Oggi sono circa settecento le opere catalogate, ma rappresentano ancora solo una parte dell'enorme produzione degli Induno; furono pittori capaci di interpretare il loro tempo, leggendone sia i risvolti di satira sociale: Domenico fu l'iniziatore della cosiddetta 'pittura di genere', sia i risvolti politici e militari, Gerolamo fu pittore-soldato nella campagna romana del 1849 e in Crimea.

L'estrema piacevolezza delle loro opere ne favorì la divulgazione anche oltre i confini lombardi, e diede il via a una schiera di imitatori.

Gli Induno ebbero intorno alla metà dell'Ottocento un grandissimo successo di pubblico, suggellato anche dalla critica dell'epoca, che, sulle pagine dei quotidiani e nelle annuali recensioni alle Esposizioni dell'Accademia di Brera, ne esaltava le doti pittoriche.

È certamente una conferma della loro autorevolezza la commissione che entrambi i pittori ricevettero

dall'Ospedale Maggiore per l'esecuzione di due ritratti di benefattori. La Quadreria della Ca' Granda, infatti, rappresenta una galleria di opere dei migliori artisti dell'epoca; nel solco della tradizione del ritratto gratulatorio, che ebbe inizio nel XV secolo, al significato del ringraziamento conseguente all'atto caritativo doveva unirsi un sentimento di rispetto e di affetto per un gesto tanto nobile<sup>(2)</sup>. Domenico e Gerolamo si misurarono con il genere



Domenico Induno, *Ritratto di Antonio Carnevali*, (1861), olio su tela, cm. 199 x 120, Milano, Ospedale Maggiore

dell'effigie gratulatoria solo in questa occasione, dal momento che per due "pittori di genere" come loro, non era facile attenersi a vincolanti schemi compositivi e regole formali.

Nel 1860 Domenico ricevette l'incarico di eseguire il *Ritratto di Antonio Carnevali*, benefattore morto l'anno precedente, che nel 1855 aveva donato all'Ente ospedaliero 45.000 lire e nel testamento aveva legato all'Ospedale Maggiore un diretto dominio sulla sua abitazione di Milano. Il Carnevali è raffigurato, secondo lo schema compositivo imposto, a figura intera, in abiti da passeggio, colto nel momento prima di uscire. Nonostante l'adesione a un modello prestabilito, Domenico non rinuncia a una descrizione del personaggio che ha ben poco di ufficiale: la tuba nella destra, pronta ad essere cal-



Gerolamo Induno, *Ritratto di Dionigi Arrigoni*, (1868), olio su tela, cm. 189 x 119, Milano, Ospedale Maggiore

zata, la maniglia sullo sfondo, un momento prima di essere afferrata, tutto rimanda alla quotidianità del personaggio. Persino l'ambiente non ha nulla di ufficiale, una stanza come tante altre, priva di qualsiasi oggetto, solitamente invece abbondanti nei quadri degli Induno, con un'unica accensione di luce sulla maniglia sullo sfondo; sembra che Domenico non abbia saputo rinunciare ad inserire un oggetto d'uso quotidiano come la maniglia, qui nella tipologia ottocentesca più diffusa, anche in un'opera "convenzionale".

Diverso l'esito del ritratto gratulatorio nel dipinto di Gerolamo, il *Ritratto di Dionigi Arrigoni*, eseguito nel 1868 all'indomani della morte del benefattore, un commerciante celibe, che aveva nominato erede universale dei suoi beni l'Ospedale Maggiore.

Qui l'intenzione gratulatoria è più evidente: il benefattore poggia la mano sull'atto testamentario appena redatto in favore dell'Ospedale, lo sguardo fiero per il gesto compiuto; l'ambientazione nello studio, con gli oggetti ben descritti che testimoniano un certo "status", è certamente più insistita che in Domenico e rimanda agli interni così attentamente indagati dai due pittori durante tutto il loro fecondo percorso artistico. Gerolamo, che già alla fine degli anni Sessanta si dedicava alla descrizione di piacevoli interni di gusto neosettecentesco, mantiene qui un carattere aulico, aderendo ad un consueto schema compositivo che preferisce evitare un'eccessiva contestualizzazione del personaggio, per concentrare l'attenzione sulla personalità dell'effigiato.

La fortuna critica di questi ritratti iniziò da subito: il *Ritratto di Dionigi Arrigoni* è infatti segnalato fra le opere più rilevanti in appendice al catalogo dell'esposizione di Brera del 1869<sup>(3)</sup>, mentre entrambi i ritratti furono scelti per l'esposizione postuma dei fratelli Induno, organizzata nelle sale del palazzo della Permanente nel 1891<sup>(4)</sup>.

Nell'ampio panorama della ritrattistica ottocentesca alla Ca' Granda si può dire che gli Induno, nei limiti del consentito, rinnovarono la tradizionale formula del ritratto facendo prevalere la verità psicologica del personaggio sulla rassomiglianza fisionomica. Questo è del resto in generale l'esito delle loro soluzioni ritrattistiche, nelle quali è da riconoscere l'adesione alla formula del ritratto ambientato, chia-

mato anche istoriato, inaugurato da Giuseppe Molteni già dalla fine degli anni Venti<sup>(5)</sup>.

La pittura 'naturalistica' degli Induno ama indugiare nel racconto, con l'esibizione degli oggetti d'uso quotidiano e dei particolari solitamente considerati secondari; nei ritratti, siano essi "mondani" piuttosto che "en amitié", questa attenzione va al servizio dell'indagine psicologica del personaggio, al fine di connotarne l'identità.

Si aggiunga che gli anni attorno al 1860 sono proprio gli anni delle sperimentazioni fotografiche, che certamente influirono sul ritratto dal vero.

Una selezione di alcuni dei migliori ritratti degli Induno, qui proposti in ordine cronologico, permetterà di apprezzarne le eccezionali qualità pittoriche. Fra le opere esposte nei primi anni di frequentazione dell'Accademia di Brera da parte di Domenico, il *Ritratto di Augusta Bertolio coniugata Piccinini*



Domenico Induno, *Ritratto di Augusta Bertolio coniugata Piccinini Rossari*, (1842 ca), olio su tela, cm. 180 x 134, collezione privata

*Rossari* merita un'attenzione particolare. Commissionato dal marito, appare nel catalogo dell'esposizione braidense del 1842<sup>(6)</sup> ed è così commentato dal recensore dell'epoca: "trattato con mano maestra, e senza essere abbarbagliante, possa riguardarsi per un lavoro di buon effetto. Vi ha freschezza nell'abbigliamento, e verità in tutti gli accessorj"<sup>(7)</sup>. Pubblicato dal Nicodemi come proprietà degli Eredi Piccini<sup>(8)</sup>, è oggi in collezione privata milanese.

L'adesione ai modelli che il Molteni proponeva negli stessi anni è evidente, basti il confronto con opere come il *Ritratto di Luigia Tallachini Pascal* (1840 ca) o il *Ritratto di Ernestina Gavazzi Pascal* (1844-46)<sup>(9)</sup>: l'ambientazione è simile, col tendaggio che fa da quinta teatrale, i mobili importanti, l'attenta descrizione dell'abito, dell'acconciatura e dei gioielli.

Ma nella tela di Domenico tutto l'insieme è meno formale, quasi confidenziale, come se l'artista conoscesse da vicino l'animo della persona ritratta. Donna Augusta è seduta su un'importante poltrona imbottita con tessuto damascato, poggia un piede e un gomito su cuscini di velluto, sul *guéridon* alla sua destra un delicato vaso con una rosa, e una rosa anche fra i capelli, forse alludono a una passione per quel fiore; infine il vestito, con scollatura 'a cuore' riunita al centro da un gioiello, le maniche piatte all'attaccatura, poi più larghe a *volants*, il raffinatissimo pizzo nero appoggiato sulle braccia, i preziosi gioielli – il bracciale con cammeo in primo piano è tuttora nella collezione dei proprietari del dipinto – e l'elegante pettinatura a bande lisce<sup>(10)</sup>. Tutto contribuisce ad indicare l'agiatezza, l'importanza sociale del personaggio, ma il semplice gesto con cui tiene un piccolo ritratto nella sinistra, forse un figlio lontano da casa, o forse il marito stesso, e la naturalezza con cui volge lo sguardo a destra, avvicinano questa nobildonna allo spettatore.

Domenico ci rende partecipi dei sentimenti della ritratta, o per lo meno ci permette di indagarli e, con un procedimento poi costante in tutta la sua successiva produzione, elimina le barriere fra classi sociali, allineando emozionalmente il ricco al povero.

Ancora vicino alla scuola del Molteni è il *Ritratto della Nobil Donna Giuseppina Buttafava nata Tirelli*, che Domenico eseguì probabilmente nel 1844, segnalato dal Nicodemi nella raccolta del

Commendatore Enrico Buttafava<sup>(11)</sup> e oggi non ancora individuato. In alto a sinistra, sotto gli stemmi delle due casate Buttafava e Tirelli, un'iscrizione dell'artista recita: "GIVSEPPINA TIRELLI / IN BUTTAFAVA / 1813-1844". Discendente di una casata di antichissima nobiltà e di tradizione munificata, la nobildonna è qui ritratta poco prima della morte prematura che la colse a trentuno anni, nella tipica posa del ritratto gratulatorio conseguente a donazioni benefiche.

L'ambientazione è sontuosa, con la grande poltrona in velluto e la preziosa *consolle* sormontata da specchiera sulla destra; l'abito scuro è rischiarato da un raffinato pizzo bianco attorno alla scollatura, la pettinatura è a bande separate, ricadenti ai lati in lunghi boccoli. Ma lo sguardo triste e segnato dalla malattia e il fazzoletto tenuto fra le mani ci ricordano la triste sorte della giovane donna, e ci rendono partecipi della sua sofferenza.

Quindici anni dopo quest'opera, Domenico esporrà una delle sue tele più riuscite e più apprezzate anche dalla critica dell'epoca, *Al cader delle foglie* (Milano, Soprintendenza al Patrimonio Architettonico e Paesaggistico)<sup>(12)</sup>, che mostra al centro una giovane figura di donna, malata di tisi, indifferente alle cure altrui perché consapevole del suo destino, così come, tutt'attorno, le foglie cadenti dell'autunno anticipano l'inverno. L'espressione della malata è la stessa nei due quadri, la sorte umana è la medesima, indifferente alla classe sociale, cambia soltanto il contesto della rappresentazione del dramma: Domenico Induno è stato un grande maestro di questa verità.

Poche le notizie riguardo uno splendido *Ritratto di ufficiale*, eseguito nel 1864, assolutamente inedito, noto soltanto attraverso una vecchia riproduzione fotografica della raccolta Somarè<sup>(13)</sup>. Il soggetto raffigurato è un sottotenente del 36° reggimento di fanteria dell'Esercito italiano; lo sguardo è fiero e la posa sicura, con l'esibizione della sciabola d'ordinanza e dei gradi di sottotenente sul keppy, dove è leggibile il numero 36 identificativo del reggimento, e sulla manica del cappotto, con il semplice gallone a nodo "ungherese", appoggiati sulla poltrona. Anche le carte lasciate alla rinfusa vicino al calamaio sulla scrivania, insieme a un manuale, sono da riferirsi agli importanti impegni che certamente



Domenico Induno, *Ritratto della Nobil Donna Giuseppina Buttafava nata Tirelli*, (1844 ca), olio su tela, cm. 130 x 100



Domenico Induno, *Ritratto di ufficiale*, 1864, olio su tela, ubicazione sconosciuta

l'ufficiale doveva assolvere per la difesa della patria, ben esibita, quest'ultima, nella cartina politica sulla parete di destra.

Dall'ampia finestra, con uno scorcio di città, una calda e rassicurante luce illumina la stanza, evidenziando particolare per particolare i numerosi dettagli che fanno da contorno alla personalità del ritratto, secondo un'abitudine consueta del pittore: così l'occhio si sofferma sul bellissimo scorcio al di là della finestra, sulle specchiature della balaustra, sulla precisa prospettiva del pavimento, su cui poggiano, lucidissime, le calzature dell'ufficiale.

L'analisi di un ultimo ritratto, eseguito da Domenico in formato ovale nel 1868, conferma la sua eccezionale capacità di ritrattista. Si tratta del *Ritratto dell'avvocato Angelo Cantù*, annoverato, nell'introduzione del Nicodemi al catalogo della mostra del 1933<sup>(14)</sup>, come uno dei migliori esiti del pittore; nelle stesse pagine, a proposito di Domenico esecutore di ritratti, lo storico così commentava: "Il contatto col vero qui sembra pienamente esaltarlo: le espressioni degli occhi aprono, entro le convenienze fisionomiche dei visi, intensità di vita

superbe". Nel 1945 Nicodemi sceglieva di pubblicare il dipinto nella monografia dedicata agli Induno<sup>(15)</sup>, dove lo segnalava come collezione degli eredi Cantù.

Non sappiamo se l'avvocato fosse amico di Domenico, certamente la posa poco ufficiale fa pensare più a un genere di ritratto per uso privato; forse fu commissionato dall'avvocato stesso per un uso domestico o per il suo studio che, in quegli anni si trovava in via Spiga 30<sup>(16)</sup>. Dal 1865 al 1869 rivestì un'importante carica nel settore dell'amministrazione delle tasse e del demanio, facendo parte della Commissione provinciale d'appello per l'imposta sulla ricchezza mobile e sui fabbricati; il ritratto, datato 1868, si colloca evidentemente in un momento di massima notorietà dell'avvocato.

Lo sfondo del dipinto è uniforme e non vi è alcun accenno di ambientazione, ma Domenico non rinuncia ad abbozzare qualcosa nelle mani coi guanti del Cantù, forse una busta di tabacco, unica citazione di un gesto semplice e quotidiano. Splendida la definizione del viso, lo sguardo intenso del personaggio, qui in età avanzata<sup>(17)</sup>, i lunghi baffi e le basette, trattati quasi pelo per pelo. Diverte qui



Domenico Induno, *Ritratto dell'Avvocato Angelo Cantù*, 1868, olio su tela, ubicazione sconosciuta, già collezione eredi Cantù



Gerolamo Induno, *Ritratto dell'Ingegnere Antonio Cantalupi*, 1880, olio su tela, cm. 96 x 74, collezione privata

riportare un commento ancora del Nicodemi, che pare in questo caso puntuale: “Non si può certo pensare che, come quelle del Cremona, le figure di Domenico si muovano nell’onda di motivi musicali: tutto è troppo preciso nella visione induniana per potersi perdere in astrazioni di qualsiasi ordine”.

Un risultato simile a questo è raggiunto dal fratello Gerolamo nel *Ritratto di Antonio Cantalupi*, eseguito nel 1880, e ora in collezione privata milanese.

Esposto a Brera nel 1880<sup>(18)</sup>, fu pubblicato dal Nicodemi nel catalogo della mostra milanese del 1933 e nella monografia del 1945<sup>(19)</sup> dove lo si segnalava nella collezione della professoressa Luisa Cantalupi, è stato individuato in collezione privata milanese.

Antonio Cantalupi fu certamente un personaggio di spicco della borghesia milanese del secondo Ottocento. Ingegnere e architetto civile fu autore di importanti opere specialistiche, come il *Manuale delle leggi, regolamenti e discipline intorno alle acque, alle fabbriche non che ad altri rami relativi alla professione dell’ingegnere ed architetto civile*, pubblicato a Milano nel 1845, e il *Portafoglio dell’Ingegnere architetto e agronomo*, del 1879. Dal 1869 diresse, per ordine governativo, i lavori di costruzione del carcere di San Vittore, da lui stesso progettato ed inaugurato dieci anni più tardi, il 10 luglio del 1879. Questo ritratto, datato 1880, risale dunque al momento di massima notorietà dell’ingegnere, che tiene con la mano destra il volume dal titolo “PORTAFOGLIO DELL’INGEGNERE” appena pubblicato; sulla sinistra altri volumi impiattati alludono alle sue importanti opere, mentre sul panciotto scuro risalta la medaglietta rossa dell’ordine di Cavaliere, a connotare un’onorificenza ricevuta. Il volto è intensamente espressivo e l’intera composizione ha una resa pittorica sicura, tanto da poter annoverare questo ritratto fra i migliori di Gerolamo e fra i più vicini a quelli del fratello maggiore Domenico.

Infine un’inedita miniatura di Gerolamo Induno, ora in collezione privata, ritrae la *Regina Margherita* (fig.8), divenuta prima regina d’Italia alla morte di Vittorio Emanuele di Savoia, nel 1878. È probabilmente fra questa data e gli inizi degli anni Ottanta che possiamo datare questo delizioso ritratto, come dimostrano la firma sulla destra e il tratto a piccoli tocchi, tipici entrambi dell’ultima produzio-



Gerolamo Induno, *Ritratto della Regina Margherita*, (1878-1882 ca), olio su tavoletta, cm. 12,5 x 10, collezione privata

ne di Gerolamo.

La Regina, che qui risulterebbe avere circa trent’anni, indossa le perle fra i capelli elegantemente pettinati, nei pendenti degli orecchini e in tre file attorno al collo; sappiamo del resto che erano i suoi gioielli preferiti;<sup>(20)</sup> l’abito, di un pizzo bianco tendente al rosa, sale in un raffinato colletto rialzato che incornicia il volto, leggermente ruotato ad osservare qualcosa.

La posa naturale, priva di ufficialità e il piccolo formato, fanno pensare a un uso privato della miniatura, probabilmente commissionata all’artista da un ammiratore della Regina.

L’analisi dei ritratti eseguiti dagli Induno potrebbe continuare; nell’Archivio Generale delle loro opere se ne contano almeno quaranta, tutti di grande qualità.

Stupisce e affascina la versatilità dei due pittori, che spaziano dal ritratto di piccolo formato - abbiamo visto persino una miniatura - a quello di grande formato: si pensi ad esempio all’*Aleardo Aleardi*, splendido omaggio all’amico poeta, con il quale Domenico aveva condiviso gli ideali di Risorgimento<sup>(21)</sup>. Spesso si dedicarono al cosiddetto ritratto *en amitié*, o ancora realizzarono effigi di piccole dimensioni destinate alla fruizione domestica di

case nobiliari, ma non rifiutarono anche incarichi ufficiali e prestigiosi, come i ritratti per l'Ospedale Maggiore eseguiti proprio negli anni di maggiore notorietà dei due artisti.

La loro incredibile creatività ci ha lasciato un vero e proprio spaccato di Ottocento: figure ambientate in interni domestici o in ariosi paesaggi, capaci di raccontarci la loro quotidianità<sup>(22)</sup>.

## Note

1 - Numerose le mostre e le iniziative culturali in Italia, coordinate dal Comitato nazionale per le celebrazioni del bicentenario della nascita di Giuseppe Garibaldi 1807-2007.

2 - Cfr. E. Zanarotti Tiranini, *L'Ospedale Maggiore di Milano e il suo rapporto con la Città nella storia di archivio, biblioteca, quadreria e altri beni culturali*, in "La Ca' Granda e Milano", anno XLVII, n. 4, pp. 37-45. Per una recente e completa storia espositiva e bibliografia dei due ritratti commissionati a Domenico e a Gerolamo Induno dall'Ospedale Maggiore, si vedano le schede di Lucia Pini in *Intorno agli Induno. Pittura e scultura tra genere e storia nel Canton Ticino*, a cura di M. Agliati Ruggia e S. Reborà, catalogo della mostra, Rancate, Pinacoteca Cantonale Giovanni Züst, Milano, 2002, pp. 188-191, nn. 66 e 67.

3 - *Esposizione delle opere di Belle Arti nelle gallerie del Palazzo Nazionale di Brera*, catalogo della mostra, Milano, 1869, p. 55.

4 - Società per le Belle Arti ed *Esposizione Permanente, Esposizione postuma dei fratelli Domenico e Gerolamo Induno*, catalogo della mostra, Milano, 1891, n. 140, p. 9 e n. 367, p. 22.

5 - Cfr. F. Mazzocca, *La società milanese e la fortuna mondana del ritratto ambientato, in Giuseppe Molteni (1800-1867) e il ritratto nella Milano Romantica*, catalogo della mostra, Milano, Museo Poldi Pezzoli, Milano, 2000, p. 123.

6 - *Esposizione delle opere degli artisti e dei dilettanti nelle gallerie dell'I. R. Accademia di Belle Arti per l'anno 1842*, catalogo della mostra, Milano, 1842, n. 139, p. 20.

7 - A. Lambertini, *Esposizione nel Regio Palazzo di Belle Arti in Brera*, in "Gazzetta Privilegiata di Milano", n. 250, 7 sett. 1842, p. 3.

8 - G. Nicodemi, *Domenico e Gerolamo Induno*, Milano, 1945, tav. 49.

9 - Mazzocca, 2000, op. cit., nn. 24 e 27.

10 - Cfr. R. Levi Pisetzky, *Storia del costume in Italia. L'Ottocento*, Milano, 1969, vol. V, n. 82.

11 - G. Nicodemi, *Dipinti di Domenico e Gerolamo Induno ordinati in mostra retrospettiva dalla galleria dell'Arte e dell'Esame nel Castello Sforzesco di Milano*, Milano, 1933, n. 3; Nicodemi, 1945, op. cit, tav. 50.

