



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,
mangiagalli e regina elena - anno XLVI - n. 1 - 2005

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,
mangiagalli e regina elena - anno XLVI - n. 1 - 2005

sommario

	pagina
Ai lettori	1
Al via la nuova Fondazione	2
La ristrutturazione del padiglione Monteggia	5
Intervista – Fondazioni e filantropia nel futuro della ricerca medica e della cura	<i>Beppe Rocca a Walter Rocca</i> 7
Bentornata Audiologia	<i>Enrico Fagnani</i> 11
Curare l'ammalato, non curare solo la malattia	<i>Enrico Ghislandi</i> 14
Dalla Russia con amore: provvidenziale, da qualunque parte, l'amorevole assistenza a chi ne ha bisogno	<i>Luigi Offeddu</i> 16
Riscoprire la dignità della persona umana	<i>Giancarlo Dal Sasso</i> 21
Asterisco	26
Il silenzio	<i>Antonella Cremonese</i> 27
Peste manzoniana e "Madonna di tencitt"	<i>Vincenzo Bevacqua</i> 29
Il mestiere di medico: bilanci e riflessioni sulla professione e sulla storia, sulla morte e sulla vita	<i>Vittorio A. Sironi</i> 37
Lo spazio pubblico - La "piazza" ieri e oggi	<i>Giuseppe Fumarola</i> 40
La beneficenza, attualità di sempre	<i>Elisabetta Zanarotti Tiranini</i> 45
Asterisco	48
Dal Passato: Quello che la scienza sa di non sapere	<i>Piero Franzini</i> 49
Cronache amministrative	53

La copertina

Antica Ca' Granda, oggi sede dell'Università degli Studi: il porticato del cortile del Richini, particolare.

Direttore responsabile: FRANCA CHIAPPA. Ufficio Stampa, 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

La rivista si apre con la notizia dell'avvenuta presentazione ufficiale della "Fondazione Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena" (Milano, 24 gennaio 2005). Negli interventi del presidente della Fondazione Carlo Tognoli e delle personalità istituzionali presenti, le finalità e i programmi della Fondazione qui riportati.

L'approvazione del progetto definitivo per la "demolizione e ricostruzione del padiglione Monteggia in Policlinico" è fra le prime deliberazioni del Consiglio di Amministrazione.

L'intervista di questo fascicolo, molto attesa, è particolarmente importante ed esplicativa per tutti noi. In contemporanea all'avvio della nostra nuova Fondazione istituzionale, qui si affrontano fra due esperti il perché e la necessità di una trasformazione radicale nella tradizione storica della Ca' Granda, a confronto con la tradizione da tempo acquisita e ottimamente vigente nelle grandi Università e negli Istituti di Ricerca americani. Autori sono Walter e Beppe Rocca.

Molto partecipato il ritorno in Policlinico della prestigiosa Unità di Audiologia. Ne fa in breve affettuosamente la storia Enrico Fagnani, nel ricordo dell'illustre fondatore prof. Massimo Del Bo, a nome di allievi e collaboratori.

Una firma cara a noi, ricca di sapere e di esperienza, quella del prof. Enrico Ghislandi, che ripropone appassionatamente un rapporto sempre molto vivo in lui: la cura del malato anche o prima della malattia.

Luigi Offeddu: "Dalla Russia con amore". Il titolo, voluto dall'autore, è, per noi, caldo invito a leggere e godere e condividere un testo bellissimo, consolante.

Meditato, documentato come sempre, l'intervento di Giancarlo Dal Sasso che ci porta a riscoprire il dovere, i contenuti, il senso civile della dignità della persona, in tempi che purtroppo sembrano ogni giorno ignorarli o dimenticarli.

Antonella Cremonese ci dà nella sua bella pagina sul "silenzio" efficaci apprezzamenti e desideri non facilmente raggiungibili per lei, date la caratteristica e le esigenze di parola della sua professione giornalistica.

Il prof. Bevacqua e la nostra città: in questo caso purtroppo per riviverne un periodo doloroso, d'altra parte storico (1629-1631), con l'aiuto di un prezioso libriccino che racconta con rigore la peste manzoniana. Ci lasciamo condurre dal nostro autore, che con il noto spirito meneghino conclude le sue pagine storiche e ferma il nostro pensiero sulla bella "Madonna di tencitt, miracolosa sempre".

Vicende e contingenze complesse, riflessioni che colpiscono, vita e professione che s'intersecano, e il commento partecipe del prof. Vittorio Sironi sul volume "Il romanzo di un giovane medico" di Giorgio Cosmacini, invitano il lettore a non perderne la coinvolgente conoscenza.

Giriamo pagina e ci aspetta "la piazza" con tutto ciò che il solo nominarla raccoglie nei nostri pensieri: quel che era un tempo, quasi casa all'aperto di tutti, quel che per la gran parte, oggi, ben diversamente esprime. La firma è di Giuseppe Fumarola.

Elisabetta Zanarotti Tiranini torna efficacemente sulla beneficenza (argomento in realtà sempre attuale) con il piacere della ricerca, con meditate affermazioni e l'attenzione che le conosciamo.

La saggezza di Piero Franzini in una delle sue pagine indimenticabili per la rubrica "Dal passato", e ricordi letterari con le cronache amministrative, chiudono il fascicolo.

Al via la nuova Fondazione

Dalla fusione dell'Ospedale Maggiore di Milano con una parte degli Istituti Clinici di Perfezionamento è nata la nuova Fondazione Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena".

La Fondazione prende spunto dalla legge di riordino per gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e da un Accordo di Programma sottoscritto lo scorso dicembre 2004 fra Regione Lombardia, Ministero della Salute e Comune di Milano. La riunione di insediamento del Consiglio di Amministrazione della Fondazione si è tenuta il 24 gennaio scorso. È stato nominato presidente Carlo Tognoli.

Il Consiglio di Amministrazione (che è composto da: ing. *Adriano Bandera*, dott. *Erminio Borloni*, dott. *Antonio Guastoni*, prof. *Lorenzo Ornaghi*, porf. *Piergiorgio Sirtori*, prof. *Roberto Villani* e dott.ssa *Francesca Zanconato*) ha, inoltre, provveduto a nominare come direttore generale il dott. *Giuseppe Di Benedetto* che, negli ultimi quattro anni, ha ricoperto l'incarico di commissario straordinario dell'IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico. Il ministro della Salute *Girolamo Sirchia*, sentito il presidente della Regione Lombardia *Roberto Formigoni*, ha inoltre nominato direttore scientifico della Fondazione, con la responsabilità dei programmi di ricerca il prof. *Ferruccio Bonino*, già direttore scientifico dell'Ospedale Maggiore Policlinico. Egli si avvarrà di un Comitato scientifico che sarà composto da autorevoli rappresentanti interni ed esterni alla Fondazione, i quali collaboreranno nella definizione dei programmi di ricerca.