12 - Per la storia del dipinto si veda R. Ferrari, in *Domenico e Gerolamo Induno. La storia e la cronaca scritte con il pennello*, catalogo della mostra, a cura di G. Matteucci, Tortona, Palazzo Guidobono, Torino, 2006, n. 45, p. 156.

13 - Enrico Somaré, insieme a Giorgio Nicodemi, aveva organizzato nel 1933 la più importante retrospettiva sui due pittori nelle sale del Castello Sforzesco, alla quale fecero seguito due piccoli cataloghi: *Catalogo della mostra retrospettiva dei pittori Domenico e Gerolamo Induno. Ordinata nel Castello Sforzesco di Milano dalla Galleria dell'Arte e dell'Esame*, con una nota di E. Somaré, Milano, mag.-giu. 1933 e *Dipinti di Domenico e Gerolamo Induno ordinati in mostra retrospettiva dalla galleria dell'Arte e dell'Esame nel Castello Sforzesco di Milano*, prefazione di G. Nicodemi, Milano, 1933. Presso il Civico Archivio Fotografico di Milano è conservata la Raccolta Somaré di fotografie b/n che probabilmente servirono per organizzare tale evento.

14 - Nicodemi, op. cit., 1933, p. 21.

15 - Nicodemi, op. cit., 1945, tav. 30.

16 - *Guida di Milano per l'anno 1868*, Tipografia Bernardoni, Milano, 1868, p. 388.

17 - Dal 1872 lo studio di via Spiga non compare più negli elenchi della *Guida di Milano*.

18 - *R. Accademia di Belle Arti in Milano. Esposizione 1880. Catalogo ufficiale*, 1880, p. 28, n. 276.

19 - Nicodemi, op. cit., 1933, n. 134; Nicodemi, op. cit., 1945, tav. 182.

20 - La storica collana di perle, ereditata dalla Principessa Clotilde, veniva arricchita di un filo ad ogni anniversario di nozze dal marito, Umberto di Savoia; inoltre il nome Margherita, scelto alla nascita affinché, all'indomani della sfortunata battaglia di Novara, fosse di buon augurio, significa "perla".

21 - Il dipinto è stato recentemente ritrovato e pubblicato nel catalogo della mostra di Tortona (S. Bietoletti, in *Domenico e Gerolamo...*, op. cit., 2006, n. 5, p. 48).

22 - L'Archivio generale delle opere di Domenico e Gerolamo Induno è a Milano in via Caminadella n. 13.

# *Le “segrete affinità” tra archivi e architettura: il caso del nuovo Centro degli Archivi Nazionali francesi*

CRISTINA CENEDELLA

Nella primavera del 2005 ho avuto il piacere di assistere in anteprima a Parigi alla presentazione dei progetti finalisti per la realizzazione del nuovo Centro degli Archivi Nazionali francesi.

Il Centro, la cui ultimazione dei lavori è prevista per il 2009, sorgerà a Pierrefitte-sur-Seine, nella cintura periferica a nord della capitale.

Il concorso, ideato dalla Direzione Centrale degli Archivi nel dicembre 2002, è stato fortemente voluto nel 2004 dal presidente della Repubblica Jacques Chirac e dal Ministro della Cultura e della Comunicazione francese Renaud Donnedieu de Vabres.

Bandita alla fine del 2004, la gara internazionale ha visto la partecipazione di 96 proposte, cinque delle quali sono giunte in finale. Nella primavera del 2005 è stato decretato quale vincitore il progetto dell'architetto romano Massimiliano Fuksas: ancora una volta, nella *grandeur* parigina delle nuove architetture pubbliche urbane, un italiano ha avuto la meglio e i Francesi, in modo simpatico e irriverente, hanno già ribattezzato la struttura “le coffres de Fuksas”, il baule di Fuksas.

La costruzione si presenta in realtà come un grande immobile, alto 42 metri e lungo 180, dalla “instabile luminosità”, data all'interno e all'esterno da un gioco di luci e trasparenze, dovute alle losanghe in alluminio, con le quali è rivestito l'edificio, ai laghetti esterni e a un vero e proprio bosco: è una originale “poetica della leggerezza”.

Il filo rosso del progetto architettonico è stato quello di non creare un elemento isolato e passivo nel tessuto urbano, ma di dare vita a una struttura che potesse inserirsi e connotare fortemente l'ambiente stesso, divenendo un nuovo paesaggio, addirittura una nuova geografia del luogo, nella quale gli elementi naturali (acqua, bosco e luminosità), avessero la capacità di rendere piacevole il percorso, lo studio e il lavoro.

Per la Francia, il luogo è altamente simbolico ma

rappresenta anche una scelta di rottura.

Da un lato, infatti, Pierrefitte-sur-Seine confina con Saint Denis, ove sorge l'omonima basilica nella quale riposano i re della nazione, simbolo della storia e del passato dei francesi; dall'altro, invece, specularmente collegati a questa evocativa storia millenaria, a Pierrefitte-sur-Seine gli archivi verranno proiettati anche in uno spazio in movimento, un luogo di popolazione giovane e multietnica: lo specchio nel quale si dovrà riconoscere il Paese di domani. A Saint Denis, inoltre, ha sede l'Università di Paris VIII, con prevalenza di facoltà umanistiche, che troveranno una buona sinergia con il nuovo centro.

Per questi motivi, se ci può colpire la bellezza e l'arditezza dell'immobile progettato da Fuksas, ancor di più, credo, deve stupirci la volontà del governo francese nel dedicare tanta attenzione agli archivi.

Il nuovo centro è destinato, infatti, a raccogliere, conservare e valorizzare per i prossimi trent'anni gli archivi storici centrali dello Stato dal 1790 al 1958. A Parigi, negli antichi e bellissimi edifici di rue des Francs Bourgeois, nel cuore del Marais, resteranno gli archivi storici nazionali (CHAN) dall'epoca dei re Merovingi alla Rivoluzione Francese.

Il nuovo centro avrà la capacità di 320 km lineari, darà lavoro a 300 persone e potrà accogliere centinaia di studiosi ogni giorno. Il tutto con l'impegno finanziario di 119 milioni di Euro.

Anche il Centro degli Archivi Contemporanei (CAC) a Fontainebleau, che raccoglie gli archivi di deposito degli istituti centrali dello stato, resterà operante, continuando, con i suoi 193 km lineari di scaffalature l'attività di conservazione, selezione e consultazione degli archivi non ancora “storici”.

Il nuovo centro degli archivi nazionali è stato definito da Chirac stesso “un progetto chiave per la nazione e l'avvenire della sua memoria”. E ne sono

stati così riassunti i principali obiettivi: identificare gli archivi come un settore d'eccellenza nella politica del Ministero della Cultura; rispondere alla saturazione attuale dei due grandi centri nazionali (Parigi e Fontainebleau) per i prossimi trent'anni; far evolvere in modo significativo gli strumenti, le metodologie e i servizi dedicati agli archivi; conservare il patrimonio in condizioni ottimali per le future generazioni; rendere il patrimonio accessibile al più grande numero possibile di cittadini.

Risulta evidente come la messa in opera di un tale progetto "immobiliare", in definitiva, sia stata accompagnata da una serie di riflessioni sulla funzione scientifica e culturale del nuovo centro, riflessioni alle quali ha dato vita un comitato scientifico composto dagli utenti (universitari e ricercatori), dagli archivisti di professione e dai partners istituzionali.

Le collettività territoriali coinvolte, infatti, hanno da subito sostenuto il progetto, cogliendo in esso l'opportunità di una importante riqualificazione dello spazio della cintura metropolitana a nord di Parigi e di una notevole visibilità internazionale.

Il nuovo centro, infine, dovrà mettere in opera le ultime evoluzioni delle tecnologie informatiche e della comunicazione, offrendo una totale sicurezza ai professionisti che vi lavorano e una completa gamma di servizi per gli utilizzatori. Le applicazioni che costituiranno questo sistema, soprattutto per quanto attiene al lavoro strettamente archivistico, come la gestione dei fondi, l'inventariazione etc., potranno essere estese e adottate negli altri centri nazionali e negli archivi dipartimentali.

La costruzione di grandi opere pubbliche nel campo della cultura non è certo una novità in Francia: basti pensare alla splendida sede della Biblioteca Nazionale Centrale di Parigi, voluta da François Mitterrand e a lui dedicata, che occupa da un punto di vista sia visivo, sia urbanistico, un intero quartiere della periferia sud-est cittadina.

Ancor più interessante, tuttavia, è il filo rosso che collega gli archivi e l'architettura: nella cultura francese essi hanno delle segrete affinità, dei registri comuni - la materialità, la stratificazione e lo spessore del tempo - al punto da poter costituire ormai una vera e propria disciplina, la "storia dell'architettura degli archivi".

Nel 1808 gli Archivi Nazionali furono installati a l'Hôtel de Soubise, nel centro della città, e durante il secondo Impero ricevettero il deposito di preziosissimi fondi, tra cui il *Trésor des chartes*, scrigno prezioso per la storia del Paese. Nel 1927 fu occupato anche l'adiacente Hôtel de Rohan, e negli anni Cinquanta si costruirono nuovi edifici, creando un intero quartiere dedicato agli archivi nazionali, così come ancora oggi lo vediamo.

Nella seconda metà del XX secolo, oltre ai nuovi edifici appositamente realizzati per gli archivi dipartimentali di molte regioni, sono sorte numerose strutture nuove anche a livello centrale: il Centro degli Archivi Contemporanei a Fontainebleau, inaugurato nel 1979, il Centro degli Archivi del Mondo del Lavoro, allestito nell'antica fabbrica Motte-Boscut a Roubaix nel 1993, il Centro degli Archivi d'Oltremare, inaugurato a Aix-en-Provence nel 1966, rinnovato e ingrandito nel 1986 e ancora nel 1996.

Nel corso degli ultimi quindici anni, infine, gli enti locali, sostenuti dal Ministero della Cultura e della Comunicazione, hanno intrapreso una politica di costruzione particolarmente intensa. I fabbricati di questo periodo sono stati concepiti per rispondere a nuovi e numerosi imperativi, tra cui quello della conservazione di supporti differenziati e non più solo cartacei e quello della comunicazione a un pubblico sempre più numeroso, dagli interessi variegati. Tra le inaugurazioni molto recenti, si possono citare quelle degli Archivi Dipartimentali dell'Yvelines, dell'Oise, della Sarthe, di Tarn, l'Archivio municipale di Lione e quello di Tolosa.

Da tutti questi esempi scaturisce una visione rinnovata degli immobili destinati agli archivi, nella quale si distinguono chiaramente le funzioni primarie della conservazione e le funzioni di accoglienza del pubblico. Sale di lettura e di consultazione, attrezzate con postazioni fornite di personal computer e collegamenti a Internet, grandi sale per conferenze e convegni, aule per la formazione e le attività didattiche, intere sezioni dedicate al restauro, depositi secondo le normative di sicurezza fornite dagli organismi internazionali, spazi da adibire a esposizioni periodiche, spazi di ricreazione (caffetteria, bar, giardini interni) etc.

Una nota sempre presente è quella della "messa in scena": gli edifici stessi, aperti su spazi pubblici,

contribuiscono a ristrutturare e riqualificare da un punto di vista urbanistico il luogo nel quale sono insediati.

Questa dinamica è oggi ripresa e amplificata dai progetti che sono stati presentati al concorso internazionale del 2005 per il nuovo centro di Pierrefitte-sur-Seine e, in particolare, dal progetto di Massimiliano Fuksas.

La massa enorme degli archivi, l'ampiezza delle superfici, la scelta di un luogo in piena evoluzione, costituivano altrettante sfide per gli architetti. La grande qualità dei progetti, la diversità delle soluzioni proposte sono tali da arricchire la "storia della architettura per gli archivi".

Questa "storia" riveste un aspetto così importante per la conservazione della memoria per le future generazioni, per la sua fruizione, che non si può far altro che condividere, a mio parere, quanto afferma-

va lo storico Jean Favier: "l'immobile destinato agli archivi è il luogo dove si attualizza la storia nell'orizzonte stesso del genere umano".

Una politica lungimirante, quest'ultima, volta alla concreta attuazione di un concetto semplice ma, a mio parere, fondamentale: la fruizione dei beni culturali passa, in prima istanza, dalla corretta conservazione, in strutture specificamente dedicate e in ottemperanza alle normative più recenti di protezione, salvaguardia e manutenzione.

Un caso analogo, di nuova architettura interamente dedicata agli archivi è tutto italiano, anzi più strettamente milanese, che sarà oggetto di una nuova indagine: il nuovo Archivio Diocesano.



Gli Archivi Dipartimentali dell'Yvelines: veduta d'insieme e ingresso.



# *A proposito di libri*

GIANCARLA MURSIA

La Fondazione Gennari di Caslino d'Erba che da anni opera nel campo della cultura scolastica rivolgendosi agli oltre 4200 istituti scolastici della Lombardia ed agli oltre 200 del Canton Ticino, lo scorso anno nell'occasione del suo quarantatreesimo concorso ha chiesto agli alunni delle scuole primarie, secondarie, superiori ed universitarie di parlare del primo libro letto o di scrivere una lettera all'autore di un libro scelto. Gli elaborati pervenuti alla Segreteria del Premio sono stati oltre seicento coinvolgendo nello svolgimento 3500 studenti. Risultato notevole in quanto a partecipazione, sorprendente in quanto ai contenuti. I nomi degli autori che hanno fatto la letteratura internazionale, spariti. Dove erano, infatti i Salgari, Kipling, Verne, Alcott, Stevenson, London, Twain, Anguissola, Carroll, Rodari, Lazzati, etc?

Cancellati dagli autori stranieri contemporanei (nel concorso più della metà), sbaragliati dall'imperverante Harry Potter. Qualche sporadico nome noto è comparso: Coelho, Marquez, Orwell, Tolstoj, Zola. Fra gli sporadici nomi italiani, Buzzati, Pavese, Berto, Levi, Tedeschi, Tamaro e persino, una volta, Manzoni e Verga, svetta Federico Moccia per il quale una ragazzina di terza media ha scritto testualmente "ringrazio il Cielo di avercelo mandato".

D'accordo, i tempi vanno avanti, molte cose cambiano, si legge pochissimo. Oggi i ragazzi hanno a che fare con i computer, gli iPod, con la televisione, con la Play Station, Internet, a non voler tenere conto degli sms. La lettura è un optional. Ne sanno qualcosa gli editori, i librai, gli insegnanti.

Esistono sì ragazzi che leggono, d'abitudine, ma sono rari, quasi delle eccezioni.

Ed accanto a loro, di solito, c'è una famiglia che legge, che ha letto, che acquista libri, che ha una biblioteca, che frequenta una biblioteca pubblica.

Esiste anche il libro di lettura in classe. Ma per essa non esiste voto di merito. E poi non sono molti gli

insegnanti capaci di trasmettere la curiosità e l'entusiasmo per una storia, una narrazione che invogli l'alunno ad aver fretta di arrivare all'ultima pagina, "per sapere come va a finire".

E allora perché sorprenderci? Più che sorprenderci s'insinua in noi che abbiamo letto (e che leggiamo) una specie di malinconia e di rimpianto perché qualcosa se n'è andato coi tempi che sono cambiati. Quella letteratura, quei libri cioè, che ci hanno divertito, commosso, entusiasmato, formato, non esistono più, anche se un Mark Twain, se ci capita, magari lo leggiamo ancora. Noi.

Ma l'avventura, i sogni, la fantasia e, diciamolo pure, la poesia del leggere non esiste più. Ed è come se avessimo perso una parte di noi.

Riuscirà con i suoi moltissimi lettori il Moccia a far nascere una nuova generazione di gente che legge? Possiamo soltanto, per adesso, azzardare una stentata risposta lasciando ai posteri altre risorse, altri sms. A voler tirare comunque una giustificazione, non va, peraltro, dimenticato che la scuola, come tutta la società in genere, attraversa tempi difficili. Il progresso scientifico l'ha colta di sorpresa; nella confusione di nuovi valori non solo la società, ma la famiglia, non è più un punto di riferimento, una precisa difesa. La cultura è diventata un optional. L'insegnante una merce rara, l'Internet il professore universale al quale si può attingere con sicurezza. Che cosa può fare allora un Manzoni, un Dickens, un Pavese, un Coelho? Come renderli indispensabili se non utili o divertenti?

Eppure gli editori non si tirano indietro e montagne di libri coprono gli scaffali delle librerie. Allora bisogna darsi da fare affinché i giovani (e non solo loro) trovino il valore della carta stampata e comprendano che nei libri c'è il passato, il presente e persino il futuro. Il loro domani. Altrimenti i tempi mediatici possono provocare soltanto una specie di tsunami.

## Parlando di libri: perché tanto giallo

MAURO CASTELLI

Una manciata di anni fa il “genere” è stato sdoganato dall’enciclopedia Treccani che, dopo averlo trattato alla stregua di una signora di poco conto, ha finalmente deciso che era giunto il momento di proporne l’ingresso nell’alta società dalla porta principale. Anche perché buona parte delle case editrici ha capito che il settore merita rispetto, visto che il successo lo si deve al cliente-lettore e che quindi bisogna accontentarlo offrendogli quello che chiede. Un modo come un altro, pertanto, volto a dare spazio a un filone che tiene banco alla grande in questo inizio di nuovo millennio e, soprattutto, consente di far quadrare i conti d’esercizio. Perché barcamenarsi fra spese in continua crescita e numero di copie vendute non è certo facile. Tanto più che i successi da centinaia di migliaia di copie rappresentano solo rarità a fronte delle miserie raccattate dai quasi cinquantamila titoli che finiscono ogni anno sugli scaffali delle librerie italiane.

Stiamo parlando della letteratura in giallo, erede vincente della classica narrativa di avventure, che si propone oggi in una miriade di accezioni: polizieschi (che dopo aver mutato assetto e pelle, riescono a coinvolgere il lettore nei meccanismi della trama, condita di *suspense* e colpi di scena); *noir* (una etichetta di settore per certi versi nobilitante); *legal thriller* (un genere di gran moda, portato in auge da un gruppo di avvocati americani che si sono scoperti scrittori di un certo peso); *dark fantasy* (perché esistono, eccome, gli amanti del genere). E poi romanzi del terrore, ma anche storici e medievali (un filone che fonde classicismo e mistero e che per certi versi conferma il ritorno al genere letterario, con l’autore in cattedra a compiacersi della propria cultura, gratificando quindi se stesso e per fortuna anche i propri fans), *thriller* psicologici nonché altri legati al terrorismo e via di questo passo. Una pletera di tipi e sottotipi pronti a convivere sotto uno stesso tetto, rendendone a volte difficile la riconoscibilità del genere.

Insomma, la produzione – uscendo, tanto per esemplificare, dal classico schema “tutto succede in una casa o nello scompartimento di un treno” per approdare allo spazio urbano e alla provincia, ossia al quotidiano – si è andata articolando in una serie di filoni che, per un verso o per un altro dal momento che lo zoccolo duro dei lettori risulta quanto mai variegato, si è avvalsa di lavori a largo spettro, frutto della scrittura di professionisti che, in diversi casi, poco hanno da invidiare ai santoni della letteratura tradizionale. Maestri di penna che si sono resi conto della forza trainante di questo genere, che ne hanno e ne stanno sfruttando a fondo le potenzialità e il ruolo in abbinata alla fame di novità di un pubblico ora più smalzato ed esigente rispetto al passato, alla ricerca di un qualcosa di diverso. D’altra parte non è forse vero che sempre più spesso la realtà, come stanno a testimoniare alcuni drammatici fatti di cronaca degli ultimi tempi, supera la fantasia più ardita? E allora...

Non deve quindi stupire che forse proprio in questa sete di raffronto fra quotidiano condizionato da una follia comportamentale difficile da giustificare (sarà il benessere, la voglia di raggiungerlo a tutti i costi cercando scorciatoie improbabili, la frenesia di una vita sempre più complicata o chissà che altro) vada ricercata la nuova voglia di evasione. Magari condita di misteri e delitti, dove il killer, al contrario di quanto succede nella vita, quasi mai riesce a farla franca. Perché il detective e il poliziotto alle prese con le indagini, nei quali spesso finiamo per identificarci, rappresentano l’altra faccia della nostra voglia di giustizia.

In altre parole il desiderio di punire il cattivo ed elevare il buono, sia pure a fronte di dubbi, incertezze, manie e difetti, che poi sono un po’ anche i nostri, di chi la giustizia deve “gestirla” e amministrarla.

A guardar bene, come ha avuto modo di sottolineare Vittorio Spinazzola, uno che di gialli se ne intende, questo nuovo genere “svela il perturbante ma

riconcilia con l'ordine, racconta il crimine ma manifesta fiducia nella giustizia, fa trionfare il bene ma è intrinsecamente laico, ha protagonisti comuni ma capaci di scoprire i più efferati disegni criminali". In altre parole siamo noi a farci carico, senza rendercene conto in quanto fruitori di un prodotto altrui, di tutte le storture umane rese intriganti e, se vogliamo, più sfumate e meno reali dal piacere della lettura.

Da sottolineare, inoltre, come il passaggio – frutto dell'avvento di nuove professionalità forti che hanno accantonato le vecchie artigianalità che tenevano banco in passato – dalle esibizioni muscolari e dal grilletto facile dei detective vecchia maniera a meccanismi più articolati, nonché a trame più complesse e ben gestite, abbia richiamato nuovi potenziali clienti dal palato fine. Anche per questo il giallo, oggi più godibile e intrigante che mai, sta crescendo in termini di considerazione critica. E non solo.