La Fondazione Policlinico è la prima sperimentazione in Italia di un modello di Fondazione a connotazione pubblica dove si coniuga assistenza sanitaria, ricerca scientifica e formazione universitaria. Grazie alla presenza del Comune di Milano e della Curia Arcivescovile essa rappresenta anche un

modello di integrazione con il tessuto sociale della città.

Tra i primi compiti della Fondazione vi sarà quello di completare i lavori per il Pronto Soccorso, di procedere al rinnovo totale di importanti aree di degenza, in primo luogo il padiglione Monteggia, dedicate anche ai servizi diagnostici e specialistici e di realizzare il previsto moderno monoblocco di sette piani dedicato alla ricerca, cura e assistenza materno-infantile.

La nuova Fondazione permetterà anche un'accelerazione dei programmi di ricerca scientifica realizzando importanti sinergie fra i vari gruppi di ricerca già operanti nelle realtà in essa riunite, che saranno in grado di competere con le istituzioni internazionali. La nuova Fondazione, rafforzando il ruolo di riferimento scientifico di natura internazionale tradizionalmente riconosciuto all'Ospedale Maggiore Policlinico, si affiancherà con ancor più autorevolezza ai grandi centri di ricerca biomedica esistenti in Lombardia, i quali già oggi producono più della metà delle pubblicazioni scientifiche realizzate in Italia.

Lo strumento della Fondazione rappresenta un veicolo importante per convogliare donazioni e fondi anche da privati profit e no profit per lo sviluppo delle attività di ricerca e di cura. Inoltre permetterà di snellire tutte le procedure che oggi rendono farraginosa la gestione di un insieme di strutture che impegnano quotidianamente oltre 3.600 dipendenti.

Le dichiarazioni di Sirchia, Formigoni e Borsani

Nel corso della conferenza stampa di presentazione della Fondazione, il ministro della Salute, Girolamo Sirchia, ha detto tra l'altro:

"Il nuovo Consiglio di Amministrazione garantisce autonomia e distacco dall'influenza della politica. Responsabilità, autonomia e indipen-

denza sono appunto i grandi obiettivi da raggiungere. Autonomia, appunto, e ricerca per una Fondazione che è la prima sperimentazione in Italia di un modello a connotazione pubblica dove si coniuga assistenza sanitaria, ricerca e formazione universitaria.

In Italia c'è bisogno della ricerca trasferibile a vantaggio del malato, una ricerca, ha concluso il Ministro, che deve anche produrre brevetti a vantaggio delle imprese italiane."

Il presidente della Regione Lombardia, Roberto Formigoni, ha aggiunto:

"Ci saranno coinvolgimenti importanti di risorse private. Con la decisione di oggi vogliamo aiutare la ripresa di questo sentimento, che è importantissimo dal punto di vista della partecipazione democratica perché mette in moto meccanismi di identificazione e di partecipazione che sono positivi. Quello di oggi - ha concluso Formigoni - è un passaggio decisivo per l'organizzazione ma anche per la storia della sanità, perché dopo questa nostra iniziativa altre ne seguiranno nel territorio della Lombardia."

L'assessore alla Sanità della Regione Lombardia, Carlo Borsani, ha dichiarato:

"La novità significativa è che, con l'istituto giuridico della Fondazione, il processo decisionale risulterà fortemente snellito nell'interesse, in primo luogo, dei pazienti, ma anche nell'organizzazione della ricerca scientifica. L'intera organizzazione del lavoro di assistenza e cura, influenzata da sempre più rapidi cambiamenti determinati dallo sviluppo tecnologico, potrà essere adattata, di volta in volta, alle reali condizioni di necessità."

L'intervento del presidente Tognoli

Il presidente della Fondazione 'Ircs Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena', Carlo Tognoli, assumendo l'incarico ha ringraziato il presidente della Regione Roberto Formigoni, l'assessore Carlo Borsani, il ministro Girolamo Sirchia e i consiglieri di amministrazione per la designazione e ha rilasciato una dichiarazione che qui di seguito pubblichiamo:

"Un pensiero grato a chi non è più con noi, ma ha contribuito al prestigio dell'istituzione: tra

questi i professori Bartorelli, Fasiani, Gallone, Malan, Maspes, Melli, Oselladore, Pietrantonio, Scarlato, Villa, solo per citarne alcuni.

Mi sia permesso anche di ricordare con un po' di mestizia il dottor Marangoni, assassinato dalle BR in un periodo triste per Milano e per il nostro Paese. Ero sindaco quando il direttore del Policlinico venne ucciso per nulla in nome di una falsa rivoluzione e non dimentico il drammatico evento e il dolore dei famigliari.

La presidenza della "Fondazione" è un incarico di grande responsabilità di cui sento tutto il peso.

Ho vissuto tra la fine degli anni Settanta e l'inizio degli anni Ottanta da Palazzo Marino le vicende della ipotizzata ristrutturazione del Policlinico, i cui progetti rimasero sulla carta.

Conosco perciò le difficoltà dell'impresa, gli ostacoli da superare, la limitatezza delle risorse, i problemi posti dalla necessità di non sospendere le attività assistenziali.

Le linee direttrici del rinnovamento delle strutture e della realizzazione di quelle nuove sono chiare nell'accordo di programma stipulato nel 2000 e aggiornato alla fine dello scorso anno.

Il trasferimento di una parte dei presidi degli Istituti Clinici di Perfezionamento (così importanti nella storia della sanità milanese del XX secolo) alla Fondazione, se per un verso rende più complessa la gestione, per un altro offre più ampie possibilità per le ristrutturazioni in un sito non molto vasto.

Peraltro alcuni interventi sono stati realizzati ed altri sono avviati, per cui si può dire che il nuovo corso è iniziato.

Siamo nel centro di Milano, e il complesso ospedaliero sorge in un'area importantissima, che merita un'attenzione progettuale di alta qualità sotto il profilo urbanistico edilizio e dal punto di vista della viabilità e dei collegamenti del trasporto pubblico. Si tratta di ripensare una porzione di città dove insistono servizi essenziali.

Bisogna agire di pari passo con il Comune di Milano e con un collegamento operativo molto stretto.

La nascente Fondazione raccoglie un patrimonio nel campo dell'assistenza sanitaria e della ricerca che deve essere mantenuto e valorizzato.

Il rapporto con l'Università e con le Scuole di specialità è fondamentale, in una simbiosi equilibrata tra attività ospedaliera e quella di ricerca.

Senza entrare nel merito, non posso dimenticare che qui ci sono filoni di ricerca che hanno portato questa istituzione ad un livello di eccellenza.

Oggi questi riguardano in via generale la riparazione e sostituzione di cellule, organi e tessuti, nonché l'emergenza e l'urgenza per adulto e bambino.

Va sottolineato che promuovere e rafforzare la ricerca traslazionale e puntare alla struttura di eccellenza, non significa trasformare l'ospedale in un luogo di cura per 'elites', bensì creare quelle conoscenze che consentono di curare con terapie di avanguardia anche le malattie più rare.

L'accordo di programma ipotizza settantadue mesi per compiere tutta l'operazione di rinnovamento del complesso senza sospensione dell'attività di assistenza sanitaria.

C'è un legame tra i tempi e il reperimento delle risorse. Ove vi sia certezza che le risorse necessarie sono disponibili, i tempi, sia pure seguendo le previste procedure concorsuali per i progetti, saranno più facilmente rispettati. Questo è il compito principale che tocca al Consiglio di Amministrazione e alle istituzioni che hanno dato vita alla Fondazione.

Mi auguro che la città dove è sorta a partire dal 1456 la Ca' Granda, con tanto di bolla papale, la Regione Lombardia, la nostra società civile, siano generose verso presidi ospedalieri e di ricerca che, nei loro sviluppi moderni, nel XX secolo, hanno contribuito al progresso della medicina e della assistenza sanitaria senza mai perdere di vista il protagonista che è sempre il paziente, che è l'uomo, cui vengono rivolte le attenzioni del medico, del ricercatore e di tutto il personale che lavora in questo grande complesso."

*La ristrutturazione del padiglione Monteggia**

Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena ha approvato, l'11 marzo 2005, il progetto definitivo per la "demolizione e ricostruzione del padiglione Monteggia" che comporterà quasi il raddoppio dell'attuale superficie, sino a circa 12.000 mq, e il cui costo presunto è di circa 27.200.000,00 euro.

L'approvazione del progetto consente ora di richiedere le autorizzazioni comunali e di indire la gara d'appalto. Presumibilmente nel prossimo autunno si procederà alla formazione del cantiere e all'inizio dei lavori.

"Il nuovo padiglione – ha spiegato il presidente della Fondazione, Carlo Tognoli - ospiterà il Dipartimento di Neuroscienze e organi di senso e, in particolare, Neurologia, Neurochirurgia, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Maxillo-facciale, Oculistica, Neuroradiologia e Neurorinomanizzazione".

Nell'ampio e moderno atrio d'ingresso, a piano terra, è prevista la reception con il Punto Informazioni, che indirizzerà, attraverso nove ascensori, i pazienti e i visitatori verso i due piani interrati e gli altri quattro piani fuori terra; al piano terreno, inoltre, saranno collocate due distinte aree di attesa, in prossimità delle quali sono previsti i servizi igienici per il pubblico, e dalle quali si accederà a venti ambulatori specialistici di secondo livello.

Nei piani interrati sarà collocata l'alta tecnologia: sono previste, infatti, otto nuove sale operatorie d'avanguardia e la radiologia, comprensiva di due risonanze magnetiche, una risonanza magnetica aperta, una angiografia biplanare, due TAC e una RX polifunzionale.

Il primo piano sarà dedicato alla didattica e, oltre agli studi medici e alle segreterie, ospiterà due aule adiacenti, con pareti mobili, per un

totale di oltre cento posti a sedere.

Il secondo piano ospiterà 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 cento posti letto. Tutte le camere, dotate di servizi igienici e dei migliori comfort, saranno a due letti, consentendo, secondo le esigenze, di ospitare un accompagnatore accanto al degente. Una parte delle stesse potranno essere destinate a "day hospital".

Per tutte le attività sono stati previsti ampi e funzionali spazi dedicati ai servizi, che renderanno "vivibile" il padiglione ai pazienti e agli operatori.

Il nuovo Monteggia, oltre a rappresentare un punto di riferimento per la cittadinanza milanese, con riguardo alle Neuroscienze e agli organi di senso, avrà anche una funzione di volano durante i lavori di ristrutturazione complessiva del Policlinico di Milano: permetterà, infatti, lo svuotamento e la demolizione di quattro padiglioni sulla cui area sarà costruito, come previsto dall'Accordo di Programma", il nuovo blocco del "materno infantile".

La durata complessiva dei lavori è prevista in tre anni: un anno per la demolizione e due per la ricostruzione. I tempi di demolizione sono forzatamente lenti per le misure cautelative che devono essere messe in atto, in quanto l'attività di assistenza sanitaria degli altri padiglioni non può essere sospesa.

* Nella pagina che segue la riproduzione fotografica del padiglione allo stato attuale e nel progetto della futura realizzazione.



Intervista

Fondazioni e filantropia nel futuro della ricerca medica e della cura

BEPPE ROCCA a WALTER ROCCA *

Dal primo gennaio del 2005 il Policlinico di Milano si è trasformato in una Fondazione di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico. Come vedi questa trasformazione da una prospettiva statunitense?

Prima di esprimere il mio punto di vista vorrei conoscere un po' meglio le motivazioni che hanno portato alla decisione di trasformare il vostro Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) in Fondazione. Qual è la novità istituzionale più importante introdotta con il cambiamento?

A mio avviso l'innovazione più importante consiste in un ampliamento dell'orizzonte di scelte percorribili verso l'integrazione globale di cura, formazione e ricerca; a livello istituzionale tra: stato, regioni, ospedale, università, industria e finanziamento privato [storicamente la filantropia]... in linea con le prospettive più recenti dei paesi occidentali.

Entrando nello specifico, una delle caratteristiche più innovative della fondazione consiste nella possibilità istituzionale di accedere a fonti di finanziamento alternative e integrative del finanziamento pubblico.

La Mayo Clinic, e più in generale tutte le grandi Università e Istituti di Ricerca americani, da anni possono ricorrere a un ventaglio molto ampio di fonti di finanziamento. Abbiamo capito da tempo che la ricerca indispensabile alla formazione e alla cura di alta qualità, costano più di quanto lo stato possa o voglia garantire. Poiché da noi un proverbio diffuso ricorda che: *no money, no science*, da anni ci rivolgiamo a un ampio ventaglio di finanziatori. Per chiarezza elencherò schematicamente le fonti

attuali di finanziamento della ricerca negli Stati Uniti:

1. In primo luogo i finanziamenti pubblici – lo stato – distribuisce fondi di ricerca mediante il National Institute of Health [NIH], analogamente a quanto avviene da voi con i fondi della ricerca corrente e della ricerca finalizzata.

2. Poi vengono le Università, che come sai, da noi sono istituzioni private e dispongono di un loro patrimonio [fondi interni, *endowment*], un po' come il patrimonio del Policlinico. Da voi le Università sono pubbliche e hanno i loro canali di finanziamento pubblico dai Ministeri della Ricerca Scientifica e dell'Istruzione.