Cosa aspettarci quindi da questo nuovo modello di letteratura? Riuscire ad addentrarci nella mente degli autori e, soprattutto, nelle aspettative dei lettori risulta quanto mai difficile.

Certo, quella travolgente macchina da *best seller* "allevata" e cresciuta negli Stati Uniti ha fatto scuola anche da noi. Ma fortunatamente non mancano scrittori italiani in cerca di una propria strada, di sbocchi alternativi. Che, senza far nomi per non scontentare qualcuno, stanno puntando alla diversificazione, dando corpo e spessore a un giallo all'italiana; scrittori che, in alcuni casi, poco hanno da invidiare alla creatività dei numeri uno d'oltre oceano. I quali godono peraltro di una cassa di risonanza a volte eccessiva, peraltro legata – dispiace dirlo – a una forma di provincialismo tutto nostrano. Dove se devi aprire un bar mai e poi mai lo chiamerai "Bar giardino", ma "Garden bar". Perché gli aperitivi, seppure fatti in casa, avranno un altro sapore per gli avventori...

## La sfiducia nella parola

La sfiducia nella parola cresce come l'inflazione. Quanto più se ne abusa in dibattiti, in tavole rotonde, in fiumi silenziosi di carta stampata, tanto meno le si crede. Ci si aspetta tanto poco dalla parola, che essa finisce quasi sempre per darlo.

In questo senso assolve una funzione ipnotica, rassicurante, sedativa.

Se riesce a superare la soglia dell'attenzione, ha già vinto la sua prova più ardua e si accontenta di questo momentaneo trionfo.

L'apprensivo ricorso, nei risvolti di copertina, a un aggettivo quale "sconvolgente" dimostra come si disperi non solo di indurre un minimo turbamento nel lettore, ma perfino di risvegliarlo dal suo sonno a occhi aperti. E l'aggettivo "inquietante" riservato agli scrittori dimostra la misteriosa attrazione che ha sempre esercitato non la verità, ma il suo contrario. E come siamo attirati dall'abisso, anziché dal sentiero che lo costeggia, così la percezione che un libro è faticoso induce molti recensori ad arrischiare che è avvincente. Non ho mai visto nessuno inquieto per un libro "inquietante". Forse irritato. Eppure le parole meno attendibili sono destinate ad ascesa irresistibile, come la moneta cattiva che caccia la buona. C'è chi su "autentico" ha costruito una fortuna. E non si tratta solo di commercianti di mobili. Molti - anzi pochissimi, quasi nessuno, se vogliamo cominciare a rispettare il linguaggio - temono che il trionfo della cosiddetta "civiltà dell'immagine" sottragga spazio alla parola. Certo sarebbe auspicabile. Collocata ai margini di trasmissioni silenziose, elusa dal linguaggio dei gesti, conteggiata come si usa per i telegrammi e addebitata a chi la spreca, è probabile che la parola riacquisterebbe i suoi poteri invisibili, la sua forza originaria, la sua virtualità umiliata.

GIUSEPPE PONTIGGIA  
(da *Il giardino delle Esperidi*,  
Mondadori, Milano 2005)

*Impropriamente definiremmo queste pagine di Marco Segala "pensieri a voce alta" sui vecchi, sui "nostri" vecchi, con le loro vicende simili e diverse nel tempo, negli anni. Il tono è quasi familiare. Sorprendentemente ci ritroviamo nel suo riferire, nel suo osservare, nel fermarsi a cogliere l'indifferenza che non di rado impedisce di scoprire e capire la solitudine di chi porta con sé sofferenze e molti anni.*

## *Pensando, camminando coi "nostri" vecchi*

MARCO SEGALA

Poco tempo fa, un sabato, mi sono portato ad un centinaio di chilometri da Milano per un funerale. Essendo io in ritardo e la cerimonia quasi iniziata, trovo già sul posto mia madre, più di ottant'anni, uno stuolo di conoscenti, di alcuni dei quali ho riconosciuto i volti visti da ragazzo, un nutrito gruppo di cugini, i cui visi non vedevo da decenni e un esercito di nipoti di cui ero solo a conoscenza. Era morta una nostra parente, ed il marito, sempre oltre gli ottanta, che mal si coglieva nell'improvviso ruolo di vedovo, era visibilmente a disagio nello stringere mani e ricevere abbracci e pacche sulle spalle.

Un bagno di tristezza, ricordi d'infanzia, malinconia, il tutto asperso dalla ovvia presa di coscienza della non immortalità di ognuno di noi.

All'uscita dalla cerimonia di rito, con un prete che aveva cercato di mitigare il dolore con parole antiche, mi trovo sui lati della scalinata d'accesso della chiesa ad aspettare il feretro ed il seguito. In questo colgo un dialogo a lato. Una era la mia anziana madre e un suo vecchio cugino. Mi ero perso probabilmente tutta la parte iniziale ma sento bene quello che mia madre sta dicendo. Spiega al cugino che quello che più le pesa dell'essere vecchia, non sono i rimpianti, la solitudine, l'inevitabile perdita di forza e di resistenza, il decadimento, ma l'indifferenza. Cerco di acuire l'udito. Che significa l'indifferenza? Perdo qualche altro pezzo... poi sento spiegare che per strada, in ascensore, al supermercato, ovunque, la gente non "vede" i vecchi. Il cugino rincara affermando che solo i figli ed i nipoti riescono a distinguere tra la gente, tutti gli altri agiscono come se non lo vedessero, come se fosse un'ombra. Nessuno più li guarda, i vecchi.

Resto un po' stupito, non ci avevo fatto caso. Subito mi viene in mente un pezzo di una vecchia canzone di un cantautore italiano: "*I vecchi subiscono l'ingiu-*

*ria degli anni...*" cui tante volte avevo pensato. Dapprima, con gli occhi da ragazzo, per via dell'ingiuria, inaccettabile. Questa sottintende un atto oltraggioso, ingiusto, un torto, una violenza, gravata, inoltre, dalla non possibile difesa che mi metteva a disagio; più avanti per il senso più completo della strofa. Ma all'indifferenza non avevo mai pensato né tanto meno ne avevo avuto una reale percezione.

Vengo quindi travolto da strette di mano, abbracci, ringraziamenti e tutti ci si avvia con parlare mesto al cimitero. Ancora tristezza.

Dopo un po', solo, in autostrada, i pensieri mi riconducono a quel discorso... ci rifletto un poco sopra, in effetti camminando per un marciapiede si nota di tutto, dagli stravaganti ai bambini, dai ragazzi alle signore... schiene, pance, pettinature, scarpe, borse, zaini, gambe, seni, occhi, mani... ma di vecchi fatico a trovare qualche fotogramma... frugo ancora... poco o niente. Se non di vecchi conosciuti, magari malati passati nel reparto dell'ospedale.

"Ma allora - penso - non guardo i vecchi? Non è possibile, ho grande stima di loro..."

Mi prendo un caffè ad un distributore, faccio benzina e riprendo verso casa. Piano piano questa riflessione tende a sfuggirmi: altri pensieri, insediatisi precedentemente, con diverse vitalità, cercano di riprendere possesso della scena. Nel timore che ciò avvenga e che la considerazione precedente venga relegata in qualche anfratto remoto, scarabocchio sulla pagina del giornale, guidando la macchina, "vecchi..."

La pila di giornali sta andando, sulle mie braccia, nel grande contenitore bianco. Nello spargerli all'interno vedo lo scarabocchio fatto in autostrada. Ed eccomi a parlare dei vecchi.

Sono cresciuto coi vecchi, hanno sempre fatto parte del mio vivere. Facevano parte della famiglia, erano gli amici degli anziani nonni, erano coloro che rac-

contavano, che sapevano, erano quelli ai quali tutti chiedevano.

Da bambino era consuetudine avere anziani nel vissuto: nonni, parenti, amici, le domeniche, le vacanze, tutte le feste importanti. Ci si sedeva quando si erano seduti loro, non li si interrompeva, ci si alzava da tavola solo dopo di loro o col loro permesso.

Mi sono preso qualche scappellotto quando non ascoltavo o, peggio, non obbedivo ai nonni o se non portavo rispetto per gli anziani; lo stesso se sui mezzi pubblici, con i miei genitori, non cedeva il posto ad un vecchio appena salito. Quando poi si ammalavano, tutti ci si adoperava per avere cura di loro.

E, quando purtroppo capitava, ci portavano sempre ai funerali con le dovute veglie subito prima.

Mi è successo, a volte, nei reparti di degenza, che quando un anziano era alle ultime briciole di vita, i parenti più stretti implorassero noi medici di poterli portare a casa, nella stessa casa dove avevano vissuto, nel letto che avevano condiviso con tante notti. Ma più frequentemente, invece, chiedono all'ospedale di occuparsene completamente fino alla fine. Perché non saprebbero cosa fare, non saprebbero come comportarsi, perché non avrebbero tempo... c'è il lavoro; perché ci sono dei bambini e si potrebbero spaventare... ma loro, i vecchi, ci dicevano che sarebbero tornati volentieri a casa loro.

E allora quasi tutti i parenti esigono che la struttura sanitaria se ne faccia carico sino all'ultimo.

Allo stesso modo, se un parente stretto si avvicina alla tarda età, nelle mura domestiche si cerca di trovare una sistemazione al di fuori dell'ambiente familiare, in una "casa di riposo", avendone le possibilità economiche, oppure in un ospedale, approfittando anche di una lieve forma influenzale o di qualsiasi altro malanno. Sono sempre meno le famiglie che tengono in casa i loro vecchi. Sempre più si considera la vecchiaia come problema sanitario, come una malattia.

La vecchiaia viene vissuta come una cosa da nascondere, una cosa non bella da mostrare, una sorta di "vergogna", forse perché la si interpreta come un brusco ed impietoso riflesso di quello che sarà anche per noi, in una collettività che non "guarda" i vecchi. La società contemporanea, con un rapido quanto radicale cambiamento di valori, ha portato ad una progressiva e paradossale "non accettazione" della vecchiaia e della morte.

Si fatica a comprendere cosa ha portato a questa pro-

gressione di mancanza di ascolto, di rispetto, cosa ha portato a neppure vedere gli anziani che in tutte le società rappresentavano la saggezza, erano quelli cui spettavano le decisioni più importanti.

Quasi quotidianamente si parla ai telegiornali della cosiddetta "emergenza anziani", sia in occasione di periodi estremamente caldi, sia ai primi freddi; oppure in circostanze drammatiche con ritrovamento di anziani morti da giorni, o ancora per bocca di qualche politico che per riscuotere consensi promette nuove strutture per gli anziani, più posti letto per loro. Occorrono nuove strutture, si dice, servono più risorse; gli ospedali, le autorità sanitarie territoriali, gli operatori sociali, quelli sanitari, tutti devono concorrere all'emergenza anziani.

Certo una malattia in un organismo debilitato, come quello di un vecchio, può essere un'emergenza e mai in un ospedale si rifiuterebbe un malato, ancorché anziano. Di sicuro la prevenzione dei possibili effetti dannosi di temperature molto elevate o basse è cosa doverosa. Troppo spesso, però, si considera, irragionevolmente, un'emergenza la vecchiaia in sé.

Tutti chiedono, a gran voce, che lo Stato, la società garantisca ai vecchi la "cura" di questa "malattia"; che lo Stato faccia fronte a questa emergenza. Quasi come si volesse che la vecchiaia non fosse palese, restasse confinata in attrezzate e confortevoli case di riposo; in questo modo si potranno "vedere" i vecchi quando si vorrà, quando si avrà tempo, lasciando i bambini a casa, nel pieno rispetto di tutti (i non vecchi). Forse avrebbe senso anche adoperarsi per organizzare una rete di supporti domiciliari, cioè nelle stesse famiglie, laddove necessari e sufficienti, per curare o completare le cure iniziate negli ospedali di anziani ammalati consentendo loro di restare nelle proprie case.

Parole sulla venerabilità della vecchiaia, sulla saggezza ad essa legata, sul rispetto sacrale per questa, sull'obbligo morale del loro conforto da parte della famiglia, ma anche dei parenti meno prossimi, anche da parte di amici, per contro, se ne sentono sempre molto poche.

I vecchi sono la nostra memoria storica, sono i detentori delle chiavi del nostro sapere, l'impronta al nostro futuro, sono il nostro DNA; sono anche storie affascinanti, esperienze, errori, amori, delusioni, gioie, speranze... non dimentichiamoci di ascoltarli. E di guardarli.

*Doppia storia e doppia sorpresa, come sempre, nei testi di Vincenzo Bevacqua e richiami allargati a persone, a vicende, ad avvenimenti che, anche o solo casualmente, possano essersi avvicinati al soggetto dichiarato (qui le vedovelle). Curiosità quindi e interesse milanese in più.*

## Vedovelle milanesi

VINCENZO BEVACQUA

Se da piazza Cavour si imbocca via Turati, prima di arrivare all'incrocio con via della Moscova si trovano, uno sulla destra e uno sulla sinistra, due palazzi in marmo cipollino progettati da Giò Ponti e collaboratori. Uno dei palazzi ha facciata concava per abbracciare una graziosa fontana anche questa progettata da Giò Ponti. Lo stesso palazzo ha facciata posteriore convessa che dà su via Montebello. La convessità risalta soprattutto al tramonto delle giornate di sole. Allora sembra la parete di un tamburo che, dato il traffico stradale, ogni tanto si mette a rullare ostinatamente.

Via Montebello deve il suo nome alla omonima località del pavese teatro di due battaglie fra stranieri o quasi: una nel 1800 tra austriaci e francesi; l'altra nel 1859 tra austriaci e franco-piemontesi. Le battaglie si erano poi concluse con equa ripartizione di vittorie: la prima per gli austriaci; la seconda per i franco-piemontesi.

Via Montebello è piacevole perché oltre al palazzo di Giò Ponti vi si affacciano diversi edifici per un verso o per l'altro piuttosto importanti. Uno di questi è la chiesa protestante che se nel suo giardino accogliesse panchine di legno massiccio con il nome del donatore su lucida targhetta d'ottone, sembrerebbe in tutto una chiesa londinese. Di fianco alla chiesa e fuori dal suo recinto, un alberello si avvita ed entra di prepotenza nella proprietà religiosa. L'alberello è tozzo e dimostra costanza perché si sta avvitando da almeno un secolo. Una volta verso sera, dalla chiesa era facile sentir uscire musica barocca per organo suonato da mano capace ed esperta. La mano era quella di Fabio Morpurgo

noto oculista e dilettante organista.

Quanto a musica, in via Montebello non era da meno il quasi dirimpettaio palazzetto dei fratelli Boito. A fine Ottocento primi Novecento, chi passava di là a qualsiasi ora sentiva musica antica e moderna suonata al pianoforte dallo scapigliato Arrigo. La bassa ed elegante abitazione è tuttora ben conservata come si può verificare dall'androne, dagli infissi alle finestre e dai loro vetri luccicanti.

Più avanti, in via Montebello si incontra la sede della Banca Commerciale Italiana che ultimamente ha cambiato nome. Era la banca milanese più importante, guidata da un grande allogeno-meneghino banchiere mecenate, che ha voluto essere seppellito in tomba terranea nel cimitero dell'abbazia di Chiaravalle. Costruito a colonne portico loggiato giardino e cortili, protetto da cancellate, il palazzo sembra una reggia silenziosa un po' scontrata ed estranea alla città, ma pulsante di vita, colossali affari e *danée* a non finire. In precedenza, al posto della banca c'era il ginnasio-liceo Leone XIII gestito dai Gesuiti. Fra loro si distingueva padre Verlato stimato grecista e latinista. I suoi allievi ricordano che quando restituiva il compito di latino zeppo d'errori, accompagnava la restituzione ghignando: *Cacata charta, dissipandum!*. In altre parole: carta scarabocchiata, da buttar via!

Pochi passi più avanti, via Montebello affluisce in piazza Mirabello. A diversità di Montebello, Mirabello non si riferisce alla omonima località del pavese, ma neppure a quella del ferrarese, del Monferrato o del Sannio. Mirabello è il cognome di Carlo, ammiraglio comandante di una divisione

navale nell'ultima guerra d'indipendenza (1866), eletto poi senatore e infine ministro della Guerra (1903-1906). Nato a Tortona (Alessandria) nel 1847, era morto a Milano nel 1910 al N° 2 della piazza dove una lapide murata con quattro stellette militari lo ricorda così:

*Severo con se stesso/giusto con tutti/Carlo Mirabello/ammiraglio e ministro/in questa casa/visse i riposi del mare e qui morì.*

*L'unione marinara di Milano/ricorda ai milanesi/il rinnovatore della marina/lo strenuo difensore dei suoi marinai./MDCCCXLVII - MCMX.*

La casa nella quale l'ammiraglio Mirabello risiedeva nei brevi riposi del mare, è un dignitoso edificio di fine Ottocento. Lo segue una casa popolare che, con il N° 14 di via Montebello, ha una doppia lapide che però rimane in piazza Mirabello. Nella parte superiore la lapide ricorda:

*Cristoforo Bonavino/sacerdote/abitò in questa casa/dal 1885 al 1892.*

Sotto viene il ritratto in bronzo di un altro *deus loci* con la seguente epigrafe<sup>(1)</sup>:

*Apostata al nome di Ausonio Franch/insegnò negli atenei di Pavia e Milano/Ritornato alla fede/erese nell'ultima critica/imperituro monumento alla filosofia cristiana/ Amici e ammiratori/per iniziativa del giornale L'Osservatore Cattolico/nel primo anniversario della sua morte/questo ricordo pose-ro/Settembre 1896.*

C'è da chiedersi se il reverendo Bonavino abbia contribuito al cambiamento di rotta dell'apostata Franch.

Riguardo a *L'Osservatore Cattolico* citato nella lapide, si trattava del famoso giornale clericale piuttosto battagliero che agli italiani rimproverava non solo l'invasione e la conquista dei territori dello Stato della Chiesa, ma anche e soprattutto il sequestro del papa tenuto prigioniero in Vaticano. Di conseguenza *scomunicava* chi aderiva al governo monarchico-sabaudo o chi volesse addirittura farne parte. Per questo atteggiamento succedeva che in caso di elezioni *L'Osservatore Cattolico* si schierava con socialisti, radicali e anarchici osteggiando i cattolici di tendenza liberale, mettendoli insieme ai massoni e a quanti altri anticristi militassero in



Piazza Mirabello n.2. Lapide di Carlo Mirabello



Via Montebello n.14. Lapide di Cristoforo Bonavino e di Ausonio Franch.

campo opposto. Quando poi nel maggio 1896 a Milano scoppiavano i moti rivoluzionari contro il governo, *L'Osservatore Cattolico* con il suo fondatore e direttore don Davide Albertario vi prendeva parte attiva, infuriandosi contro la *La Lega Lombarda*, giornale fondato e diretto dal cattolico liberale Carlo Ottavio Cornaggia Medici Castiglioni, propenso a inserire i cattolici nel parlamento. L'assurdo risultato veniva poi così riassunto dalla stessa autorità religiosa: *lotta di cattolici italiani contro italiani cattolici*.

Come si sa, i moti finivano a cannonate sparate dal generale Bava Beccaris, con morti feriti e carcerati fra i quali non solo i socialisti Filippo Turati e Anna Kuliscioff, ma anche il clericale don Albertario riconosciuto *seminatore di odio fra i contadini e i padroni, distogliendo il clero dalla sua mansione pacificatrice alla quale era stato destinato*.

Prima della casa dell'ammiraglio, in piazza Mirabello sull'angolo con via Cernaia<sup>(2)</sup> c'è una casa a mattonelle tipo mattoni a vista, costruita con semicolonne di finestre e balconcini in modo da presentare la facciata con andamento ondulato. Lo stesso andamento insiste anche nel cornicione dove sporge una fila di semicerchi come se si trattasse di coperchi in bilico sul bordo di pentolini messi in fila.

L'altro lato della piazza è occupato da un fabbricato di stile *déco* con basamento di ceppo gentile come le cornici delle finestre. L'ingresso con portale e sovrastante balcone dà tono imperioso a tutto il palazzo.

Sul terzo lato della piazza, all'angolo con via san Fermo della Battaglia<sup>(3)</sup>, c'è una casa moderna in legno e cemento. Di legno naturale tirato a lucido sono le persiane di finestre sottili in gruppi di due tre e cinque. Quando sono chiuse, le persiane costituiscono l'elemento decorativo della casa. Ariosi sono il penultimo e l'ultimo piano a balconata.

Il quarto lato della piazza è occupato da un fabbricato di tipo popolare. Il pianoterra è ricco di trattorie e botteghe. La bottega sull'angolo con via Montebello è caratteristica. Fino a poco tempo fa, era bottega di splendidi fiori e piante. Ce n'erano dappertutto, perfino dipinti sulle pareti. Adesso è bottega di un fioraio con caffè-bar. Così se qualcuno vi entra, gode non solo il profumo di caffè e cornetti appena sfornati, ma anche quello di bellissimi fiori che sembra-



Piazza Mirabello n.5.



Piazza Mirabello. Bottega di fioraio e caffè-bar.