3. Fin dalle loro origini storiche - alla fine dell'Ottocento e inizio del Novecento - sia le Cliniche sia le Università hanno stipulato contratti con le grandi industrie farmaceutiche e biomedicali per progetti congiunti di ricerca. La flessione dei finanziamenti dello stato iniziata negli anni Ottanta non ha fatto altro che accelerare, e talvolta portare a squilibri ed eccessi, le relazioni tra finanziamenti pubblici e imprenditori privati già operanti da anni. Non penso possiamo approfondire in questa sede il problema complesso e molto attuale dei modelli di rapporto e di contratto equi e sostenibili tra investimenti pubblici e privati in ambito medico, anche se presto, con l'apertura al privato della Fondazione, vi troverete anche voi sommersi da forme inedite di collaborazione e di conflitto di interessi.

4. Infine – *last but not least* - una fonte da sempre importantissima di finanziamenti è la filantropia. Con la nuova Fondazione vi siete aperti anche a questa possibilità che a me sembra la più interessante.

A questo proposito mi preme ricordare che la Fondazione pur essendo un'istituzione altamente innovativa, si inserisce perfettamente nella tradizione storica della Ca' Granda.

Le finalità principali della fondazione sono:

- 1. la ricerca clinica orientata a ricadute concrete per la cura del malato in senso globale*
- 2. prestazioni di ricovero e cura di alta specialità*
- 3. attività formative di alto livello.*

Il carattere scientifico della fondazione è riconosciuto per le discipline:

- 1. riparazione e sostituzione di cellule, organi e tessuti*
- 2. urgenza-emergenza nell'adulto e nel bambino.*

Mentre la riparazione e sostituzione di cellule, organi e tessuti fa parte della storia della Ca' Granda, l'orientamento della ricerca verso la salute e la risposta alle urgenze-emergenze della madre e del bambino è una possibilità specifica della fondazione emersa con l'affermamento dei presidi e delle strutture ad essi dedicati, dalla precedente Azienda Ospedaliera ICP [Istituti Clinici di Perfezionamento].

Oggi essa ha più che mai tutte le caratteristiche indispensabili a stimolare lasciti, donazioni e altre forme di filantropia, come è avvenuto in passato... almeno fino agli anni Settanta.

Per favorire la filantropia è indispensabile intervenire nella relazione tra partecipazione civica e stato. La relazione tradizionale è quella in cui il cittadino paga le tasse allo stato e questo finanzia la ricerca.

Invece la filantropia si basa sul presupposto che il cittadino possa esercitare la scelta preferenziale di destinare parte dei suoi fondi alla ricerca. Lo stato in questo caso interviene con una riduzione o abolizione delle tasse sulle donazioni. Ad esempio, da noi le donazioni non sono tassate, anzi alcuni stati aggiungono agevolazioni sulla tassazione anche di altri redditi per incentivare i donatori.

Bisogna inoltre precisare che i protagonisti della filantropia possono essere sia cittadini [filantropia diretta], sia fondazioni [filantropia managed].

Per darti un'idea della sua importanza, ho qui i dati completi del dicembre 2003 da cui emerge che il 38% della ricerca americana oggi è finanziata dalla filantropia.

Mi sembra una percentuale impressionante: circa 40%... si tratta di milioni di dollari!

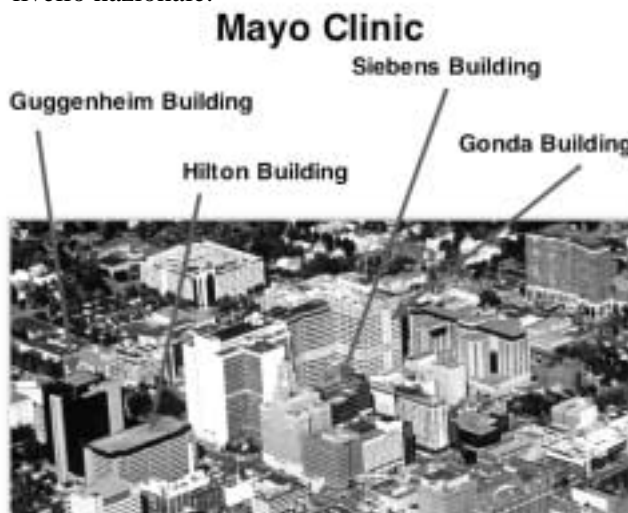
Senza dubbio. Ecco perché ho sottolineato la strada della filantropia; a me sembra sia stata trascurata, se non ostacolata, dalle politiche recenti dei welfare state europei. Ho come l'impressione che spesso lo stato sociale abbia avuto l'illusione o la presunzione di finanziare e governare da solo i fondi per la formazione e la ricerca. Non a caso tu hai accennato agli anni Settanta come a un punto di svolta e un crollo delle donazioni anche in Italia e in particolare al Policlinico. In Italia, anche la relazione con le industrie mi sembra tuttora poco chiara e trasparente. Noi ci siamo già scontrati con questi problemi e forse stanno emergendo i primi modelli innovativi sostenibili ed equi.⁽¹⁾

Anche la Fondazione prevede un ventaglio di fonti di finanziamento alternative al finanziamento pubblico tradizionale; in sintesi:

- 1. reti tra istituzioni pubbliche e private con grandi economie di scala*
- 2. brevetti e tutela dei risultati scientifici*
- 3. forme di partecipazione a consorzi, contratti e progetti con soggetti privati*
- 4. convenzioni con università attente agli aspetti imprenditoriali e di finanziamento delle nuove modalità di collaborazione*
- 5. investimenti privati e filantropia.*

Quali tipi di filantropia sono più diffusi negli Stati Uniti?

Conosco nei dettagli la situazione della Mayo Clinic e dell'Università del Minnesota, e penso che essa rispecchi la situazione e il trend in corso a livello nazionale.



Alla Mayo Clinic - come al Policlinico - molti padiglioni portano il nome dei donatori che ne hanno finanziato la costruzione.

In passato i donatori lasciavano i loro fondi per la costruzione di un *building*, un *padiglione*... In altri casi si limitavano a richiedere che i fondi fossero destinati alla ricerca, in senso generico, cioè senza precisare ulteriormente lo scopo [finanziamenti *unrestricted*].

Invece negli ultimi anni abbiamo assistito a un coinvolgimento crescente del cittadino nell'orientare le direzioni della ricerca. Oggi la maggior parte dei fondi è mirata [*restricted*]: il donatore vuole sapere quale ricerca sarà finanziata con i suoi fondi.

Anche da noi in passato i fondi privati erano orientati a:

- 1. costruzione di nuovi edifici e infrastrutture***
- 2. confluivano in un unico fondo generale e impersonale della ricerca, non di rado servivano a coprire un deficit di bilancio***
- 3. sono sempre stati tassati.***

Personalmente ritengo si tratti di un'impostazione che ha fatto il suo tempo.

In che modo da voi i finanziamenti sono mirati e il cittadino influenza la scelta dei progetti da realizzare?

Schematicamente mi sembra di poter individuare tre tipologie di finanziamenti mirati:

1. fondi mirati per temi: invecchiamento, cancro, neuroscienze...
2. fondi mirati a individui, o più spesso a gruppi di ricerca particolarmente brillanti
3. fondi destinati alla ricerca su una malattia precisa: malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson...

Praticamente la fondazione o il donatore diretto ha una ragione precisa per finanziare un tipo specifico di ricerca: più spesso un familiare affetto da una malattia, l'esperienza positiva di cura presso un centro, la stima per un gruppo di ricercatori... Direi che stiamo assistendo alla trasformazione dal donatore impersonale e passivo, a finanziatori che hanno una passione personale per un certo tipo di ricerca. Penso si tratti di un cambiamento positivo, che dobbiamo cercare di incentivare.

Non pensi che lo stato dovrebbe intervenire per bilanciare la destinazione dei fondi? In questo modo non si rischia di finanziare la ricerca su malattie rarissime solo perché un miliardario ha il figlio

affetto da quella malattia?

Lascia che ti risponda con molta franchezza! Da voi lo stato vuole *governare tutto*. Da noi lo stato è visto come una malattia necessaria. Lascia che i cittadini finanzino la ricerca e i gruppi in cui credono e che gli stanno a cuore. Lo stato può sempre intervenire dopo, con i finanziamenti pubblici, se ritiene che un settore sia stato svantaggiato... In ogni caso è un'abitudine tutta europea aspettarsi la soluzione di tutti i problemi dallo stato. Noi abbiamo imparato a ricorrere allo stato solo come garante in ultima istanza, e solo se indispensabile e soprattutto se non possiamo farne a meno.⁽²⁾

Non ti sembra che la situazione si sia invertita? Prima il donatore era completamente passivo e l'ospedale aveva piena libertà nella destinazione dei fondi. Oggi, mi stai dicendo, il donatore è completamente libero di finanziare la ricerca che gli sta a cuore. La Mayo Clinic si limita a realizzare i progetti finanziati?

No, non siamo affatto *passivi*; al contrario, proprio negli ultimi anni è emersa la competizione per i fondi mirati: in pratica tutti i gruppi di ricerca *si danno da fare* per attirare i finanziatori.

In particolare la *convenzione con le università* da noi ha assunto un nuovo ruolo: favorire la visibilità e la competizione per i finanziamenti privati mediante:

1. censimento dei progetti di ricerca di alto profilo
2. creazione di temi ed aree di eccellenza valorizzando esperienza e risorse umane specifiche di ogni istituzione
3. proposte pratiche e pragmatiche: *vision*
4. creazione di portali e documenti di informazione orientati ai potenziali finanziatori
5. attivazione di forme di sollecitazione dei finanziamenti *non invasive della privacy e gradevoli*
6. orientamento del *ruolo dei media* con l'autorevolezza delle risorse umane, scientifiche e culturali della fondazione.

Ti sono grato per aver accennato al ruolo dei media. Da noi ci sono ospedali che per attirare malati e finanziamenti ricorrono in modo propagandistico e demagogico ai media: tutti i giorni scoprono il gene o la terapia dei tumori solidi, il rimedio per le malattie neurologiche invalidanti... è una sfilata di miracoli che ormai va avanti da anni...

Hai detto giusto... è una sfilata di miracoli che va avanti per anni. Il problema è che da noi oggi i finanziatori sono ricchi e istruiti: non credono tanto facilmente ai miracoli. Soprattutto se per anni non hanno visto risultati concreti. La Mayo Clinic si è resa conto del rischio di un uso improprio dei media come veicolo di promesse irrealizzabili. Oggi nessun ricercatore della Mayo può rilasciare interviste ai media a titolo personale, su progetti di ricerca o su scoperte vere o presunte. Ci siamo resi conto che uno dei problemi più grandi della società attuale è la crisi di *fiducia*, noi la chiamiamo *trust* nei media e nelle istituzioni... in primo luogo negli stessi ricercatori.

Come possiamo recuperare la fiducia, la credibilità, il trust come tu lo hai chiamato?

Non ci sono ricette pronte per l'uso, ma io amo ricorrere all'idea di *filantropia pragmatica*.

La credibilità si guadagna ricorrendo a tre ingredienti: trasparenza nella gestione, controllo e supervisione dei progetti di ricerca e della loro attuazione e infine limitarsi a promettere ciò che si è in grado di realizzare, quelli che noi chiamiamo i *deliverables*. Chi ti regala il suo denaro, vuole sapere se il suo finanziamento avrà ricadute concrete sulla cura delle malattie o la soluzione del problema che ha deciso con passione di sponsorizzare. Non si può e non si deve *vendere aria fritta!*

La vendita dell'*aria fritta* può portare al successo nel breve periodo, ma è un suicidio garantito se vuoi fare ricerca per tutta la vita e se credi nella ricerca!

Quando sono responsabile di un progetto di ricerca finanziato dall'NIH mi posso rilassare. Invece i finanziatori privati non ti lasciano un attimo di tregua: sono appassionati al progetto che hanno finanziato e lo seguono con estrema serietà e attenzione. Per loro è diventato un *hobby* e trattandosi spesso di personalità di grande spicco e genialità, ti stimolano continuamente, come si trattasse di una partita a scacchi! Spesso suggeriscono strategie di management e soluzioni pratiche che non ti saresti mai aspettato da un *non addetto ai lavori*. Ho imparato moltissimo dai miei finanziatori!

I donatori sono al corrente dei rischi associati ai progetti di ricerca che essi finanziano?

Una cosa è chiara a chi è talmente ricco da donare milioni o miliardi alla ricerca: *high risk, high yield*;

mi sembra che anche da noi nelle Langhe i nonni dicessero: *chi non risica, non rosica*.

Un tempo era ovvio a tutti che qualunque ricerca, proprio perché è un andare oltre ciò che già conosciamo è intrinsecamente associata a rischi di qualche tipo. Siamo già fortunati quando siamo in grado di anticipare quali potrebbero essere i rischi. Oggi si è diffusa l'idea fasulla che ci possa essere una ricerca, addirittura un mondo e una vita, completamente garantita e immune dai rischi.

Mi sembra una forma di misticismo e di utopia molto distante dall'esperienza concreta di chi ogni giorno fa ricerca o partecipa a una pratica umana concreta. È un'illusione tanto astratta quanto pericolosa. Senza dubbio per fare ricerca ci vuole molta serietà, rigore scientifico e senso del limite.