Piazza Mirabello. Vedovella.



Particolare.

no guardarti con l'espressione meravigliata di certi bambini incantati da quello che vedono.

L'arredo di piazza Mirabello è costituito da una quindicina di alberi frondosi e d'alto fusto; praticelli separati da vialetti pavimentati a *rizzata*; tre o quattro panchine; un'edicola straripante di giornali e riviste e, infine, una garrula fontanella, dai vecchi milanesi chiamata *vedovella*.

Vedovella perché senza tregua versa lacrime sconsolate come le giovani, vedove e innamorate, di tutti i tempi. Otto Cima (1859-1929)<sup>(4)</sup> alle vedove avrebbe preferito le *maritate con qualcosa di saporito*. Certo - scriveva - *il filantropo Wallace che ebbe per primo la buona idea di fornire abbondantemente di quelle fontanelle la città di Parigi, non sapeva quanto sarebbero riuscite ostiche a certa gente per la quale una sola di vino avrebbe avuto miglior successo che cento d'acqua*. E aggiungeva: "*Quanta set strasada!*" (quanta sete sciupata) *esclamava un brumista (cocchiere di carrozza pubblica) in parcheggio presso una vedova, vedendo un tale che beveva e un altro che aspettava di poter bere. Il brav'uomo che forse aveva appena finito di vuotare un litro di quello buono, si sentiva stringere il cuore all'idea che altri sciupasse la propria sete bevendo dell'acqua*.

A parte però le malinconiche considerazioni di un milanese buongustaio, non meraviglia che la vedovella di piazza Mirabello suscitò tenerezza tanto per il suo dolore così duraturo quanto per le sue fattezze di altri tempi. Come questa di piazza Mirabello infatti, le vedovelle erano colonnine di ghisa che portavano il cappello col fiocco come il tocco dei magistrati o il berretto dei marinai francesi. Sotto il cappello avevano il bocchettone che erogava in continuazione acqua canterina. In ottone e di solito ben lucido, il bocchettone raffigurava la testa di un mostriciattolo vegeto-animale con un forellino in fronte. Sotto il bocchettone c'era lo stemma civico di Milano e a terra stava la conca che accoglieva e tratteneva l'acqua in quantità costante.

Nei primi anni di vita, le vedovelle avevano il colore vedovile della ghisa. Anni dopo, trascorso un lungo periodo di lutto, il Comune le dipingeva di verde ramarro. Davano l'impressione di erogare acqua sorgiva da una roccia muschiata. Oggi hanno color *can che scappa*: verde sbiadito con depositi

calcarei, imbrattato dai messaggi della nuova cultura trivio-stradaiola. Però anche così sconciate le vedovelle restano il simbolo di come eravamo dopo la grande guerra del 1915-18. Indossavamo camicie senza sparato, con colletto e polsini flosci sotto vestiti meno severi; portavamo la lobbia o la *magiostrina*; al massimo della eleganza impugnavamo la canna di bambù come Charlot e chi poteva viaggiava, con un pizzico di prosopopea, in automobili con la ruota di scorta affondata nel parafango anteriore. Non ci siamo però accorti che a poco a poco sui marciapiedi della città spuntavano le vedovelle tanto da non sapere con precisione quando fossero entrate in funzione. Se ne può tuttavia aver traccia scorrendo le relazioni sull'attività svolta dall'Amministrazione Comunale dal 1860 fino al 1926<sup>(5)</sup>. Da queste relazioni risulta:

*9 luglio 1881. Proposta per la condotta dell'acqua potabile a pressione, secondo un progetto che prevede di condurre l'acqua dalla valle del Brembo.*

*21 marzo 1887. Si rinuncia, per opposizione bergamasca, di rifornire la città d'acqua potabile con acquedotto dalla Val Brembana.*

*29 ottobre 1887. Nomina di una commissione per nuovi progetti di condotta di acqua potabile.*

*14 luglio 1888. Il concorso per progetti di condotta è risultato negativo. Il Consiglio invita la Giunta a rioccuparsi del problema con la massima urgenza.*

*20 gennaio 1889. Attivato all'Arena un impianto per l'estrazione d'acqua dal sottosuolo.*

*19 luglio 1889. Si ricostituisce la commissione di studio per dotare la città di un acquedotto (da notare che le case servite di acqua potabile sono 11).*

*18 dicembre 1912. Il servizio di acqua potabile viene assunto dal Comune in economia.*

*15 giugno 1913. Costruzione di un nuovo impianto per il sollevamento dell'acqua potabile in via Paleocapa. Spesa prevista £ 650 mila. Ora le case servite di acqua potabile sono 8700.*

*Dal 1914 al 1916 il consumo di acqua potabile è aumentato da m<sup>3</sup> 36 milioni a m<sup>3</sup> 43 milioni.*

*8 marzo 1923. Proposta di spendere un milione e ottocentomila lire per opere di urgenza al fine di migliorare il servizio dell'acqua potabile.*

*31 marzo 1926. Spesa di lire quattro milioni per il completamento della rete di distribuzione dell'acqua potabile.*

Perciò, data la prolungata scarsità d'acqua potabile, si può supporre che le vedovelle, con la loro fornitura d'acqua potabile a corrente continua siano state ideate e distribuite sul suolo cittadino solo negli anni venti del Novecento.

La loro sede è stata probabilmente scelta in base a esigenze locali come per esempio la vicinanza di un mercato ortofrutticolo o di fiorai in sosta nei giardini pubblici o davanti a chiese e cimiteri. Loro funzione principale però è sempre stata quella di dissetare con acqua potabile e fresca i passanti assetati, sia uomini sia animali. Gli uomini adulti si dissetavano bevendo l'acqua raccolta nelle mani congiunte a coppa; i ragazzini si dissetavano tappando il bocchettone e bevendone direttamente l'acqua zampillante dal forellino; i bambini più piccoli si innaffiavano completamente nel tentativo di bere e di lavarsi le mani sporche di terra raccolta con paletta e secchiello dal suolo dei pubblici giardini.

Gli animali si dissetavano alle vedovelle attingendone l'acqua dalle conche. Erano rappresentati da passerotti colombi cani e cavalli da carrozza o da tiro. Una volta è stato fotografato un cavallo che, con cappello di paglia dal quale fuoriuscivano gli orecchi, si abbeverava nella conca di una vedovella vicino alla quale facevano la coda alcuni monelli. Nella fotografia non compariva il brumista. Ma quello stava probabilmente dissetandosi in altra maniera.

Dopo l'ultima guerra mondiale le vedovelle se ne sono andate adagio adagio come erano venute. Colpa della diffusione dei *bar salì e tabacchi* dove ormai si poteva bere di tutto compreso un bicchiere d'acqua fresca generalmente gratis.

Oltre a quella di piazza Mirabello però, di vedovelle ne è rimasta ancora qualcuna. Ce n'è per esempio una in corso Garibaldi accanto a un'edicola di giornali. È imbrattata con un'orrenda vernice rosavino e ha la stessa aria afflitta di quei personaggi fatti segno dal tiro di uova marce. I giovani però la frequentano lo stesso anche d'inverno nonostante sul corso esistano molti caffè con ombrelloni-calorifero e tavolini su strada. Altra vedovella fortunatamente in buon ordine si trova in largo Maria Callas di fianco al Teatro Dal Verme. Un'altra si trova nel Policlinico di via Francesco Sforza, vicino alla chiesina di San Giuseppe ai Padiglioni. È spesso nascosta dalle automobili dei medici; ma personale e clienti del

Policlinico la conoscono e la sfruttano volentieri. Questa vedovella è stata immortalata in un delizioso libretto disegnato e commentato dal traumatologo Enrico Bossi<sup>(6)</sup>.

Altra vedovella si trova in piazzale Siena al centro di un vasto prato alberato che occupa buona parte del piazzale. Attorno al prato si affollano automobili in sosta e in traffico creando la solita confusione. Ma se si raggiunge la vedovella, la confusione si attenua bruscamente come se si fosse entrati in un angolo di paradiso.

Ancora fuori dal mondo si trova la vedovella di piazza Sicilia. Come se si volesse salvaguardare una reliquia, questa fontanella è circondata da prato, alberi e cancellata di protezione.

Tranne quella del Policlinico, tutte queste vedovelle si trovano per strada o in piazza. Sono ormai un reperto curioso e bisogna andarle a scovare. Sottomano invece sono le vedovelle disseminate nei camposanti. Hanno aspetto più o meno tradizionale salvo quelle del camposanto ebraico in via Emanuele Jona<sup>(7)</sup>. In serizzo, sono infatti costituite da un cilindro che in alto termina a cono, un bocchettone di acciaio e due o più parallelepipedi di vario volume per contorno. L'acqua dal bocchettone cade gorgogliando in una grata e scompare nel sottosuolo. Disposto sapientemente, il tutto sembra una scultura moderna.

A diversità delle altre però, le vedovelle dei camposanti non lacrimano soltanto per il loro beneamato scomparso, ma anche per tutti gli scomparsi che le circondano e forse soprattutto per i bambini. Come Simonetta nel camposanto di via Jona.

Fortunatamente, alle vedovelle sembra assicurata vita futura. Ne dà notizia una cronaca dettagliata del 22 marzo 2093<sup>(8)</sup> che annuncia:

*...Sta arrivando in città una nuova generazione di vedovelle. Saranno anch'esse di color verde, ma molto più grandi delle loro antenate. Avranno dieci getti invece di uno. Un dissuasore elettrico le proteggerà dai possibili assalti di Barbari limitrofi. E soprattutto non erogheranno semplice acqua, ma Milank che è, a detta di tutti gli alimentaristi italiani, il miglior Liquido di Sostentamento del Paese. Prodotto negli stabilimenti della Food House, l'LS milanese viene da tempo esportato in molte nazioni del Primo Impero. La distribuzione gratuita del*



Piazzale Siena. Vedovella.



Piazzale Sicilia. Vedovella.



Via Emanuele Jona. Cimitero ebraico. Vedovella dell'ultima generazione.  
(Le riproduzioni fotografiche sono di Annamaria Carloni).

*Milank è stata decisa dal Consiglio dei Garanti, a una settimana dall'Air Tax, la tassa annuale per l'aria. Per far sgorgare un litro di Milank dalle nuove vedovelle, basterà infilare la tessera elettrica convertitrice di corrente elettrica che attesta il versamento dell'Air Tax nel lettore posto in prossimità di ogni erogatore.*

Come si vede, di questo passo oltre il 2093 chissà quante altre diavolerie si inventeranno per conservare ancora le nostre care desolate vedovelle.

#### **Note bibliografiche**

1 - Nell'Ottocento Milano non aveva università. La voce "ateneo" perciò va qui intesa come Centro Studi.

2 - Cernaia è il fiume della Crimea nei pressi del quale, il 16 agosto 1855, i nostri bersaglieri piemontesi insieme alle truppe francesi sconfiggevano i russi.

3 - San Fermo della Battaglia è il paese del comasco dove nel maggio 1859 i nostri Cacciatori delle Alpi e gli Zuavi francesi sconfiggevano gli austriaci.

4 - Cima O.: *Milano di ieri*. Ceschina Ed., Milano 1955. Otto Cima era figlio di Camillo (1827-1908), anche lui scrittore e commediografo milanesissimo.

5- Nasi F.: *1860-1899: da Beretta a Vigoni. Quarant'anni di amministrazione comunale*. Rivista Città di Milano. 1968, N° 5. *1899-1926: da Mussi a Mangiagalli*, Ibidem 1969, N° 6-7.

6 - Bossi E.: *Al mio vecchio ospedale. Pensieri e disegni*. La Cà Granda Ed., Milano, 1989.

7 - Emanuele Jona (1860-1919) era ingegnere elettronico milanese, docente al Politecnico, si dice morto nel naufragio del piroscafo *Città di Milano* (lago Maggiore?).

8 - Abbiati D.: *Milano, tornano le vedovelle ed erogheranno LS gratis*. Il Giornale, Milano 29 maggio 2006.

# Eredità spettacolari

PAOLO M. GALIMBERTI

Milano può vantare una vivacissima attività teatrale, che però attira l'attenzione della cronaca solo in alcune occasioni: la riapertura della Scala dopo i restauri, accompagnata dal dibattito sul futuro degli Arcimboldi, il previsto recupero del Lirico, il paventato sfratto del Filodrammatici o del Nuovo. Nell'archivio storico dell'Ospedale Maggiore, la cartella che riporta l'intestazione "Palchi nei Teatri" ha mosso la nostra curiosità.

In passato, era normale per le famiglie patrizie di Milano possedere un palco nei teatri cittadini; in alcuni casi questi beni pervennero all'Ospedale Maggiore con gli altri facenti parte di lasciti ereditari.

Il 12 novembre 1728 il conte questore Antonio Calderara vende ai fratelli Baldassarre e Giuseppe De Formenti "un palchetto nel sodetto Reggio Ducal Teatro di Milano, situato in terz'ordine alla mano sinistra principiando dal palco numero undeci, con suo camerino di raggione d'esso palchetto, e nel sodetto la sua tapezaria, n. 5 tamborini coperti et una banchetta, sua portiera di baieta, lumiera, estella, parapetto e gelosia, e nel camerino li due vestaroli, et una cassetta per poner li vetri" per il prezzo di 1100 lire imperiali. Si trattava del teatro Ducale, ricostruito nel 1717 al posto del "salone a riserva di Theatro" realizzato nel 1598 in onore di Margherita d'Austria e che da lei veniva chiamato "Salone Margherita".

Qui Goldoni vi fu rappresentato fin dal 1733, nel 1741 furono messe in scena le opere di Gluck *Artaserse e Demofonte*. Il 15 ottobre 1771 vi fu eseguito l'*Ascanio in Alba* di Parini, musicato da Mozart quattordicenne, e il seguente giorno 17 la *Serenata K 111*. Il palchetto numero undici fu ceduto all'Ospedale Maggiore come pagamento da parte dei fratelli Formenti nel 1750; un inventario di consegna delle chiavi del 1753, specifica "Nel palchetto: sette tamborini, una placa, una tapezaria baggiana fiorata, una portiera di baietta guernita d'oro falso" e vede

presente "Nel camerino: una cadrega per comodo di camera, un porta orinale, credenzini in alto e abbasso". A questo proposito si ricordi che all'epoca non esistevano servizi igienici. Si tenga presente poi che l'andare a teatro, uno dei trattenimenti principali dell'aristocrazia (alla quale sola erano riservati i palchetti) avveniva con modalità molto diverse da oggi: era infatti un momento importante di socialità e di vita mondana, ci si portava da mangiare e da bere, ci si tenevano feste, addirittura le dame si permettevano di volgere le spalle alla scena per fare salotto.

Per l'Ospedale il palchetto era una utile fonte di reddito, grazie all'affitto del medesimo: nel triennio 1760-1763 fu aggiudicato a 24 zecchini gigliati, mentre un fitto annuale per il 1766 fu stipulato per 430 lire. Nei contratti si concedeva all'affittuario di "servirsi a suo beneplacito tanto in occasione d'opere musicali quanto per comedie ò qualunque altre rappresentanze o feste che puotessero farsi nel detto teatro".

Infine il palco fu venduto dall'Ospedale ad Antonio Rossi del fu Francesco, il 23 dicembre 1771, che se lo aggiudicò all'asta per il prezzo di 11.015 lire imperiali. Appena in tempo, giacché il teatro fu completamente distrutto da un incendio nel 1776 e non venne più ricostruito.

Poco dopo invece, su progetto di Giuseppe Piermarini, nacque il teatro alla Scala, inaugurato nel 1778 con l'opera *L'Europa riconosciuta* di Antonio Salieri. Nell'attuale tempio della lirica, si trovava il "palco nel Teatro grande al n. 13 in terza fila alla dritta", appartenente al marchese Giovanni Battista d'Adda, e che fu da questi venduto alle nobili sorelle Caterina e Giuseppa Scraifogel, il 28 maggio 1781, per il prezzo di 1300 gigliati. Le due sorelle Scraifogel, maritate rispettivamente Bianchi e Perabò, lo vendettero il 10 gennaio 1803 a Giacomo Sannazari, che però morì improvvisamente l'8 giu-

gno 1804. Il palco pervenne così all'Ospedale Maggiore con l'eredità, comprendente anche il famoso *Sposalizio della Vergine* di Raffaello, oggi a Brera. Come era prassi, l'Ospedale provvide a metterlo all'asta. Il 2 novembre 1804, "anno 3° della Repubblica Italiana, alla mattina (...) invitati dal Portiere Gaetano Benaglia, gridando nelle sale e sotto li portici del sodetto Spedale se vi erano aspiranti o all'affitto o all'acquisto del Palco nel teatro grande al N. 13 terza fila alla destra...", si arrivò all'aggiudicazione al "cittadino" (siamo in anni napoleonici) Giovanni Battista Legnani, che lo acquistò per 35.000 lire.

Un altro teatro intanto era stato costruito, sempre su progetto del Piermarini, e inaugurato il 21 agosto 1779 con *La Fiera in Venezia* di Antonio Salieri e con il *Talismano* di Goldoni: si tratta del teatro della Cannobbiana.

Il "Palco nel Regio Teatro alla Canobbiana [sic] al n. 6 prima fila alla destra" giunse all'Ospedale Maggiore nel 1807 con l'eredità di Giuseppe Pestagalli, che lo aveva acquistato da Margherita Lucini nel 1798. Pure questo posto fu affittato per molti anni, lasciando anche la possibilità di subaffitto eccetto che a "persona di fama sospetta". L'uso doveva essere intenso se il 9 settembre 1854 l'affittuario, Domenico Visconti, "avverte essere lacere le coperture dei sedili ed occorrere quindi una pronta riparazione, la quale si potrebbe fare anche con un bel percalles da mobili".

L'11 agosto 1860 fu infine venduto a Carlo Gerosa per 5.350 lire italiane. Il Teatro della Cannobbiana, che aveva cessato una regolare attività nel 1874, fu totalmente modificato nel 1894 su progetto di Achille Sfondrini, divenendo il Teatro Lirico.

Dell'eredità Pestagalli faceva parte anche il "palco N. 5 fila I destra" nel teatro di Monza; questo però nel 1810 risultava demolito e il 21 aprile il diritto sulla sola superficie relativa fu venduto a Giovanni Uboldi.

Per concludere possiamo menzionare anche il Teatro grande della città di Pavia detto "dei quattro compadroni", nel quale il "Palco N. VIII fila 2 sinistra" facente parte dell'eredità di Maria Calcaterra maritata Porro (che lo aveva acquistato nel 1832) fu venduto dal curatore nel 1842.

Nella seconda metà del secolo XIX all'Ospedale

non toccarono più in sorte posti affacciati sulle scene e l'invito "a intervenire all'adunanza dei signori proprietari di palchi nei teatri della Scala e della Canobbiana", trasmesso nel dicembre 1872 dal Comune di Milano, fu lapidariamente annotato dall'archivista: "l'Ospedale Maggiore non possiede più palchi nei Regi Teatri".

Applausi. Sipario.



Leonardo Dudreville, *Ritratto di Davide Campari* (1937), ambientato nel foyer della Scala.

# *Il Segantini dell'Ospedale Maggiore ai musei Guggenheim di Berlino e New York*

DANIELE CASSINELLI

Tra le mostre aperte al pubblico nel 2007 spicca per eccellenza la rassegna curata da Vivien Greene *Divisionism | Neo-Impressionism. Arcadia & Anarchy*, Deutsche Guggenheim, Berlin (27 gennaio 2007 – 15 aprile 2007), Salomon R. Guggenheim Museum, New York (27 aprile 2007 – 6 agosto 2007).

Di grande interesse è la parata di capolavori presentati nelle sale della mostra, tra cui è possibile annoverare opere cardine del percorso di artisti europei del calibro di Giovanni Segantini, Angelo Morbelli, Vittore Grubicy De Dragon, Giuseppe Pellizza da Volpedo, Gaetano Previati, Plinio Nomellini tra gli italiani. Tra gli stranieri, in particolare francesi, si segnalano Camille Pissarro, Georges Seurat, Paul Signac, Théo Van Rysselberghe. Il percorso si snoda nelle sale secondo raggruppamenti tematici, seguendo fili già tesi dai maestri stessi al momento della composizione artistica, quando, sulla scorta di moderne indicazioni stilistiche e più o meno fervidamente legati ai nascenti movimenti socialisti, alcuni pittori affrontarono le questioni pittoriche dell'uso della luce e della resa atmosferica del paesaggio, e diedero respiro poetico alle questioni sociali, quali l'affannarsi degli ambienti rurali all'inseguimento della modernità e l'accavallarsi di antichi e nuovi valori nelle grandi città.

Scansato così un convenzionale percorso in ordine cronologico, si accostano comodamente diverse scuole pittoriche attive allo scadere del XIX secolo, mostrando attimi di scambio profondo (le suggestioni tratte dai viaggi nell'Europa del Nord da Grubicy), ma anche distanze (la generale impermeabilità degli artisti italiani al linguaggio francese). Così facendo la rassegna suggerisce nessi tra *Soir; Honfleur* di Seurat (1886, Museum of Modern Art, New York) e *Mare di nebbia* di Grubicy (1895, collezione privata), mette in luce una sensibilità analoga per il tema bucolico tra il Pissarro di *Femme cassant du bois* (1890, Collezione privata) e il Morbelli di *Alba*

(1890-91, Museu Nacional d'Art de Catalunya, Barcelona), illustra il comune sentire di artisti, pur distanti nella maniera, verso la difficile condizione della classe operaia, come ben si comprende dal confronto tra *L'alba dell'operaio* di Giovanni Sottocornola (1897, Milano, Galleria d'Arte Moderna) e *Les Aciéries à Charleroi (Cheminée d'usine)* di Maximilien Luce (1896, collezione privata).