In passato la ricerca ha imboccato strade molto pericolose e ha rischiato forse più del necessario per fini e inseguendo interessi lontani dalla cura della salute, dalla buona vita o dal buon governo. ⁽³⁾

Ma una cosa è certa, come cantava Bob Dylan: *the times they are a changing!*

Almeno lo spero, per la ricerca e per tutti noi!

* Walter Rocca è professore di Neurologia, professore di Epidemiologia e Direttore dell'Unità di Ricerca Neuroepidemiologica della Mayo Clinic di Rochester, Minnesota, Stati Uniti. Beppe Rocca è dirigente di II livello presso la Direzione Scientifica della Fondazione IRCCS - Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena di Milano. Walter e Beppe sono fratelli e l'intervista è solo un frammento di un dialogo ininterrotto.

Bibliografia:

- 1 - Bok D. *Universities in the marketplace*. Princeton University Press 2003.
- 2 - Krinsky S. *Science in the private interest*. Rowman & Littlefield. Oxford 2003.
- 3 - Kassirer J.P. *On the Take*. Oxford University Press 2005.

Bentornata Audiologia

ENRICO FAGNANI

Con l'avvio della Fondazione IRCCS Policlinico Mangiagalli e Regina Elena si è definito anche il nuovo assetto di alcune Unità Operative storicamente appartenenti all'Ospedale Maggiore Policlinico; in particolare sono stati chiusi gli spazi del padiglione Moneta, occupati dal reparto degenza e dagli ambulatori di secondo livello dell'Otorinolaringoiatria, con trasferimento del personale e delle relative attività presso la Clinica ORL del padiglione Alfieri.

Al padiglione Moneta del Policlinico è stato attivo dal 1969 al 1997 l'Istituto di Audiologia, una struttura fortemente voluta e creata dal prof. Massimo Del Bo, otorinolaringoiatra lombardo, insigne figura di studioso, padre dell'Audiologia italiana.

Questa innovativa struttura, agile e multidisciplinare, si è occupata per oltre venticinque anni, fino alla cessazione dell'attività, di studiare tutte le problematiche uditive, dalla prevenzione allo screening, dalla diagnosi precoce agli aspetti terapeutici siano essi di ordine medico, chirurgico o riabilitativo.

Presso l'Istituto di Audiologia sono state create la prima scuola italiana di specializzazione in Audiologia per medici, oggi riconosciuta a livello europeo come Audiofonologia, e le prime scuole di diploma universitario per tecnici di Audiometria, Logopedia e Audioprotesi, oggi divenute, con il nuovo ordinamento universitario, veri e propri corsi di laurea.

L'Istituto divenne ben presto una vera fucina di ricerca, furono organizzati corsi di formazione per medici e tecnici provenienti da tutta Italia e anche da paesi europei, si applicarono le tecniche audiovisive per consentire a più persone di seguire gli interventi di microchirurgia dell'orecchio, in diretta dalla sala operatoria, si studiarono nuove applicazioni degli apparecchi acustici,

si migliorarono le tecniche diagnostiche della sordità infantile.

Con la scomparsa del suo fondatore, il compianto prof. Massimo Del Bo avvenuta nel 1997, il personale dell'Istituto di Audiologia fu accorpato nell'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria ove continuò ad operare per alcuni anni; oggi finalmente entra a far parte dell'Unità Operativa di Audiologia sotto la direzione del prof. Antonio Cesarani, audiologo di fama internazionale, chiamato dall'Università degli Studi di Milano a ricoprire la cattedra che già fu del prof. Del Bo.

Alla nuova Unità Operativa sono stati assegnati alcuni locali ristrutturati della sezione di via Pace in aggiunta e a completamento di quelli già occupati dai servizi di Logopedia e di diagnosi e cura delle turbe dell'equilibrio.

Il prof. Antonio Cesarani è stato allievo del prof. Del Bo ed ha già lavorato al Policlinico milanese dal 1970 al 1998, dedicandosi a tutti i settori dell'Audiologia e avviando fra l'altro, a metà degli anni 80, il centro di diagnosi e terapia dei disturbi dell'equilibrio presso i locali di via Pace.

Questo centro è diventato, ed è tuttora, un riferimento a livello europeo per i pazienti affetti da vertigini e turbe dell'equilibrio.

Nel 1998, il prof. Cesarani andò all'Università di Sassari come professore straordinario di Audiologia dove si dedicò alla ricerca, alla didattica e alla creazione d'un centro di riferimento audiologico per la Sardegna.

Grazie all'impegno personale dei tre medici audiologi dell'ex Istituto di Audiologia, dal 1997 al 2003 l'attività audiologica presso il Policlinico è proseguita nell'ambito del dipartimento di Scienze Otorinolaringologiche, anche se notevolmente penalizzata dall'accorpamento con l'Otorinolaringoiatria.

Pur nell'obbligata limitazione di esprimere le

specifiche competenze audiologiche solo oltre i normali turni di attività generalistica ORL, non propriamente di nostra competenza, ci si è tuttavia impegnati al massimo per non privare gli utenti di queste prestazioni che sono molto richieste. In particolare sono proseguiti gli studi per l'applicazione dell'impianto cocleare, altrimenti definito dagli organi di informazione *orecchio bionico*, e si è riusciti, unico centro in Milano, ad effettuare oltre 150 interventi di Impianto di coclea artificiale.

Anche grazie alla campagna da noi condotta, la Regione Lombardia ha riconosciuto questa metodica come terapia efficace alla quale il paziente bisognoso ha diritto di fornitura gratuita a carico dello Stato.

Il primo intervento di impianto cocleare multicanale fu effettuato nel 1992 dal prof. Del Bo al padiglione Moneta e costituì uno storico evento di aggiornamento scientifico per tutti quegli specialisti che, giunti da varie regioni italiane, ebbero la possibilità di assistervi in diretta televisiva dalla camera operatoria all'aula del padiglione dove, successivamente, si svolsero un lungo dibattito fra cultori della materia oltre che ricche presentazioni sulle specifiche tematiche dell'argomento realizzate dagli audiologi dell'équipe.

L'impianto cocleare ha rappresentato negli ultimi 10 anni, un argomento caratterizzante e trainante che ha dato grandi soddisfazioni e grande visibilità alle strutture che l'hanno praticato ma soprattutto ai pazienti che l'hanno ricevuto e che sono stati seguiti anche nella fase riabilitativa.

Sì, Audiologia significa anche, e a volte soprattutto, aspetto riabilitativo.

Al paziente affetto da sordità, in particolare se bambino o anziano, non basta la fase diagnostica e di applicazione dell'impianto cocleare o dell'apparecchio acustico ma necessita l'indispensabile fase riabilitativa, parte integrante della terapia, che viene eseguita dalla logopedista sotto la guida dell'audiologo.