In catalogo - oltre al testo della curatrice (Vivien Green, *Painted Measles: The Contagion of Divisionism in Italy*) - si è scelto di omettere le classiche schede, vista forse la vasta campagna di studi già condotta sulle opere esposte, a vantaggio degli interventi scientifici di alcuni tra i più brillanti studiosi di storia dell'arte del XIX secolo, quali Giovanna Ginex (*Divisionism, Neo-impresionism, Socialism*), Aurora Scotti Tosini (*The Divisionist and the Symbolist Cycle*), Dominique Lobstein (*Paris 1907: The Only Salon of Italian Divisionist*).

La prima sala, almeno nella sede berlinese della rassegna, è riservata al tema della luce artificiale e raccoglie tre dipinti: *Il Ritratto di Émile Verhaeren nello studio* di Théo Van Rysselberghe (1892, Brussels, Bibliothèque Royale de Belgique), *Sous la lampe* di Albert Dubois-Pillet (1888, Ann Arbor, University of Michigan Museum of Art) e, in una posizione privilegiata, ad accogliere il visitatore, il *Ritratto di Carlo Rotta* di Giovanni Segantini (1897) il pezzo più prestigioso delle Raccolte d'arte dell'Ospedale Maggiore di Milano.

L'opera fu commissionata direttamente dal Consiglio d'amministrazione ospedaliero con una delibera del 1896, per commemorare la generosa beneficenza di Giuseppe Rotta, che volle ricordare anche la moglie Angela Maccia Rotta ed il padre Carlo appunto. A Segantini, che allora risiedeva in Engadina, a Soglio, furono inviati alcuni abiti appartenuti a Rotta ed un suo precedente ritratto, ritenuto sca-

dente. Il pittore raffigurò Carlo Rotta seduto allo scrittoio impegnato nella compilazione del testamento, secondo un'iconografia largamente sperimentata, illuminato dalla luce calda della lampada ad olio che si riverbera anche sulle imposte. Oltre i vetri un paesaggio crepuscolare ed innevato. Segantini eseguì un'effigie di grande raffinatezza, grazie anche all'uso di polvere d'oro frammista all'olio ed alla tempera, adottando una particolare tecnica riproposta solo in poche altre opere cariche di particolari significati simbolici. I filamenti di oro e colore compongono le forme seguendo tracciati impeccabili, componendo la figura non solo grazie alla condotta pittorica, ma assumendo l'aspetto di un complesso rilievo scultoreo.

Concetti, questi inerenti agli aspetti esecutivi dell'opera, a più riprese espressi dagli studiosi del grande artista trentino e confermati dal restauro eseguito da Barbara Ferriani in occasione della mostra grazie al finanziamento dei musei Guggenheim. L'opera, a lungo conservata in spazi climaticamente inadeguati, presentava una diffusa crettatura a maglie larghe, oltre che una consistente patina di sporco. La restauratrice ha operato una paziente pulitura lavorando tra i profondi interstizi della materia rinsaldando le crepe aperte tra gli strati spessi di colore, per poi applicare un telaio di grande funzionalità, capace con un sistema di molle e tiranti di regolare continuamente il tensionamento della tela e, per quanto possibile, mantenere in equilibrio il fragile rapporto tra strati di colore e supporto. Operazioni lunghe oltre un anno e rese complesse dalla particolare tecnica cui si è accennato, che però alla fine hanno potuto restituire allo spettatore un'opera fragile, ma integra. Contemporaneamente grazie alla collaborazione con il Centro di Riflettografia infrarossa e diagnostica dei beni culturali dell'Università degli studi di Milano sono state condotte delle indagini scientifiche che hanno confermato la presenza di un instancabile lavoro da parte dell'artista nella tessitura cromatica dell'opera. Tra i tanti particolari riemersi dal restauro vi è lo spazio visibile al di là della finestra alle spalle del ritrattato. Una veduta montana, secondo Giovanna Poletti che studiò l'opera nel 1981 per la mostra di Palazzo Reale dedicata alla Ca' Granda, e che invece dopo la pulitura si rivela essere uno scorcio di

Milano investito dalla modernità, fitto di ciminiere rappresentate con grande concretezza, nonostante il pittore allora "ormai avesse sulle spalle 14 anni di montagna", come ebbe modo di scrivere lo stesso Segantini nel 1897 a Vittorio Pica. Tra le vie della città, due portantini sorreggono una barella invitando lo spettatore a meditare sulla morte, sempre secondo la Poletti, o forse, come più comunemente avviene nelle effigi della galleria dei benefattori, una rappresentazione concreta degli effetti della beneficenza, cioè il trasporto di un malato all'ospedale.



Giovanni Segantini, *Ritratto di Carlo Rotta* (1895).

*La dottoressa Silvia Carnevale, addetta alla segreteria del Direttore scientifico della Fondazione, ha lasciato recentemente la sua attività per entrare a far parte del Monastero di San Benedetto.*

*Ricordandola esemplarmente vicina all'ispirazione religiosa nella consuetudine di lavoro e di incontro, ne riportiamo una testimonianza in materia di partecipazione, di solidarietà con "l'Altro", nel dialogo-intervista che segue.*

## *Cura, preghiera e pacificazione: l'esperienza della Comunità di Sant'Egidio*

SILVIA CARNEVALE a ULDERICO MAGGI DELLA COMUNITÀ DI SANT'EGIDIO

*Sarebbe bello far conoscere ai lettori della Ca' Granda la storia della Comunità di Sant'Egidio a partire dall'esperienza concreta di una persona, come te, che ad essa ha dedicato buona parte della sua vita. Potresti raccontacela?*

La Comunità di Sant'Egidio nasce a Roma nel 1968, all'indomani del Concilio Vaticano II. Oggi è un movimento di laici a cui aderiscono più di 50.000 persone, impegnato nella comunicazione del Vangelo e nella carità a Roma, in Italia e in più di 70 Paesi dei diversi continenti. Pur adattandosi ai diversi contesti in cui si trovano, tutte le Comunità di Sant'Egidio presenti nel mondo si riconoscono in alcuni principi ispiratori: innanzitutto la preghiera. La preghiera è un cammino in cui si diventa familiari con le parole di Gesù e la sua preghiera, con quella delle generazioni che ci hanno preceduto, come nei Salmi, mentre si portano al Signore le necessità proprie e dei poveri, i bisogni del mondo intero. È per questo motivo che le Comunità, a Roma e in altre parti d'Italia, d'Europa o del mondo, si riuniscono il più frequentemente possibile per pregare assieme.

Altro tratto caratteristico di Sant'Egidio, autentico fondamento e impegno quotidiano fin dagli inizi, è il servizio ai più poveri, vissuto nella forma dell'amicizia. I primi studenti che nel '68 presero a riunirsi attorno alla Parola di Dio, sentirono come il Vangelo non poteva essere vissuto lontano dai poveri. Nacque così il primo dei servizi della Comunità: la scuola popolare, che si chiamava così perché non

era solo un doposcuola per i bambini emarginati delle baraccopoli romane, come il "Cinodromo", lungo il Tevere, nella zona sud di Roma. Da allora le scuole si sono moltiplicate, a Roma e in tutte le città in cui è presente la Comunità, con un'attenzione particolare ai bambini più svantaggiati e in condizione più difficile. Col tempo, questa amicizia si è allargata ad altri poveri: handicappati, fisici e mentali, persone senza fissa dimora, stranieri immigrati; e a diverse situazioni: carceri, istituti per anziani, campi nomadi, campi per rifugiati. Lungo questi anni si è sviluppata una sensibilità verso ogni forma di povertà, vecchia e nuova o emergente, come anche verso povertà non tradizionali, come quella rappresentata in molti Paesi europei da anziani soli anche quando benestanti.

*Grazie per questa panoramica sulla storia della Comunità che è sempre molto affascinante per la sua concretezza; tuttavia partendo dall'idea che i nostri lettori sono molto interessati a tutti gli aspetti legati ad attività che esprimano l'attenzione all'altro attraverso la cura, credo che per aiutarli a comprendere in maniera più immediata lo spirito della Comunità di Sant'Egidio sarebbe davvero utile poter conoscere meglio la storia e il suo attuale andamento del Progetto DREAM su cui la nostra Comunità ha investito fin dall'origine le sue più qualificate energie. Potresti raccontarcene la genesi e gli aspetti più salienti?*

Pensando alla realtà della Ca' Granda, che tu mi hai evidenziato, ovvero all'attenzione all'altro attraverso

so la cura, richiamerei il programma DREAM (Drug Resource Enhancement against AIDS and Malnutrition): è un programma ad approccio globale per curare l'AIDS in Africa avviato nel gennaio 2002 dalla Comunità di Sant'Egidio e presente oggi in Mozambico, Malawi, Tanzania, Kenya, Guinea Conakry, Guinea Bissau e Repubblica Democratica del Congo.

Il programma, come dice la sigla, è figlio di un sogno: il sogno di un approccio diverso all'AIDS e all'intero universo sanitario africano, un sogno libero dalle catene dell'afropessimismo e di quel minimalismo che molto spesso si applica all'Africa.

DREAM è infatti innanzitutto un atteggiamento differente di fronte all'Africa. È un'iniezione di fiducia e di speranza che l'AIDS può essere combattuto, e proprio in Africa. Per lunghi anni le agenzie internazionali, le ONG, etc., hanno tentato di applicare nell'Africa subsahariana modelli di intervento quasi esclusivamente preventivi. Ma la sola prevenzione non ha funzionato. Prevenire è importante, ma non è stato, e non può essere, sufficiente. Un'azione di prevenzione dell'infezione da HIV e una terapia dell'AIDS si rivelano oggi entrambe necessarie per contrastare la forza di progressione dell'epidemia in Africa.

DREAM è concepito per l'eccellenza delle cure e della diagnostica, dell'organizzazione e dell'informatizzazione, propone gli standard occidentali, utilizzando di routine la valutazione della carica virale, o introducendo la Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART), l'attuale *golden standard* nel trattamento dell'infezione da HIV, per tutti i pazienti che ne hanno bisogno.

DREAM è gratis. È importante che tutte le prestazioni sanitarie offerte, dalla diagnostica al supporto nutrizionale, dall'educazione sanitaria alla terapia convenzionale di infezioni opportunistiche, siano offerte in regime di totale gratuità.

DREAM punta alla massima accessibilità: in Africa, il problema da superare è proprio quello dell'estrema difficoltà d'accesso delle popolazioni ai centri di salute. Il personale coinvolto nel programma si adopera non solo per accogliere chi venga a chiedere cure, ma anche per andare a cercare quei pazienti che si rivelino a rischio di dispersione.

Problema principale resta certamente quello della

difficoltà di implementare, in sistemi sanitari a risorse limitate come quelli africani, la complessa assistenza richiesta per l'infezione da HIV/AIDS. Occorre pertanto costruire una strada innovativa in questo campo, tenendo conto delle peculiarità africane e della necessità di strutture agili e leggere. L'AIDS è senz'altro un problema, una crisi, ma, come tutte le crisi, porta con sé una opportunità, quella di rinnovare profondamente e radicalmente i sistemi sanitari africani. L'AIDS ci costringe, di fatto, a ripensare cosa può e deve essere l'assistenza in Africa.

*Possiamo quindi vedere DREAM come la declinazione fattiva dell'impegno per la pace che la Comunità cerca di realizzare! Sarebbe molto bello a questo punto che tu potessi far conoscere più da vicino ai nostri lettori l'attività svolta dalla Comunità più strettamente in favore del processo di pacificazione in Mozambico ed in altre zone del mondo.*

L'amicizia con i poveri ha condotto Sant'Egidio a comprendere meglio come la guerra sia la madre di tutte le povertà. È così che amare i poveri, in molte situazioni, è diventato lavorare per la pace, per proteggerla dove è minacciata, per aiutare a ricostituirla, facilitando il dialogo, là dove è andato perduto. I mezzi di questo servizio alla pace e alla riconciliazione sono quelli poveri della preghiera, della parola, della condivisione di situazioni di difficoltà, l'incontro e il dialogo. Anche dove non si può lavorare per la pace, la Comunità cerca di realizzare la solidarietà e l'aiuto umanitario alle popolazioni civili che più soffrono a causa della guerra.

Sono questi, forse, gli aspetti più conosciuti di Sant'Egidio, quelli di cui anche i mass media a volte parlano senza metterne sempre in luce, come capita, la continuità con l'aiuto ai più poveri presente nella Comunità fin dai suoi inizi.

Fin dagli anni '80, il grido di dolore che si leva dal Sud del mondo, e in particolare dall'Africa, giunge a Sant'Egidio attraverso le richieste e i racconti di vescovi, missionari e amici della Comunità. La Comunità invia aiuti umanitari in molti Paesi del Sud. Ma la guerra è una realtà brutale che annienta ogni sforzo di cooperazione.

La storia della solidarietà con il Mozambico rappresenta per Sant'Egidio un'Africa abbandonata in preda a un conflitto che, oltre a causare innumere-

voli vittime, rende difficili i tentativi di alleviare la sofferenza della popolazione durante le carestie della seconda metà degli anni Ottanta. L'amicizia con don Jaime Gonçalves, arcivescovo di Beira città del centro del paese, aiuta a comprendere la sofferenza di un popolo tra guerra e carestia.

Sarebbe lungo qui ripercorrere le tappe del lungo cammino negoziale che ha portato, il 4 ottobre 1992, alla firma del trattato di pace, pace che per altro regge tuttora dopo 14 anni. Potremmo però ricordare qui la frase di un grande papa del nostro tempo, Giovanni XXIII, che ha guidato i colloqui e la stesura dell'accordo di pace: "preoccupiamoci di cercare quello che unisce piuttosto che quello che divide". Una frase che sintetizza un metodo: cercare la riconversione dalla cultura di chi si combatte, cultura di guerra o di guerriglia, alla cultura politica; affrontare il problema della "patologia della memoria", da sanare tramite le trattative stesse, che assumono così la caratteristica di un vero e proprio addestramento alla vita civile e alla democrazia. Ogni belligerante finisce per essere prigioniero della memoria, quella dei torti subiti, delle vittime avute, del tempo passato a fare la guerra. Combattere diviene una specie di cultura esistenziale da cui è necessario aiutare a uscire, per condurre il conflitto sul terreno della politica. Tale è lo scopo di ogni trattativa: far sorgere nelle parti il gusto, l'aspettativa per il futuro comune: in una parola il fascino della pace. Così è stato per il Mozambico e per altre azioni di sostegno alle trattative di pace: Algeria, Albania, Kosovo, Guatemala, Burundi, Costa d'Avorio, Guinea Bissau.

*Far nascere nelle parti il gusto della pace, davvero una bella sfida! A questo punto credo che i nostri lettori siano davvero desiderosi di conoscere più a fondo e da vicino attraverso le tue parole i principi ispiratori che guidano da sempre la Comunità nel costruire e coltivare i legami di conoscenza, di amicizia e di mutuo supporto tra persone provenienti da contesti culturali differenti tra loro.*

L'amicizia tra persone di culture e nazioni differenti è il modo quotidiano in cui si esprime la fraternità internazionale di Sant'Egidio, che è al tempo stesso apertura al mondo e appartenenza ad un'unica famiglia umana.

In un mondo che, ormai nel terzo millennio, esalta i confini e le differenze, nazionali e culturali, fino a farne motivo antico e nuovo di conflitto, le Comunità di Sant'Egidio testimoniano l'esistenza di un destino comune non solo dei cristiani, ma di tutti.

Convivenza, accoglienza e pace sono tutt'uno: è infatti da sottolineare l'aspetto drammatico di un'immigrazione che proviene da zone di guerra, oltre che di grande povertà. La guerra, che a noi pare così lontana, torna a divenire una realtà prossima alle nostre società europee opulente, che hanno dimenticato i drammi del passato e guardano con distrazione a quelli di oggi. È la dote che i numerosi rifugiati portano con sé: storie di chi ha dovuto abbandonare tutto e affrontare le incognite di un viaggio pericoloso verso terre dove c'è la pace. La Comunità se ne fa carico, lavorando per l'accoglienza agli immigrati e trasmettendo la proposta di una società pacifica nelle città europee, così come alle giovani generazioni. Si tratta dell'educazione alla cultura della coabitazione e dell'integrazione, fondata sui valori della convivenza e della pace. Per questo il movimento creato da Sant'Egidio con le Comunità straniere porta significativamente il nome di "Genti di pace".

*Il tema dell'educazione alla convivenza pacifica tra popoli di diverse culture è sempre stato particolarmente a cuore a tutti i Pontefici di questi ultimi anni ed in modo particolare a Papa Giovanni Paolo II che, se non ricordo male, aveva organizzato negli anni '80 un incontro di preghiera invitando sia i rappresentanti di tutte le Confessioni Cristiane che i leader religiosi di tutte le altre religioni del mondo. Quest'esperienza avrà di sicuro segnato anche la Comunità o forse, dato il suo specifico carisma, l'avrà investita del ruolo di depositaria dello spirito di questa esperienza...*

Il 27 ottobre 1986, fu convocata da Giovanni Paolo II una giornata mondiale di preghiera per la pace, ad Assisi, a cui presero parte i rappresentanti di tutte le grandi religioni mondiali. Vi parteciparono 50 rappresentanti delle Chiese cristiane (oltre ai cattolici) e 60 rappresentanti delle altre religioni mondiali. Per la prima volta nella storia si realizzava un incontro come questo.

L'intuizione del Papa fu semplice e profonda: riuni-

re i credenti di tutte le religioni mondiali nella città di San Francesco, ponendo l'accento sulla preghiera per la pace, l'uno accanto all'altro, di fronte all'orrore della guerra. Disse il Papa in quell'occasione: "È in sé un invito fatto al mondo per prendere coscienza che esiste un'altra dimensione della pace e un altro modo di promuoverla, che non sono il risultato di trattative, di compromessi politici, economici".

La Comunità di Sant'Egidio ha continuato a vivere lo spirito di quella giornata, raccogliendo l'invito finale del Papa in quello storico incontro: "Continuiamo a diffondere il messaggio della pace e a vivere lo spirito di Assisi".

Da allora, attraverso una rete d'amicizia tra i rappresentanti di differenti fedi e culture in oltre 60 Paesi, la Comunità ha promosso un pellegrinaggio di pace, che ha fatto sosta, d'anno in anno, in diverse città europee e mediterranee; per due volte (1993 e 2004) anche qui a Milano.

Nella lettera inviata all'incontro di quest'anno, di nuovo ad Assisi, Benedetto XVI ha affermato: "la pace va costruita nei cuori. Qui infatti si sviluppano sentimenti che possono alimentarla o, al contrario, minacciarla, indebolirla, soffocarla. Il cuore, pertanto, è il luogo degli interventi di Dio".

Sentiamo che il grande compito delle religioni è costruire la pace nei cuori. Per esse la pace, anche nel mezzo della guerra, resta un'aspirazione irrinunciabile, il sogno di un mondo finalmente umano. La politica, la cultura, le relazioni tra popoli come la vita quotidiana, hanno bisogno di spirito, di soffio: di sogni di pace, della prospettiva di un futuro migliore e più giusto da costruire.

*Il cammino fatto fino ad oggi dalla Comunità e descritto così entusiasticamente nelle tue parole è stato, quindi, pieno e intenso sia sul piano dell'azione che su quello della contemplazione e della vita di fede! Prima di lasciarci sarebbe davvero prezioso poter ricevere, guardando al futuro, qualche spunto sulle possibili evoluzioni delle nostre società e sul ruolo che movimenti come la Comunità svolgeranno al suo interno.*

Scriveva Giovanni Paolo II nella *Novo Millennio Ineunte*: "... si pone la grande sfida del dialogo interreligioso, nel quale il nuovo secolo ci vedrà ancora impegnati (..) Il dialogo deve continuare".

Questa è la sfida che si pone di fronte a noi, sugli scenari internazionali come nelle nostre città, nella vita quotidiana. Le religioni hanno affratellato popoli diversi. Possono continuare a farlo e a farlo su più ampi scenari, con braccia più larghe. Oggi la pace ha bisogno che si impari a vivere insieme tra gente diversa. Ovunque c'è questa sfida: o vivere insieme nel rispetto della libertà altrui, oppure scivolare, attraverso una cultura del conflitto, in veri e propri scontri.

Le religioni possono fare molto in questo senso: il nostro è un mondo che sempre più, caduti altri ideali, guarda alla religione alla ricerca di un sistema di valori e di una guida. Sempre più allora esperienze come quella di Sant'Egidio possono lavorare perché si rafforzi la cultura della convivenza, della stima reciproca, della pace.

## *Nel ricordo di due maestri*

*I professori Ruggero Caputo, Ordinario, direttore della Scuola di Specializzazione in Dermatologia e Venereologia e Giorgio Pardi, Ordinario di Clinica Ostetrica e Ginecologica e direttore del Dipartimento per la Salute della donna, del bambino e del neonato - entrambi docenti dell'Università degli Studi di Milano - ci hanno recentemente lasciato.*

*La Ca'Granda li ricorda con due scritti di loro autorevoli colleghi, legati ai maestri scomparsi da un sodalizio professionale e umano di lunga data.*

*A nome della Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, devo esprimere, oltre al dolore per la perdita di due primari, avvenuta nel pieno della loro attività, la sensazione di vuoto che inevitabilmente crea la mancanza di due figure di così elevata qualità sotto il profilo scientifico e didattico.*

*Personalmente posso aggiungere di essere stato testimone del prestigio e della stima di cui godevano i professori Caputo e Pardi, attraverso le innumerevoli attestazioni di ammirazione, di gratitudine e di affetto che anche a me sono state trasmesse dai loro colleghi, dai loro assistenti e collaboratori, dagli allievi e dai pazienti.*

*Raccogliere la loro eredità non sarà facile, ma è certo un imperativo cui non ci si potrà sottrarre.*

*Carlo Tognoli*

## *Ruggero Caputo*

ELVIO ALESSI, CARLO GELMETTI

L'improvvisa e prematura scomparsa il 24 maggio 2007 di un illustre dermatologo, quale sicuramente è stato Ruggero Caputo, lascia un grande vuoto in tutti quelli che l'hanno conosciuto ed ancora di più in quanti hanno lavorato con lui per molti anni.

Il prof. Caputo ha avuto una carriera accademica eccezionalmente brillante e tre grandi maestri, il prof. Agostino Crosti, il prof. Vittorio Puccinelli e il prof. Ferdinando Gianotti. Dopo essersi iscritto alla Facoltà di Ingegneria per compiacere i genitori, Caputo capisce ben presto di non essere tagliato per i numeri ed imbecca dopo sei mesi la strada della Medicina. Dopo la laurea, si appassiona alla microscopia elettronica che pratica assiduamente nell'Istituto di Farmacologia. Si specializza rapidamente in Dermatologia e Venereologia e si trasferisce

quindi stabilmente nella gloriosa Clinica Dermatologica di via Pace, allora diretta dal prof. Crosti. Sotto la sua guida, Caputo applica la nuova metodica allo studio dell'ultrastruttura della cute normale e patologica ed in particolare allo studio delle istiocitopatie e in breve tempo diviene l'esperto di riferimento non solo italiano ma mondiale per la corretta classificazione di queste rare patologie. Si dedica in seguito, sotto la guida di Gianotti, allo studio delle dermatosi del lattante e del bambino ed anche in questo campo non tarda ad emergere come dermatologo pediatra di fama internazionale. Siamo nel 1984 e Ruggero Caputo viene proposto da Puccinelli come degno suo successore, proposta accolta all'unanimità dalla Facoltà di Milano, e a soli 46 anni diviene il più giovane professore ordinario

della dermatologia italiana e il responsabile della 1<sup>a</sup> Clinica Dermatologica in un ospedale di grande prestigio, l'Ospedale Maggiore di Milano.

Eccezionalmente brillante è la sua attività in campo didattico, scientifico e clinico anche dopo aver raggiunto l'ordinariato. Nel campo della didattica, Caputo, che è un lavoratore instancabile, si dedica con passione all'insegnamento sia per gli studenti del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, sia per gli specializzandi in Dermatologia e Venereologia, accoglie i molti studiosi stranieri che chiedono di soggiornare a Milano per approfondire specifici problemi e organizza numerosi seminari volti all'educazione medica continua.

Nel campo della ricerca, crea in via Pace il Centro di Immunopatologia Dermatologica per lo studio non solo delle malattie cutanee a patogenesi autoimmune ma anche delle patologie linfoproliferative primitive della cute, che è oggi un'importante struttura di riferimento a livello italiano ed europeo. Nel campo dell'assistenza Caputo fonda il Centro per lo studio delle malattie cutanee ereditarie (CMCE), ed il Centro di Cosmetologia Dermatologica. Il CMCE è il primo centro italiano ad essere costituito ed ha sviluppato, tra le altre attività, la tenuta del Registro italiano delle Epidermolisi Bollose e delle Ittiosi, oltre ad essere un importante punto di riferimento regionale e nazionale per molte malattie rare. Il Centro di Cosmetologia Dermatologica è la prima struttura pubblica per lo studio e la cura dei gravi inestetismi cutanei.

Di non minore importanza è l'attività organizzativa di Caputo. Organizza a Milano importanti Congressi, fra i quali va in particolare ricordato quello mondiale di Dermatologia Pediatrica nel 1990 e crea le Giornate Milanesi Internazionali di Dermatologia giunte quest'anno alla 21<sup>a</sup> edizione. In queste occasioni venivano invitati ogni anno due importanti dermatologi di fama mondiale per comunicare direttamente ai dermatologi milanesi e lombardi (e non solo!) le loro più aggiornate esperienze.

Nel campo degli incarichi ufficiali, Caputo è stato per ben 15 anni membro del comitato direttivo della Lega Internazionale delle Società Dermatologiche, massimo organo mondiale che organizza e dirige tutta la comunità scientifica della specialità ed assegna i Congressi mondiali e ne designa i lettori. Tra

gli altri incarichi di prestigio, ricordiamo la presidenza dell'International Society of Dermatopathology e della Società Italiana di Dermatologia e Venereologia. Caputo inoltre è stato illustre membro del board dell'European Academy of Dermatology and Venereology e della American Academy of Dermatology.

La sua produzione scientifica ed editoriale è cospicua: quasi 400 lavori scientifici e libri in italiano e in inglese, fra cui sono di grande rilievo i quattro volumi di "Pediatric Dermatology and Dermatopathology".

Molte altre cose si potrebbero dire, come delle numerose lettere ricevute da tutto il mondo dopo la sua morte.

Dopo di ciò, quanto sopra esposto è più che sufficiente per ribadire che la prematura morte del prof. Ruggero Caputo lascia un vuoto difficile da colmare per la dermatologia di tutto il mondo, per la nostra prestigiosa Università, per una struttura altrettanto prestigiosa, la nostra Fondazione e per "la via Pace" che ne ricorderà per sempre la cortesia con i pazienti, la disponibilità con i colleghi e la cordialità con tutti i collaboratori.

## *Giorgio Pardi*

GUIDO COGGI

Esistono Uomini la cui morte non va commemorata: è la loro vita che, quando scompaiono, deve essere celebrata.

Così è per Giorgio Pardi.

Uomo fantasioso, sognatore, dalla sincerità sfrontata e tuttavia ingenua, generoso ma estremamente esigente, possessivo, amante della vita.

Un uomo che amava percorrere nuove vie, additarle agli altri, meravigliandosi che non le vedessero.

Esuberante fino all'exasperazione, e tuttavia gentile e non di rado fragile – sì, fragile – nelle pieghe segrete della sua vita. Capace, con le sue idee, di dare scandalo e di accettarne le conseguenze.

È uomo di cultura, di pensiero, capace di crearsi, lui,

uomo di azione, di impulsi, di passione, uno spazio per una cultura fatta di curiosità, di elaborazioni, di esplorazioni nel pensiero dell'impegno sociale.

Uomo ricco di una specialissima fede incrollabile nella vita, intesa come continua nascita di idee, di impulsi, di bambini. Una fede che lo rendeva capace, lui laico, di capire, quando ciò accadeva, la tristezza del fallimento e della sconfitta della vita.

In questa fede si ritrova lo spessore etico, certamente coerente con la sua laicità, della sua vita e della sua professione.

Della complessità e criticità delle sue posizioni era conscio, ma accettava il dialogo volentieri, anche su temi così controversi.

Aveva una deferenza quasi sacra per l'Accademia, e lo si vedeva quando spesso, nelle sedute di Facoltà, richiamava i colleghi, ancora una volta con passione, al rispetto dei valori, delle idee, della qualità, dell'eccellenza scientifica e didattica. L'Università era la sua vita e da universitario si è sempre comportato.

Ha cresciuto i suoi allievi ad una scuola di rigida disciplina ma anche di libertà intellettuale, difendendoli, quando necessario, come una leonessa difende i suoi cuccioli. Ne era orgoglioso, perché la sua era una scuola fatta di sapere, certo, di professione, di accademia, ma anche e soprattutto di umanità, di sentimenti, di valori.

Insegnante capace di affascinare gli studenti, era aperto alle innovazioni, di cui si fece un paladino entusiasta.

Nato ricercatore sperimentalista, sviluppò, tra i primi, la medicina fetale alla quale rimase fedele per tutta la sua vita. Ricercatore prima sulla elettrofisiologia del cuore del feto, intravide tra i primi al mondo le enormi potenzialità tecnologiche ed applicative della ecografia, e si dedicò allo studio del circolo materno-fetale. Nell'ultimo anno aveva intuito (ancora una volta, l'uomo delle nuove vie) l'importanza della biologia molecolare come strumento di ulteriore approfondimento scientifico. La sua vita di ricercatore è contraddistinta, anch'essa, dalla passione: l'amore per una nuova idea, la gioia di un pensiero nuovo erano motivo di felicità e di entusiasmo, che magicamente contagiava i suoi allievi e quanti incontrava sulla sua via.

Viveva i suoi nascituri come fossero suoi figli: la sua battaglia per l'autonomia della medicina fetale

nasceva anche da questo suo impegno per la individualità del feto, sano o sofferente che fosse. Per la dignità del feto e della mamma.

Giorgio era anche uomo politico, capace di progettare, di pianificare, di organizzare. Il suo sogno della rete ostetrica milanese fu uno dei grandi progetti cui si dedicò anima e corpo, con passione, convinto com'era che ci competeva pensare e ragionare sui grandi temi della sanità, sulle sue trasformazioni. Quando fu trasferito al Polo dell'Ospedale San Paolo, rimodellò letteralmente la Divisione, riorganizzandola e facendone un punto di forza.

La rinascita dell'Ospedale San Paolo, negli anni 90, si deve in gran parte a lui. Furono anni bellissimi, ricchi di entusiasmo e di passione, con Giorgio Vogel, con Carlo Uslenghi, con Angelo Agostoni prima e Mauro Podda poi, con Marcello Giovannini, e tanti altri, era nato un gruppo di uomini pronti a sfidare l'impossibile. E Giorgio era tra i più attivi, vivaci, stimolanti, sempre portatore di progetti innovativi.

Il passaggio alla Clinica Mangiagalli fu da lui vissuto con grande trepidazione e fra mille dubbi: da una parte il desiderio di tornare alla casa del suo maestro, dall'altra la paura di lasciare il regno che aveva costruito, dall'altra ancora la tentazione irresistibile di misurarsi in una nuova sfida. E anche qui, in Mangiagalli, ripropose le sue idee, riversandovi quell'entusiasmo e provocando non di rado quel turbamento che ogni sua nuova impresa suscitava.

La sua esuberante passione in ogni sua intrapresa ne faceva certamente un uomo controverso, di difficile lettura, complesso, impulsivo, irruento, il che gli attirava critiche malcelate o addirittura palesi. Ma questo è il prezzo che i grandi uomini pagano per essere appunto tali.

Ed un bilancio tra i suoi pregi e i suoi difetti è certamente a favore dei primi, tanta è l'iridescenza della sua vita.

Ecco, caro Giorgio, come celebriamo oggi la tua vita. Ecco come cominciamo a capirti e come continuiamo a volerti bene.

# *Dalla nostra unità ospedaliera: il trimestre*

## *La Messa dei Benefattori*

Novembre, il mese che dedica particolare memoria ai defunti ha portato la nostra comunità ospedaliera a raccogliersi, come ogni anno, in un momento di meditazione, di preghiera e suffragio per ricordare quanti fra i benefattori, gli amministratori, i visitatori, i volontari e i dipendenti della nostra istituzione ci hanno lasciato.

Una Santa Messa è stata concelebrata e presieduta da mons. Piero Cresseri, rettore vicario del nostro Ospedale.

Ne riportiamo qui l'omelia.

*«E rimaniamo là in piedi, vivi e miserabili, vicino a quella tomba davanti alla quale, se non si sa pregare, nessun gesto è possibile.*

È una frase di François Mauriac.

Ci dice, in altre parole, che la morte non può essere emarginata dalla nostra esperienza umana: è parte integrante di essa. Ci dice anche che solo attraverso la preghiera noi possiamo conservare quella luce che ci è stata donata, per poter vedere bene il futuro che ci attende.

Mi auguro che questo nostro incontro annuale nel mese di novembre sia conservato nella memoria con la celebrazione della Santa Messa in suffragio di tutti i benefattori, amministratori, visitatori, volontari e dipendenti defunti che si sono succeduti nei 550 anni di vita dell'Ospedale. Abbiamo un dovere di riconoscenza per la loro dedizione, il loro servizio, la loro vita.

Della liturgia odierna a suffragio dei defunti, vorrei quest'anno brevemente evidenziare il messaggio attraverso quattro orazioni che il celebrante, a nome dell'assemblea dei fedeli, recita.

Prima di tutto la liturgia funebre ci ricorda fortemente la Pasqua di Cristo; cioè solo con la Morte e la Risurrezione del Figlio di Dio è stato vinto il demonio, il peccato dell'uomo, di tutti gli uomini; definitivamente è stato sconfitto il demonio e con lui la morte, che dolorosamente “continua a domi-

nare in questa vita terrena”.

È inoltre sottolineato il dono della misericordia di Dio che “rivolge uno sguardo di perdono ai suoi servi”. Solo la pietà divina perdona i peccati.

Si chiede infine a Dio di donare a coloro che hanno lasciato questo mondo la gioia di gustare la “dimora dove risplende in eterno la gioia serena della luce senza tramonto”.

Anche noi oggi affidiamo alla bontà di Dio i nostri cari perché possano gustare la visione beatificata del Paradiso.

Ma vorrei, a conclusione, leggersi un pensiero sulla morte di un grande Arcivescovo e poi Papa, Giovanni Battista Montini – Paolo VI, che qui nella chiesa dell'Annunciata è stato parroco e ha celebrato diverse volte l'Eucaristia.

Questa riflessione è contenuta in una sua meditazione intitolata “Pensiero alla morte”; testo di altissimo profilo spirituale e, direi anche, pedagogico, come tra l'altro il suo testamento, che io rileggo ogni anno facendo la verifica spirituale e al quale – sia permesso questo riferimento personale – mi sono ispirato per scrivere il mio testamento.

Sempre, confidenzialmente, vi invito a scrivere il vostro testamento, se non l'avete ancora fatto; non perché avete da destinare chissà quali fortune terrene, ma come forma di distacco dalle “cose di questo mondo”, perché ad esse facilmente possiamo attaccare il cuore.

Infatti, nessuno di noi è fatto per rimanere qui, ma siamo tutti creati per un altro mondo.

Ebbene Paolo VI così scrive sulla “morte”:

*Di solito la fine della vita temporale, se non è oscurata da infermità, ha una fosca chiarezza: quella delle memorie, così belle, così attraenti, così nostalgiche e così chiare ormai da denunciare il loro passato irrecuperabile e per irridere al loro disperato richiamo. Vi è la luce che svela la delusione d'una vita fondata su beni effimeri e su spe-*

ranze fallaci. Vi è quella di oscuri e ormai inefficaci rimorsi. Vi è quella della saggezza che finalmente intravede la vanità delle cose e il valore delle virtù che dovevano caratterizzare il corso della vita; “vanitas vanitatum”. Vanità delle vanità.

*Quanto a me* – dice sempre Paolo VI – *vorrei avere finalmente una nozione riassuntiva e sapiente sul mondo e sulla vita: penso che tale nozione dovrebbe esprimersi in riconoscenza: tutto era dono, tutto era grazia; e come era bello il panorama attraverso il quale si è passati; troppo bello, tanto che ci si è lasciati attrarre e incantare, mentre doveva apparire segno e invito. Ma, in ogni modo, sembra che il congedo debba esprimersi in un grande e semplice atto di riconoscenza, anzi di gratitudine: questa vita mortale è, nonostante i suoi travagli, i suoi oscuri misteri, le sue sofferenze, la sua fatale caducità, un fatto bellissimo, un prodigio sempre originale e commovente, un avvenimento degno di essere cantato in gaudio e gloria: la vita, la vita dell'uomo!*

*Ti saluto* – Paolo VI si riferiva alla vita – *e ti celebro all'ultimo istante, sì, con immensa ammirazione; e, come si diceva, con gratitudine: tutto è dono; dietro la vita, dietro la natura, l'universo, sta la Sapienza; e poi, lo dirò in questo commiato luminoso, (Tu ce lo hai rivelato, o Cristo Signore) sta l'Amore! La scena del mondo è un disegno, oggi tuttora incomprendibile per la sua maggior parte, d'un Dio Creatore, che si chiama il Padre nostro che sta nei cieli! Grazie, o Dio, grazie e gloria a Te, o Padre! In questo ultimo sguardo mi accorgo che questa scena affascinante e misteriosa è un riverbero, è un riflesso della prima ed unica Luce; è una rivelazione naturale d'una straordinaria ricchezza e bellezza, la quale doveva essere un'iniziazione, un preludio, un anticipo, un invito alla visione dell'invisibile Sole, “che nessuno ha mai visto” (Gv. 1,18): “il Figlio unigenito, che è nel seno del Padre, Lui lo ha rivelato”. Così sia, così sia.»*

Presenti in chiesa per la Fondazione il presidente Tognoli, dirigenti e rappresentanze del personale religioso e laico.

## *Collaboratori che hanno lasciato il servizio nell'anno 2006*

*Giuseppe Alberto* (infermiere generico – Ospedale Maggiore); *Antonietta Alboreto* (operatore tecnico addetto all'assistenza – O. M.); *Genoveffa Alfarano* (ausiliaria specializzata – O. M.); *Vittorio Alfieri* (assistente amministrativo – O. M.); *Anna Americo* (operatore tecnico addetto all'assistenza – Istituti Clinici di Perfezionamento); *Anna Maria Are* (infermiera generica – O. M.); *Giuseppe Belloli* (collaboratore amministrativo professionale esperto – ICP); *Antonio Biondi* (operatore tecnico coordinatore – O.M.); *Valerio Bordoni* (infermiere generico – O.M.) *dott.ssa Laura Bossi* (dirigente medico parassitologo – ICP); *Idelma Brighenti* (coadiutore amministrativo – O.M.); *Marco Buitoni* (operatore tecnico – ICP); *dott.ssa Marinella Buratti* (dirigente chimico – ICP); *Sara Calmi* (tecnico di laboratorio – ICP); *Costantino Camardo* (ausiliario specializzato – ICP); *dott. Giorgio Cantù* (dirigente medico – ICP); *Girolamo Caruso* (assistente amministrativo – ICP); *Francesco Cesareo* (operatore tecnico specializzato – O.M.); *Pietro Chiari* (capo sala – ICP); *Rocco Ciamarone* (tecnico di laboratorio – O.M.); *Marco Colombo* (assistente amministrativo – O.M.); *Raffaele Colombo* (operatore tecnico – O.M.); *dott.ssa Raffaella Coppola* (dirigente biologo – O.M.); *Antonietta Cossu* (operatore socio-sanitario - ICP); *Bruno Crippa* (collaboratore amministrativo professionale esperto – ICP); *Giuseppe Cubadda* (tecnico radiologo – ICP); *Natala Currò* (ausiliaria specializzata – ICP); *Erminia Delmaestro* (infermiera generica – O.M.); *Lina Clementina Di Nuzzo* (operatore tecnico addetto all'assistenza – O.M.); *Raffaella Dossena* (collaboratore amministrativo professionale esperto – O.M.); *Giuseppina Fadda* (operatore tecnico – O.M.); *dott. Dario Fortis* (dirigente medico radiologo – O.M.); *Luigi Carlo Francia* (collaboratore amministrativo professionale – ICP); *Salvatore Frazzetto* (operatore socio sanitario – ICP); *Maria Furlan* (collaboratore professionale sanitario esperto – O.M.); *Principia Gallicchio* (ausiliaria specializzata – O.M.); *dott.ssa Maria Gardumi* (dirigente medico cardiologo – O.M.); *Paolo Grassi* (collaboratore professionale

sanitario – O.M.); *Lucrezia Grazioli* (collaboratore professionale sanitario esperto – ICP); *Vincenza Guastamacchia* (infermiera generica esperta – ICP); *Giovanni Indino* (ausiliario specializzato – ICP); *Guido Lanfrit* (coadiutore amministrativo – ICP); *dott. Luigi Carlo Laurenzi* (dirigente medico patologo – O.M.); *Anacleto Locatelli* (collaboratore professionale sanitario esperto – O.M.); *dott.ssa Luigia Lombardi* (dirigente biologo – O.M.); *Maria Grazia Manfuso* (operatore tecnico addetto all'assistenza – ICP); *Antonia Manzi* (operatore tecnico addetto all'assistenza – ICP); *Maria Marzicola* (infermiera generica – O.M.); *Luciana Mascherpa* (coadiutore amministrativo esperto – O.M.); *Rita Masullo* (tecnico di laboratorio – O.M.); *Concetta Mennone* (ausiliaria specializzata – O.M.); *Maria Laura Millardi* (assistente amministrativo – O.M.); *Annunziata Minerva* (operatore socio sanitario – ICP); *Carmelita Montanaro* (ausiliaria specializzata – O.M.); *Renzo Oggioni* (operatore tecnico – O.M.); *Paolina Pala* (collaboratore professionale sanitario – O.M.); *Vincenza Paribello* (operatore socio sanitario – ICP); *Oronzo Pellegrino* (tecnico di laboratorio – ICP); *dott.ssa Claudia Pizzi* (dirigente biologo – O.M.); *Pietro Premoli* (operatore tecnico – O.M.); *Giuseppina Rinaldi* (operatore tecnico addetto all'assistenza – O.M.); *Ridella Romanazzi* (ausiliaria specializzata – O.M.); *Beniamino Sarcina* (operatore tecnico – ICP); *dott. Maurizio Spennacchio* (dirigente medico ostetrico-ginecologo – ICP); *Giovanni Stucchi* (assistente amministrativo – O.M.); *dott. Vito Tantalò* (dirigente medico Centro Trasfusionale – ICP); *Rosa Tarallo* (operatore tecnico addetto all'assistenza – O.M.); *dott.ssa Paola Bianca Tentoni* (dirigente medico – ICP); *Michele Tilloca* (operatore tecnico – ICP); *Riccardo Trapletti* (operatore tecnico – O.M.); *dott. Maurizio Travi* (dirigente biologo – ICP).