La logopedista si occupa anche di valutare l'andamento della riabilitazione mediante la somministrazione al paziente di specifici test sulle abilità uditive.

Con il miglioramento delle nozioni nel campo

delle neuroscienze si è sviluppato il concetto di riabilitazione neurosensoriale con messa a punto di training riprogrammativi sia per quanto riguarda il sistema dell'equilibrio che quello uditivo.

All'Audiologia del Policlinico non si è mai detto e non si dirà mai a un paziente sofferente per acufeni che non c'è nulla da fare per il suo disturbo!

Adesso che all'Audiologia è stata riconosciuta piena autonomia, si riparte con rinnovato impulso, grazie anche all'assegnazione alla nuova Unità Operativa di rinnovati spazi situati nel comprensorio di via Pace.

Con la disponibilità di nuovi e adeguati locali si è potuto allestire un ambulatorio di Audiologia infantile dotato di otomicroscopia e di annessa audiometria infantile con play audiometry; disponiamo di un ambulatorio di Audiologia adulti, di locali per l'audiometria degli adulti e la valutazione delle protesi acustiche mediante prove audiometriche con diffusori in campo libero.

È stato realizzato anche un laboratorio audioprotesico, vale a dire di verifica tecnica degli apparecchi acustici, con possibilità di programmare anche i modelli digitali di ultima generazione.

È stata installata una nuova cabina insonorizzata, dotata anche di schermatura per le onde elettromagnetiche, che serve per registrare i potenziali evocati uditivi.

I potenziali evocati uditivi sono una metodica che consente di diagnosticare precocemente e precisamente i disturbi uditivi nei bambini anche neonati ed è molto utile negli adulti per definire al meglio la sede della lesione lungo le vie uditive.

Grazie a una donazione (Gabriele Trust) abbiamo ricevuto anche diversi personal computer che servono per la gestione dell'enorme mole di dati che sono acquisiti quotidianamente.

Sempre grazie agli stessi fondi privati abbiamo potuto acquisire una modernissima attrezzatura per la registrazione degli echi cocleari, una recentissima metodica che consente di studiare con estrema precisione il funzionamento delle varie parti dell'orecchio interno.

Con gli echi cocleari, chiamati anche otoemissioni acustiche, si può anche effettuare un sensibilissimo screening sui nuovi nati.

Di questi aspetti si occupa il gruppo di elettrofisiologia dell'ex Mangiagalli, ora Fondazione, con il quale abbiamo avviato un progetto di ricerca in comune nel settore del cosiddetto Screening Universale. Si tratta di un ambizioso progetto, esteso a livello regionale e nazionale, finalizzato ad effettuare una verifica sulle capacità uditive di tutti i bambini alla nascita.

Altro settore di collaborazione con le strutture già operanti presso l'ex Mangiagalli è quello della genetica clinica.

Com'è noto, la sordità neurosensoriale grave e profonda, quella che per intenderci rende impossibile la comprensione delle parole e quindi la spontanea acquisizione del linguaggio verbale condannando al sordomutismo il soggetto che ne è affetto, colpisce poco più di una persona su 1000 nella popolazione generale.

Nella popolazione affetta da sordità il 40 % di casi viene attribuito alle varie cause prenatali, neonatali e postnatali mentre ben il 60% circa di queste sordità riconosce una causa genetica.

Di questo 60 % di cause genetiche di sordità, il 30% si colloca nell'ambito di una sindrome, dove quindi la sordità è associata ad altre disfunzioni di organi o apparati, il 70% è formato da cause non sindromiche, dove la sordità è, per fortuna, l'unico problema ed è quindi ben curabile con un intervento precoce.

In quest'ultimo gruppo si riconosce un 20% di forme dominanti, un 75% di forme recessive, un 4% di forme legate al cromosoma X femminile (femmine portatrici sane) e un 1% di forme legate a disfunzione mitocondriale.

Grazie ai finanziamenti ottenuti da Gabriele Trust abbiamo potuto bandire borse di studio finalizzate a questi settori della ricerca audiologica avanzata nel campo della sordità infantile.

Dalla complessità dell'argomento si deduce come la materia, in continua e rapida evoluzione, richieda dedizione totale da parte di personale altamente specializzato che deve continuamente aggiornarsi confrontandosi con gli altri centri nazionali e internazionali.

L'orecchio ha la stessa dignità dell'occhio, amava ricordare il prof. Del Bo quando apriva i lavori scientifici dei numerosi convegni che ha

organizzato e presieduto; l'attuale incredibile sviluppo delle neuroscienze gli ha dato ragione giustificando appieno l'esistenza e lo sviluppo di una disciplina medico chirurgica che non vuole essere un'asettica super specialità ma promuovere una nuova e più moderna, o forse antica, modalità d'approccio interdisciplinare alla persona – paziente, dove il senso dell'udito rappresenta la porta d'ingresso che abilita allo studio di tutto l'individuo, evidenziando inaspettati collegamenti di organi, apparati e sistemi con l'orecchio da non dimenticare.

Curare l'ammalato, non curare solo la malattia

ENRICO GHISLANDI

Curare e, se possibile, guarire gli ammalati è da sempre compito e ragion d'essere dei medici. "Curare infirmos".

Come mai, allora viene fatto di domandarsi, oggi, se vi è qualcuno che, anziché curare il malato, cura solo la malattia? Questa domanda era, a mio parere, improponibile e impensabile fino ad alcuni decenni fa. Negli ultimi tempi però molte cose in sanità sono cambiate: accanto a enormi progressi della medicina (mortalità infantile ridotta, vita media allungata, malattie infettive vittoriosamente combattute), si sono create delle condizioni favorevoli ad altri fenomeni meno gloriosi: gli ospedali sono diventati aziende, il profitto si è insinuato nella tecnologia medica, nella organizzazione sanitaria e nella ricerca biomedica.

Nei nostri paesi industrializzati si è diffuso il proposito di rispondere a tutti i bisogni di salute di tutta la popolazione (*welfare state*). Ciò ha portato ad una estesa medicalizzazione, ad avere più medici, più ospedali, più farmaci, più tecnologia. Ma tutto questo si è tradotto anche in un notevole aumento della spesa sanitaria. La grande importanza assunta dallo sviluppo delle innovazioni tecnologiche, oltre che rivoluzionare gran parte delle procedure diagnostiche e terapeutiche, ha, in un certo modo, ipnotizzato il modo di pensare e di fare dei medici, mettendo in seconda o terza linea il rapporto fra sanitari e ammalati che deve essere sempre valido anche o, meglio, soprattutto quando la cura non consegue la sperata guarigione⁽¹⁾. Questo ultimo obiettivo è invece poco perseguito. Altro che "curare infirmos"! Vi sono delle intere categorie di malati che non sono oggetto di attenzioni e di visite, e che non trovano letti nei nostri ospedali impegnati a curare solo o prevalentemente coloro che possono guarire.