\*\*\*

### **Per non dimenticarli**

Un'altra perdita nella comunità della nostra Fondazione ospedaliera: ci ha lasciato *Giovanna Grioni*, collaboratore professionale sanitario presso gli Istituti Clinici di Perfezionamento.

Alla famiglia la sincera partecipazione della rivista.

## Recensioni

Sergio Pliteri, Pier Giuseppe Sironi - *Storia di un Clinico chirurgo* - M&B Editore, Milano 2005, pagg. 180, Euro 21,00.

Nei primi mesi del 2006, all'Università Statale è stato presentato un libro interessante e ben costruito dal titolo *Storia di un Clinico chirurgo*. Scritto da Sergio Pliteri e Pier Giuseppe Sironi con prefazione di Roberto Villani, racconta e documenta tutte le fasi entusiasmanti della vita e carriera di Gian Maria Fasiani: uno dei primi chirurghi italiani ad affrontare e approfondire gli interventi operatori sul sistema nervoso centrale e a stabilirne l'adeguata anestesia.

Ma oltre che per l'argomento rigorosamente scientifico riguardante la storia della Neurochirurgia e la biografia del protagonista, il libro si segnala anche per la garbata esposizione dei fatti dai quali emerge l'uomo Fasiani: scienziato ricercatore e insegnante, dall'aspetto serio e severo da mettere soggezione a chiunque, soprattutto agli studenti ai quali tuttavia diceva: *Spero di darvi esempio di bontà, di umanità e di carità: tramontati sono per sempre i tempi del chirurgo ispido e duro. Non è ammissibile che il chirurgo debba essere freddo come il suo tagliente; io credo invece debba ripiegarsi sul dolore, perché in tal modo gli sarà dato di sentire per intero la sua grande responsabilità e di esercitare in pieno la potenza del*

*suo soccorso.*

Sempre pacato anche negli interventi operatori più complessi, non disapprovava mai platealmente i suoi collaboratori. Al massimo li correggeva con modi di dire che poi sarebbero diventati proverbiale. Non era egocentrico, anzi prima di lui venivano gli altri; non gradiva ostentazioni di scienza o di ricchezza e quando si trovava in famiglia o lontano dal lavoro, era sereno, loquace, scherzava volentieri e si divertiva. Ne dà conferma questo episodio.

Una domenica, al cinema Angelicum Quirinetta, si proiettava un film di Gui Lefranc: *Il dottor Knock*. Si trattava di un medico che, nella provincia francese, era succeduto al vecchio collega commercializzandone la professione. Risanava e ammalava i sani combinandone, più o meno legalmente, di tutti i colori pur di far quattrini. Nei momenti più assurdi e grotteschi del film interpretato da Louis Jouvet, il pubblico scoppiava in fragorose risate; ma dietro a me ne spiccava una aperta cordiale divertita e simpatica. Nell'intervallo ho scoperto che quella risata era del professor Fasiani per l'occasione ritornato ragazzo e scanzonato. L'ho salutato e mi ha risposto, forse senza conoscermi, con la stessa cordialità della sua risata.

Il libro di Pliteri e Sironi merita un ultimo cenno per la sfilza di discepoli ed epigoni citati e descritti

con tratti essenziali. Soprattutto per uno come me che, pur non essendo chirurgo, li ha conosciuti e stimati tutti, dal maestro ai suoi aiuti assistenti e studenti, compresi autori e prefatore di questo libro, la sua lettura è stata gradevole e nostalgica immersione in tempi lontani, ancora molto attivi, in rapida e sempre più arricchita evoluzione.

Vincenzo Bevacqua

\*\*\*\*

Pietro Ramellini *Linee di etica ambientale*. Collana: Persona e Società, Paoline Editoriale Libri, Milano 2006, pagg. 122. Euro 9,00.

L'autore, laureato in scienze biologiche, è docente presso l'Università Pontificia "Regina Apostolorum" di Roma e in un liceo di Velletri.

Lo spunto per redigere questo libro è nato nell'ambito di un corso intitolato "Bioetica e ambiente" accolto molto favorevolmente dagli studenti, i quali hanno offerto la loro collaborazione per approfondire un argomento così ricco e attuale qual è l'etica ambientale.

Volutamente non vi è intento di sistematicità, ma tutto ruota attraverso alcune parole chiave che costituiscono i titoli delle sezioni. Il primo approccio è dato dalla testimonianza rilasciata all'autore

da una sua amica, la quale insieme alla propria famiglia aveva vissuto la duplice esperienza sia del mondo contadino nei dintorni di Roma, sia delle trasformazioni dalla gestione dei campi (che si andavano riducendo) a quella gestionale di una trattoria. Dai discorsi erano emerse, poco per volta, alcune importanti informazioni sull'ambiente, tenuto presente che il testimone non è soltanto una fonte di notizie, bensì una persona con le proprie vicende, idee e sentimenti.

Per ottenere maggiore chiarezza, si evidenzia una suddivisione e interazione fra scienze naturali con ecologia e etologia, nonché scienze umane con economia e etica, i cui collegamenti si riferiscono ai termini greci antichi: *oikos* (casa) e *ethos* (comportamento).

L'abilità di Pietro Ramellini consiste nel saper illustrare efficacemente il punto di vista e gli argomenti presi in esame dalle varie discipline.

Ciò che è logico può sembrare non giusto e viceversa; ma è proprio con l'analisi accurata che si ottiene di arrivare ad una comprensione soddisfacente. Quindi, al di là delle scelte terminologiche è possibile delimitare un ampio campo di studi. L'autore si domanda a pag. 22: "... In questo gioco di attrazioni e repulsioni disciplinari, dove andrebbe collocata una bioetica ambientale (o

ecologica)?" Perché questa ultima, come espressione nasconde dei problemi che occorre evidenziare e risolvere.

L'uomo ha enunciato molti proverbi; il testo più antico che porti questo argomento e la migliore testimonianza si reperiscono nella Bibbia. L'analisi critica dei proverbi costituisce una "summa" di esperienze, riflessioni, conclusioni o anche dilemmi insoluti che ben si adattano alla natura.

Lo studio del rapporto uomo-ambiente non è una materia nuova, ma è intuitivo trattarsi di una questione assai datata. La teoria antropocentrica che per anni ha dominato quasi incontrastata, poco per volta si è disgregata, perché ha messo in luce tutte le debolezze umane di fronte a una Natura che non perdona mai errori e temerarietà. Essa si avvale di forze invincibili. Quando l'uomo pensa di averla sottomessa, la Natura riesce a riappropriarsi dei suoi diritti e nulla è più in grado di fermarla. Se Dio è misericordioso e perdona sempre, se l'uomo è comprensivo e perdona qualche volta, la Natura è assoluta e prende sempre la sua rivincita. Le catastrofi alle quali assistiamo o partecipiamo quasi quotidianamente sono causate spesso dall'incuria, dalla sprovvedutezza e dalla deficienza di buon senso degli esseri umani. Se questi usassero in modo più proficuo la propria intelligenza, tecnica, volontà, soprattutto facendo tesoro

delle esperienze, eviterebbero di essere artefici e vittime delle proprie disgrazie. La lettura dei testi scritti dagli studiosi antichi come san Basilio di Cesarea, Origene, Plinio il Vecchio, sant'Ambrogio e altri, costituiscono fonti di indubbia bellezza e utilità pratica. Uno dei concetti più ricercati, particolarmente in Ambrogio, consiste in un finalismo complesso, non immediatamente utilitaristico. Talvolta, quando ci fermiamo alle apparenze e notiamo qualcosa di nocivo, dovremmo pensare che in realtà lo scopo può essere molto differente. Tutto ciò fa parte della biodiversità e, in scrittori dedicati a tale argomento, si nota una grande serenità che scaturisce dalla contemplazione della natura.

Un capitolo è dedicato al rapporto fra uomo e ambiente nell'Islam. Per esempio, le moschee stesse sono spazi chiusi e insieme aperti, dove questa apertura dà su cortili e giardini usufruiti per le abluzioni, in modo che i fedeli possano pregare tanto all'interno del tempio quanto all'esterno, scorgendo fra le arcate del colonnato il loro santo *mihrab* (la nicchia rivolta verso La Mecca). Ogni cosa è regolata assai severamente e religiosamente, perfino il rapporto uomo-ambiente-tempo è liturgizzato.

Un classico modello uomo-ambiente è il giardino: si tratta, nel mito, di un'immagine ideale. Ogni cultura ha elaborato una pro-

pria concezione di giardino. Dai paradisi mitici dell'antichità a quelli famosi (reali) pensili di Babilonia (una delle sette meraviglie del mondo), alle geometrie italiane, alla naturalezza e spontaneità di quelli inglesi, allo zen così essenziale; ancora diversi gli *horti conclusi* dei chiostri medioevali e, per concludere, i microgiardini dei moderni grattacieli e degli attici. Sono stati scritti molti testi tecnici, oppure poetici e di narrativa, dove il giardino gioca un ruolo da protagonista.

Un giardino ben curato è la gratificazione all'attività umana che tanto si è dedicata ad esso, è insieme pace e voglia realizzata di integrarsi con i colori dei fiori e dei frutti della natura, magari con il fresco zampillare di una fontanella ornamentale, lontano dal frastuono e dal caos.

Nel caso del giardino, l'uomo finalmente riesce a stare *dentro* l'ambiente, in un rapporto che non è né di sudditanza e neanche di predominanza, ma solitamente di piacere psicofisico.

L'altro importantissimo obiettivo dell'uomo è la cura dell'ambiente, intendendo il vocabolo *cura* nella sua più ampia eccezione.

È vero, come detto prima, che la natura è in grado di autoregolarsi e anche, talvolta di autocurarsi, per una sorta di autonoma *vis medicatrix*; ma se l'umanità comprendesse quanto può prendersi cura di essa oppure favorire il pro-

cesso di guarigione anziché ostacolarlo, la qualità di vita sarebbe migliore per tutti e più rosee le prospettive future. È necessario ricordare che il pianeta Terra è un essere vivente, esiste da milioni di anni prima che facesse la sua comparsa l'uomo, quindi va comunque sempre rispettato e amato.

Il libro, pur essendo fisicamente di piccole dimensioni, è assai ricco di concetti essenziali spiegati con grande chiarezza e modernità, diversi sono gli autori citati e numerose le idee per migliorare il nostro modo di considerare la natura e l'ambiente che ci ospita.

*Elisabetta Zanarotti Tiranini*

# Cronache amministrative

quarto trimestre 2006  
primo e secondo trimestre 2007

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**

- nomina del parroco di Bertonico e determinazioni in ordine al diritto di patronato relativo al medesimo beneficio parrocchiale di Bertonico;
- proposta di regolamento per il conferimento di incarichi di collaborazione secondo D.L. n.233 del 4.7.2006 convertito in legge n.248 del 4.8.2006;
- proposte di regolamento relativo al servizio di custodia di valori, oggetti e documenti dei degenti;
- proposta di regolamento interno di servizio per il personale esecutivo adibito al servizio di portineria ed alle direzioni del palazzo uffici;
- proposta di regolamentazione dell'albo dell'Ente;
- assetto organizzativo in materia di prevenzione dei danni alla salute derivanti dal fumo e regolamento;
- Associazione di volontariato A.M.E.A. (Associazione malattie epatiche autoimmuni): riconoscimento e presa d'atto della presenza all'interno della Fondazione;
- concorso di progettazione in attuazione dell'accordo di programma per la riqualificazione dell'area Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena: nomina della commissione giudicatrice.

## **b - direzione scientifica**

- DM/Salute 12/5/2006 - costituzione del nuovo Comitato Etico secondo i requisiti e gli indirizzi ivi previsti.

## **c - unità operativa risorse umane**

- riconoscimento e presa d'atto della presenza all'interno della Fondazione delle Associazioni di volontariato "La Ginestra" e "Progetto Alice Onlus per la lotta alla sindrome emolitico uremica (SEU)";
- "Associazione italiana familiari vittime della strada onlus" (A.I.F.V.S.): riconoscimento e presa d'atto della presenza all'interno della Fondazione e crea-

zione di un punto di ascolto;

- ratifica dell'Ordinanza presidenziale d'urgenza in data 23.5.2007 avente ad oggetto "D.P.R. 12.4.2006 n.184 Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi - provvedimenti generali organizzatori per l'esercizio del diritto di accesso ex art.1 comma 2"; approvazione del regolamento.

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

- approvazione documento preliminare alla progettazione per l'indizione del concorso di progettazione in attuazione dell'accordo di programma per la riqualificazione dell'area della Fondazione;
- redazione di uno studio di fattibilità per l'utilizzo dell'Abbazia di Mirasole: approvazione del protocollo d'intesa con il "Parco agricolo Sud-Milano" e il Comune di Opera.

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

- approvazione bilancio 2006;
- ratifica dell'Ordinanza presidenziale d'urgenza n.7 del 7.5.07 "Campagna promozionale a sostegno del "5 per mille" a favore della ricerca della Fondazione nell'occasione della manifestazione fieristica "Milano Checkup" (6-9/6/2007);
- regolamento per il conferimento di incarichi di collaborazione secondo il D.L. n. 233 del 4.7.2006 convertito in legge n. 248 del 4.8.2006: modifiche e integrazioni.

## **f - contributi e beneficenza**

- L'Associazione Laura Coviello ha donato al Centro trapianti di midollo un ecografo della ditta Esaote e l'Associazione "Genitori dei neonati ad alto rischio" ha offerto un densitometro osseo a ultrasuoni e tre sonde all'unità operativa di neonatologia e terapia intensiva neonatale.

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

**a - direzione amministrativa**

- determinazioni in merito alla nomina da parte della Fondazione dei componenti del Consiglio di Amministrazione e del Comitato tecnico scientifico del consorzio tra Ispes e Fondazione per il Centro di collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- copertura assicurativa della Fondazione per responsabilità civile verso terzi: determinazioni;
- trattamento economico del personale medico universitario;
- costituzione del Comitato trasfusionale ospedaliero per il buon uso del sangue presso il servizio di immunoematologia (C.T.O.);
- approvazione della convenzione tra la Fondazione e il Comune di Milano per lo svolgimento di attività ludico/educative a favore di minori ricoverati presso le divisioni pediatriche;
- convenzione con l'Università degli studi di Parma per lo svolgimento di tirocini di formazione ed orientamento;
- partecipazione del Centro S.V.S. (Soccorso Violenza Sessuale) della clinica Mangiagalli al progetto "Verso l'autonomia" promosso dalla Fondazione Caritas Ambrosiana;
- approvazione del regolamento relativo all'applicazione della normativa sul divieto di fumare negli ambienti confinati nelle pubbliche amministrazioni;
- progetto U.O.N.P.I.A.: "servizi territoriali, pediatria di libera scelta, costruzione di un network per la disabilità complessa infantile e le malattie rare": incarico di consulenza a U.I.L.D.M. (unione italiana lotta alla distrofia muscolare); corresponsione contributo a UONPIA partecipanti al progetto per acquisto di personal computer;
- 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 2006: approvazione relazione finale;
- servizio di assistenza alle vittime di violenza sessuale: indizione di selezione pubblica per il conferimento di un incarico di collaborazione coordinata e continuativa;
- convenzione con l'azienda ospedaliera ICP, ASL

Città di Milano, San Paolo e Centro Humanitas per l'espletamento del tirocinio pratico degli studenti del corso di laurea in Ostetricia;

- determinazioni in ordine alla approvazione del piano annuale delle attività di risk management per il 2007;
- dipartimento di medicina trasfusionale e di ematologia (D.M.T.E.) della città di Milano centro: designazione del nuovo coordinatore e sostituzione di alcuni componenti;
- partecipazione alla procedura negoziata per l'affidamento del servizio di sorveglianza sanitaria con l'attività di medico competente dei dipendenti della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano;
- costituzione del gruppo di lavoro per lo sviluppo del codice etico-comportamentale da adottare presso la Fondazione;
- servizio di sorveglianza sanitaria ai dipendenti dell'Amministrazione provinciale di Milano: proroga del contratto attivo per un periodo di dodici mesi;
- progetto europeo "SVELA", per la definizione di indicatori e modalità di presa in carico per la rilevazione della violenza domestica e sessuale nei confronti di donne: affidamento dell'incarico di rilevazione all'Associazione Casa di Accoglienza delle Donne Maltrattate di Milano;
- specificazione in ordine all'individuazione delle Unità operative semplici;
- aggiudicazione del servizio di rimozione degli automezzi parcheggiati senza permesso o in luogo vietato all'interno delle aree della Fondazione;
- transazione con la società Marangoni S.c.a.r.l.: approvazione dell'appendice relativa ai distributori automatici di bevande calde/fredde e di solidi in esubero rispetto all'originario atto di concessione del 1/16/2002;
- stipulazione di convenzione tra la Fondazione e CONSTEM (Consorzio Nazionale per la Ricerca sulle Cellule Staminali);
- obiettivi 2006 del direttore sanitario e del direttore amministrativo aziendali: determinazioni;
- Festa del Perdono 2007;
- determinazioni in ordine al servizio prevenzione ed igiene ospedaliera per la Fondazione;
- proroga del contratto e contestuale indizione di selezione per il servizio di rimozione/ bloccaggio degli automezzi parcheggiati senza permesso o in luogo vietato all'interno delle aree della Fondazione.

### ***b - direzione scientifica***

- istituzione di borse di ricerca relative a progetti vari;
- incarichi di varia natura nel contesto di programmi di ricerca;
- sperimentazioni e progetti a concorso vari;
- sperimentazioni cliniche di farmaci: approvazione di procedure operative per avvio sperimentazioni;
- accettazione del contributo di Euro 35.000,00 messo a disposizione dall'Associazione Italiana Celiachia Regione Lombardia onlus (ACI) per l'esecuzione del progetto di ricerca "Complicanze della malattia celiaca" sotto la responsabilità scientifica della dott.ssa M.T. Bardella;
- collaborazione della Fondazione ai progetti di ricerca finalizzata 2005: "Caratterizzazione e selezione di cellule staminali umane per terapia SLA (TERASLA)" e "Attivazione di cellule staminali endogene in animali con ictus spontaneo: modello di terapia riparativa (Atstam)" assegnati dal Ministero della Salute all'Istituto Auxologico Italiano;
- assegnazione dei finanziamenti relativi ai progetti a concorso 2007-2008 e istituzione di trentadue borse di ricerca e un contratto di collaborazione a progetto;
- contributo della Regione Lombardia a favore del Centro di riferimento per la fibrosi cistica – II Clinica pediatrica di Milano – Azienda ospedaliera "Istituti Clinici di perfezionamento", coordinatrice prof.ssa Carla Colombo: approvazione del verbale di concorso e conseguente assegnazione di una borsa di ricerca;
- progetto di ricerca "Organizzazione, gestione e governance dell'emergenza e urgenza dell'adulto e del bambino nel centro di una grande area metropolitana": conferimento di tre incarichi di ricerca;
- indizione di selezioni per borse di studio e incarichi vari;
- accettazione del contributo di Euro 24.000,00 disposto dalla società Biosafe per l'esecuzione del progetto di ricerca: "bancaggio di cellule staminali e medicina rigenerativa: analisi e sviluppo" sotto la responsabilità scientifica del dott. Paolo Rebullà – unità operativa medicina trasfusionale, terapia cellulare e criobiologia;
- accettazione del contributo di Euro 10.000,00 disposto dalla Società Schering-Plough s.p.a. per l'esecuzione del progetto di ricerca: "validazione di un modello predittivo per la diagnosi di fibrosi epatica severa/cirrosi in pazienti con epatopatia cronica da hcv" sotto la responsabilità scientifica del prof. Dario Conte, unità operativa medicina interna 3;

- progetto di ricerca RBNE013PMJ: profili genomici e proteomici dell'epatite cronica virale: identificazione dei marcatori molecolari per diagnosi e prognosi di sequele cliniche (cirrosi ed epatocarcinoma) e della risposta alla terapia": responsabile scientifico prof. Ferruccio Bonino: proroga annuale della ricerca;
- progetto di ricerca: "Thercord: development and preclinical testing of cord blood-derived cell therapy products", contratto finanziato dalla Commissione della Comunità Europea, coordinatore scientifico dott.ssa Lorenza Lazzari, trasferimento dei fondi;
- convenzione tra la Regione Lombardia - DG Sanità - e la Fondazione per realizzazione del progetto di ricerca finalizzata: "Radici – reti a diversa intensità di cura integrata" assegnata dal Ministero della Salute alla Regione Lombardia: presa d'atto della proroga della scadenza del progetto di ricerca;
- stanziamento del fondo da destinare alla formazione e aggiornamento del personale della Fondazione;
- organizzazione e finanziamento del convegno "Governance e salute: la costruzione di un percorso": esperienze di medicina preventiva;
- mission aziendale della formazione per il triennio 2007/2010 della Fondazione;
- collaborazione della Fondazione al progetto di ricerca "Sviluppo nei dsr dei processi di miglioramento di qualità attraverso l'applicazione di procedure di accreditamento professionale tra pari e della medicina basata sull'evidenza (EBM) "nell'ambito dei programmi innovativi della "Qualità e formazione" – assegnato dalla Regione Lombardia all'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda: organizzazione e finanziamento del "Corso per facilitatori dell'accreditamento professionale per i servizi territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza";
- finanziamento del Ministero della Salute per studi e ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti e degli embrioni orfani assegnato al Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti (d.m. 4/8/2004) – responsabile scientifico del progetto dott.Paolo Rebullà: proroga del termine della ricerca;
- collaborazione della Fondazione al progetto di ricerca finalizzata 2005: "Rete per l'ottimizzazione della prevenzione e del trattamento delle complicanze cardiovascolari nell'obesità e nella sindrome metabolica", conv. N. 76 assegnato dal Ministero della Salute alla Fondazione Salvatore Maugeri

IRCCS Pavia, responsabile scientifico locale dott. Ezio Lattuada: assegnazione di due borse di ricerca.

#### ***c - unità operativa risorse umane***

- afferimento del complesso Mangiagalli Regina Elena alla Fondazione IRCCS: conclusione della vertenza in atto con la RSU e le Organizzazioni sindacali del comparto, recepimento “atto di indirizzo” dell’Assessorato regionale alla Sanità del 16/2/2007: determinazioni;
- contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto del personale del servizio sanitario nazionale 5/6/2006: determinazione fondi contrattuali.

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

- indizione di gara a pubblico incanto per l’affidamento dei servizi di segreteria di concorso inerenti il concorso di progettazione in attuazione dell’accordo di programma quadro per la riqualificazione dell’area Ospedale Maggiore, Mangiagalli e Regina Elena;
- approvazione della convenzione attiva con IRMET S.p.A. per la cessione del radiofarmaco 18F-FDG;
- determinazioni in ordine alla prosecuzione della convenzione attiva con l’Azienda sanitaria ospedaliera San Giovanni Battista di Torino per la cessione del radiofarmaco 18F-FDG.
- 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 di genetica molecolare presso il padiglione “Romeo e Enrica Invernizzi”: rideterminazione delle competenze professionali;
- indizione gara d’appalto mediante pubblico incanto per la progettazione esecutiva ed opere occorrenti per la “realizzazione della sede dell’Istituto nazionale di genetica molecolare”.
- concorso di progettazione in attuazione dell’accordo di programma per la riqualificazione dell’area Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena: approvazione regolamento di gara, bando, estratto bando e indizione concorso;
- gara mediante pubblico incanto per l’affidamento dei servizi di segreteria di concorso inerenti il concorso di progettazione in attuazione dell’accordo di programma quadro per la riqualificazione dell’area Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina

Elena: approvazione verbali e aggiudicazione;  
- ultimazione dei lavori di restauro dell’Abbazia di Mirasole: pagamento all’Istituto Poligrafico Zecca dello Stato per la pubblicazione del bando di gara.

#### ***e - unità operativa approvvigionamenti***

- procedura negoziata per l’affidamento del servizio di somministrazione di lavoro a tempo determinato (personale infermieristico) per sei mesi a far tempo dalla data effettiva di inizio del servizio: aggiudicazione.
- progetto FIRB: acquisto di un sistema Nucleoflector per la direzione scientifica;
- acquisto di una diagnostica polifunzionale digitale e una diagnostica ossa-toraci tradizionale da installare presso la radiologia del padiglione Zonda; aggiornamento della diagnostica ossa-toraci tradizionale a “sistema digitale” da installare presso la radiologia del padiglione Sacco;
- licitazione privata (gara 7) per la fornitura di materiali d’uso per trattamenti dialitici peritoneali domiciliari automatizzati (ADP) con relative apparecchiature in comodato d’uso a tutto agosto 2009: approvazione dei verbali di gara ed aggiudicazione;
- licitazione privata per l’affidamento del servizio di prenotazione allo sportello e servizio front-office da effettuarsi presso la Fondazione per tre anni a far tempo dalla data effettiva di inizio del servizio: aggiudicazione;
- pubblico incanto per l’affidamento del servizio di somministrazione lavoro a tempo determinato per due anni dalla data effettiva di inizio servizio (due magazzinieri): aggiudicazione;
- indizione di pubblico incanto per l’affidamento del servizio di somministrazione lavoro a tempo determinato personale OSS (periodo 1.7.2007-30.6.2009): approvazione della documentazione di rito.

#### ***f - unità operativa funzioni tecniche***

- appalto per la ristrutturazione del padiglione Monteggia; autorizzazione al subappalto.
- intervento per la “realizzazione del nuovo dipartimento di emergenza” attraverso la ristrutturazione e l’ampliamento del padiglione Guardia e accettazione; prima fase: demolizione del padiglione Pasini, scavi ed opere impiantistiche propedeutiche, approvazione del progetto esecutivo e indizione di gara mediante pubblico incanto.
- aggiudicazione gara d’appalto mediante pubblico

incanto per le opere da idraulico occorrenti per la manutenzione delle strutture della Fondazione per il periodo di tre anni.

***g - unità operativa sviluppo e promozione***

- approvazione delle convenzioni attive con il “Centro Diagnostico Italiano – Milano” e con la Casa di cura Igea S.p.A. per la cessione del radiofarmaco 18F-FDG;

- attività di sorveglianza sanitaria svolta dal dipartimento della medicina preventiva – unità operativa Medicina Lavoro 3 – Cemoc a favore di Enti pubblici e privati: presa d’atto dei contratti 2006;

- convenzione per l’esecuzione di prestazioni di neuroradiologia diagnostica ed interventistica a favore di pazienti dell’Azienda ospedaliera Maggiore della Carità di Novara: rinnovo;

- convenzione con l’Azienda ospedaliera “Ospedale San Paolo” di Milano per l’esecuzione di prestazioni di citopatologia e di anatomia patologica;

- accordo di collaborazione tra la Fondazione e l’Istituto Superiore di Sanità per l’attuazione del progetto “Sperimentazione di modelli operativi per la riduzione del rischio cardiovascolare”: proroga della scadenza;

- convenzione fra la Regione Lombardia e la Fondazione per il funzionamento del Centro regionale di riferimento per le attività di prelievo e di trapianti di organi e tessuti: integrazione della determinazione n. 3119/05;

- convenzione con l’Istituto ortopedico “Gaetano Pini” per prestazioni di ortopedia e traumatologia a favore di pazienti degenti presso la nostra Fondazione: integrazione di spesa per l’anno 2006;

- convenzioni di collaborazione congiunta per la raccolta di sangue placentare tra la Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore, Mangiagalli e Regina Elena, l’Azienda ospedaliera Istituti Clinici di perfezionamento e l’Azienda ospedaliera Ospedale di Lecco; tra la Fondazione e l’Azienda ospedaliera Ospedale di Circolo di Melegnano;

- rinnovo di convenzione per il biennio 2006-2007 per il servizio di medicina trasfusionale per l’Istituto Auxologico Italiano Ospedale San Luca;

- convenzione attiva con l’Istituto Stomatologico Italiano per l’effettuazione di prestazioni specialistiche di otorinolaringoiatria;

- convenzione con la Congregazione Suore di Carità delle Sante B. Capitanio e V. Gerosa per le attività svolte presso la Fondazione;

- convenzione con l’Istituto delle Ausiliarie Diocesane per le attività di assistenza religiosa svolte presso la Fondazione;

- convenzione tra la Fondazione e l’Ordinario Diocesano della Diocesi di Milano circa il Servizio di assistenza religiosa cattolica attuato mediante la parrocchia “Santa Maria Annunciata”;

- convenzione passiva con l’Azienda ospedaliera Ospedale San Carlo Borromeo per interventi di emergenza presso il Centro medico specialistico di Assistenza per i problemi della violenza sessuale alle donne e ai minori;

- accordo di collaborazione tra la Fondazione e la Fondazione D’Amico per la ricerca sulle malattie renali per la realizzazione di un Centro di ricerca scientifica nefrologica;

- rinnovo per l’anno 2007 della convenzione attiva con la Fondazione IRCCS Istituto nazionale dei Tumori per l’esecuzione di prestazioni di dermatologia ed ematologia e consulenza nefrologica;

- accordo di collaborazione tra la Fondazione e l’Azienda ospedaliera Ospedale di Lecco per l’attuazione del progetto di trapianto di rene presso il presidio ospedaliero “A. Manzoni” di Lecco;

- rinnovo per il 2007 della convenzione passiva con l’Azienda ospedaliera Ospedale Fatebenefratelli e oftalmico per interventi di emergenza presso il Centro medico specialistico di assistenza per i problemi della violenza sessuale alle donne e ai minori;

- convenzione attiva con l’Azienda ospedaliera Istituti Clinici di perfezionamento per l’effettuazione del servizio di medico competente ai sensi della legge n. 626/94: rinnovo periodo 1.5.2007 – 30.4.2008;

- rinnovo per il 2007 delle convenzioni attive con: la Fondazione Centro S. Raffaele del Monte Tabor per l’attività di chirurgia pediatrica e con l’ASL Città di Milano per la valutazione specialistica dell’immunoprofilassi;

- rinnovo per il 2007 della convenzione passiva con l’Associazione “Sano come un donatore”- Associazione Donatori Onlus per la raccolta di sangue e emocomponenti ad uso trasfusionale;

- convenzione attiva con l’IRCCS Policlinico San Donato per l’effettuazione del servizio di medico competente ai sensi della legge D. Lgs n. 626/94;

- rinnovo per l’anno 2007 della convenzione attiva con il Ministero della Giustizia per prestazioni di neuropsichiatria infantile tramite il dott. Edoardo Lavelli;

- convenzione passiva con la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta per l'esecuzione di indagini di biologia molecolare su sangue e/o plasma e liquor (rinnovo);
- convenzione attiva con la Soprintendenza per il patrimonio storico artistico e etnoantropologico per l'effettuazione del servizio di medico competente ai sensi del D. Lgs n. 626/94;
- rinnovo della convenzione passiva con l'Università degli Studi di Milano - Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni - relativa a un'attività di consulenza medico-legale per il Centro Medico specialistico di assistenza per i problemi della violenza sessuale alle donne ed ai minori (Centro S.V.S.).

#### ***h - unità operativa patrimonio***

- approvazione del regolamento dell'attività libero-professionale intramoenia;
- indizione gara d'appalto mediante pubblico incanto per l'appalto della durata di due anni relativo a "Opere e provviste occorrenti per la manutenzione degli immobili e relativi impianti" del patrimonio disponibile della Fondazione.

#### ***i - servizio beni culturali***

- accettazione del contributo regionale per digitalizzazione di immagini a completamento del catalogo delle opere d'arte della Fondazione e per adeguamento normativo e funzionale dei depositi della quadreria dei benefattori;
- interventi urgenti di restauro su opere d'arte della Fondazione nell'anno 2007;
- diritti di riproduzione di immagine di opere d'arte della Fondazione.

#### ***l - ufficio relazioni con il pubblico***

- approvazione del progetto di applicazione della DGR 14890 del 18.12.2006 sulla qualità percepita dei servizi sanitari e sui metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione dei pazienti degenti e ambulatoriali per l'anno 2007;
- convenzione con l'Associazione per il Bambino Nefropatico Onlus A.B.N.

#### ***m - ufficio valutazione miglioramento continuo qualità***

- contratto con Bureau Veritas Italia spa per il rilascio della certificazione del sistema di gestione, con

riferimento alla norma UNI EN ISO 9001:2000 – sistemi di gestione per la qualità della Fondazione.

#### ***n - servizio prevenzione e protezione***

- piano di emergenza: modifica e integrazione del Gruppo Operativo Mobile (GOM) e dei capi gruppo operativo mobile.

#### ***o - unità operativa farmaci e supporto ospedalità***

- sperimentazione clinica sull'allergia al caucciù della ditta Artsana S.p.A.: approvazione della convenzione;
- studio clinico spontaneo: "Valutazione della funzione gonadica in pazienti affetti da epatite cronica" presso l'unità operativa Sterilità di coppia ed andrologia;
- studio clinico spontaneo: "Clinical and laboratory criteria for ascioscapularhumeral muscular dystrophy (FSHD) diagnosis in view of a national registry for the disease" presso l'unità operativa di Neurologia;
- studio clinico spontaneo: "Telethon network of genetics biobanks" presso l'U.O. di Neurologia;
- sperimentazione clinica con il prodotto Liarozolo codice prot. BT0500INT001 Eudract n. 2005-000842-35 della ditta SGS Life Sciences Services in nome e per conto di Barrier Therapeutics inc. (sponsor): approvazione convenzione.

#### ***p - settore libera professione***

- convenzione per l'espletamento di attività libero professionale ambulatoriale con la struttura sanitaria non accreditata Servizi Sforza s.r.l.;
- convenzione per l'espletamento di attività libero professionale ambulatoriale con la struttura sanitaria non accreditata CO.ME.TRE SCARL;
- autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale presso il Laboratorio di citogenetica e di patologia clinica;
- approvazione del regolamento dell'attività libero professionale intramoenia;
- modalità di distribuzione del fondo per il personale di supporto indiretto derivante dallo svolgimento dell'attività libero professionale;
- convenzione per l'espletamento di attività libero professionale ambulatoriale presso la struttura sanitaria non accreditata Casa di cura San Camillo;
- rinnovo di convenzione con il Centro medico Boccaccio per l'espletamento di attività libero professionale ambulatoriale da parte di dirigenti medici dipendenti del presidio Mangiagalli – Regina Elena.

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

- progetto di integrazione del sistema del Centro Unico Prenotazione (CUP) della Fondazione al Call Center regionale;
- manutenzione straordinaria del sistema antivirus delle postazioni informatiche della Fondazione;
- servizi di assistenza ordinaria e specialistica del sistema informativo "SAPRE" dell'U.O. di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza della Fondazione per l'anno 2007;
- acquisto di personal computer e stampanti in convenzione CONSIP;
- costituzione del nucleo per il coordinamento della comunicazione web della Fondazione;
- determinazione in ordine all'adeguamento al Decreto Legislativo n.196 del 30.6.2003;
- contratto di autosourcing, connettività internet-email e provisioning con la società Telecom Italia Spa per la gestione della rete fonia-dati della Fondazione;
- aggiudicazione pubblico incanto per il servizio di gestione automatizzata delle procedure per l'amministrazione economica e previdenziale del personale della Fondazione per tre anni;
- servizi di assistenza specialistica straordinaria del sistema informatico di Laboratorio di analisi della Fondazione per l'anno 2006;
- indizione di pubblico incanto per la fornitura di un sistema informativo di pronto soccorso per la Fondazione;
- aggiudicazione di pubblico incanto per la fornitura di 54 telecamere per il sistema di videosorveglianza della Fondazione.

#### **r - contributi e beneficenza**

È stato accettato il lascito della benefattrice signora Wanda Porta Cajafa;

Sono pervenuti: 5.000 Euro dalla società Artsana S.p.A. per la struttura semplice di allergologia ambientale del dipartimento di medicina preventiva; per il centro trapianti di midollo: un apparecchio vital signs caradyne per pressione positiva continua dall'Associazione italiana contro le leucemie, linfomi e mieloma AIL, un televisore lcd e un dvd marca Sharp da Antonio Verona di Arzachena (Sassari) e un lavasciuga Rex ril 7200 dall'Associazione Laura Coviello; la società Wyeth Lederle S.p.A. ha offerto un contributo economico per sponsorizzare un evento scientifico;

l'unità operativa di nefrologia e dialisi ha ricevuto un telefax e due stampanti laser dall'Associazione "Amici del Croff – Onlus";

Maria Eletta Bianchi ha donato un letto elettrico prodotto dalla società Favero Health Projects da destinare all'unità operativa di chirurgia generale e dei trapianti di fegato;

L'Associazione per il bambino reumatico – Onlus ha donato un capillaroscopio portatile per il Centro di reumatologia infantile dell'unità operativa Pediatria II. L'Associazione per il bambino nefropatico ABN Onlus ha offerto un monitor metabolico VMAX-05 con relativi accessori alla clinica pediatrica De Marchi;

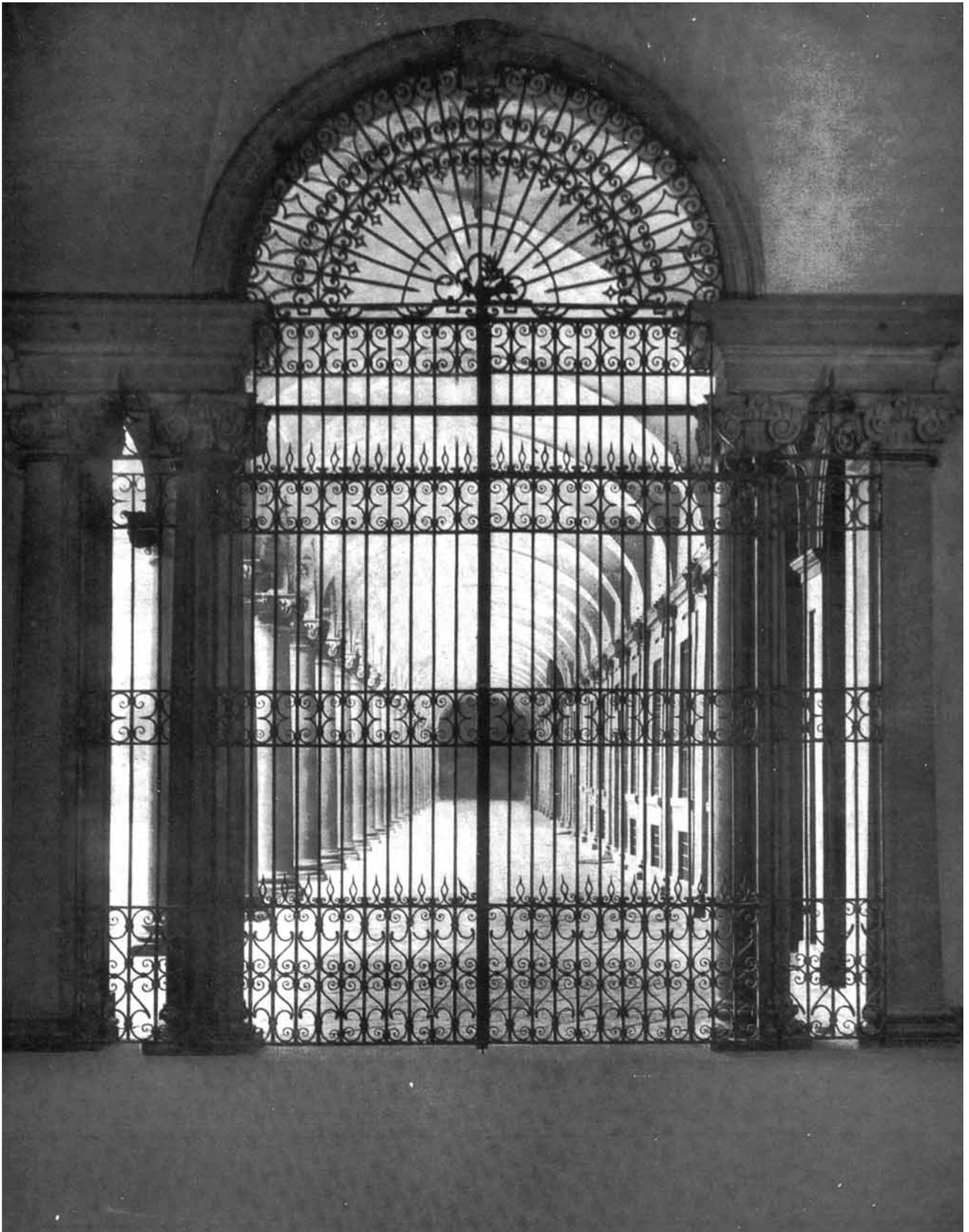
il gruppo "Adulti Fibrosi cistica" ha donato sei piccoli frigoriferi e sei forni a microonde per l'unità operativa di broncopneumologia;

"L'Associazione per il Policlinico" ha offerto settantatré televisori e quattro lettori DVD con cuffie per unità operative varie e diciotto poltrone-letto per il reparto di pediatria De Marchi.

*Nella pagina seguente: il grande cancello dell'antica Ca' Granda, che ha chiuso i battenti sulle cerimonie della Festa del Perdono 2007.*

---

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





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

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