Così i malati cronici, i vecchi, gli psicotici, i neoplastici in fase avanzata vengono lasciati alle capacità d'assistenza e di cura delle famiglie le quali, come è noto, non sono sovente in grado di farlo, anche perché i nuclei familiari non sono più anche numericamente quelli di una volta.⁽²⁾

Poiché la domanda di salute cresce e le risorse per un welfare state universalistico diminuiscono, si è giustamente pensato di stabilire delle priorità, ma si è anche ricorsi meno giustamente al modello aziendale in sanità.

L'ospedale però non è un'azienda, come non lo sono una università o una biblioteca: tutte istituzioni che erogano servizi e non producono, direttamente, ricchezza. Ma tant'è, l'aziendalizzazione impera e forza non poco la mano nelle scelte operative, che sono finalizzate al guadagno.

Qualche esempio? C'è solo l'imbarazzo della scelta.

I parti cesarei. Secondo le raccomandazioni dell'O.M.S. i parti cesarei in generale non debbono superare il 15% di tutti i parti. In Italia (2002) il 33% delle donne partorisce con il cesareo; più in dettaglio, negli ospedali la percentuale è del 26%, mentre nelle cliniche private è del 44%. È appena necessario aggiungere che il DRG di un cesareo (=parto complicato) è più elevato del DRG di un parto normale.⁽³⁾

Le angioplastiche coronariche e le applicazioni di stent sono via via cresciute nei laboratori di emodinamica nelle varie regioni d'Italia e ci allineano ai paesi all'avanguardia nel settore, secondo i dati della Società Italiana di Cardiologia invasiva (anno 2000). Colpisce tuttavia il dato della Lombardia, regione nella quale si esegue più del doppio delle procedure abituali per le regioni ad alta attività di cardiologia interventistica (Piemonte, Toscana, Emilia, Veneto).⁽⁴⁾

Il Comitato etico dell'Ospedale di Reggio Emilia

nel 2001 è stato messo di fronte ai problemi posti da uno “studio italiano cancro pancreas” per il quale si dovevano arruolare pazienti randomizzati fra trattamenti con un farmaco chemioterapico (la gemcitabina) o con due (gemcitabina e cisplatino). L’obiettivo dello studio era verificare se il trattamento con due farmaci poteva ottenere un aumento della mediana di sopravvivenza di 10 settimane rispetto ai casi in trattamento con un solo chemioterapico. Naturalmente l’aumento mediano di sopravvivenza di circa 70 giorni era a prezzo di maggiori disturbi per il malato a causa della chemiotossicità concomitante. Il Comitato etico si chiese (e noi anche) quale fosse il meglio per il paziente, se partecipare o non partecipare allo studio.⁽⁵⁾

E cosa dire degli interventi chirurgici? Gli anglosassoni hanno per i primi denunciato il fenomeno della “unnecessary surgery” e anche da noi qualche voce autorevole si è levata per dire che un intervento su tre è inappropriato o inutile, ma viene eseguito “per efficientismo o per guadagno”.⁽⁶⁾

Anche la ricerca biomedica non è immune da critiche per evidenti conflitti di interesse. Da qualche anno le principali riviste scientifiche internazionali hanno lanciato un allarme per la crescente mancanza di indipendenza economica della ricerca e per la necessità di vigilare. Nel 2002 è stato fondato in Italia il Comitato per l’integrità della ricerca biomedica (C.I.R.B.). Il Centro Cochrane italiano, che è stato uno dei fondatori del CIRB, ha lamentato che “gli indirizzi di ricerca vengano troppo spesso definiti in funzione del ritorno commerciale a breve o medio termine e non, come dovrebbe essere, in funzione della rilevanza dei quesiti per la cura del malato”.⁽⁷⁾

Il panorama, come si vede, non è del tutto roseo e occorre perciò ribadire l’impegno prioritario di curare le singole persone, al meglio. Questo implica studio, riflessione, impegno, disinteresse per la notorietà e per il facile guadagno. Per la cura degli ammalati occorrono scienza e tecnica, ma anche pietà e calore umano.⁽⁸⁾

Managerialità, DRG, aziendalizzazione dei luoghi di cura, contenimento della spesa sanitaria

sono tutte esigenze importanti, ma la cura personalizzata di ogni ammalato che si affida a ognuno di noi (e non solo la cura fredda e indifferente della sua malattia) restano il “primum” e il “proprium” del nostro mestiere.⁽⁹⁾



La visita del medico (Frans van Mieris il vecchio, sec. XVII).

Bibliografia:

- 1 - Cosmacini G. *La dinamica storico – culturale della medicina nel Novecento*. La Ca’ Granda 3, 11-15, 2004
- 2 - Ghislandi E. *Curare anche chi non può guarire*. Rec. Progr. in Medicina 91, 1, 20, 2000
- 3 - De Bac M. *Parto cesareo per un’italiana su tre*. Corriere della Sera, 7 gennaio 2002
- 4 - Prati P.L. *Cuore e salute* 11, 511, 2001
- 5 - *Il ruolo dei comitati etici in Italia*. Documenti del Convegno – Verona, 11 – 12 ottobre 2002
- 6 - Agus G.B. *Medicina, la catena di montaggio degli interventi inutili*. Corriere della Sera, 30 dicembre 2003
- 7 - Liberati A. et al. *Cochrane News* 8, 2, 2003
- 8 - Ghislandi E. *Negli ospedali non solo scienza, ma pietà e calore umano*. Janus 8, 149 – 152, 2002
- 9 - Malliani A. *Il mestiere del medico*. Corriere della Sera – Milano, 31 ottobre 2002

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

LUIGI OFFEDDU

Per secoli, la presenza e la necessità degli ospedali nelle città dell'uomo si è fondata su un pilone centrale: la "compassione", da "con-patire", "soffrire insieme". Questa veniva ancora prima, rispetto agli altri due piloni gemelli: la cura, e l'assistenza. Il "con-patire" li teneva in piedi, ne era la radice e l'ispirazione, e alimentava il richiamo alla generosità di chi viveva "fuori", nel mondo dell'apparente salute: come ben dimostrano anche le biografie di tanti benefattori dell'Ospedale Maggiore, quelle corsie dove si soffriva, si moriva e si guariva nel centro della città erano lo specchio e insieme il volano potentissimo di una compassione che diventava costume sociale, prima ancora che comandamento imposto dalla fede cristiana. Si donava, certo, nella speranza di prenotarsi un angolo di paradiso. Ma anche perché lo suggeriva una sapienza consolidata: voltarsi dall'altra parte appariva inutile, oltre che moralmente riprovevole e contrario alla dottrina cristiana. Non si ignorava nulla. La malattia, la morte, la vecchiaia, il bisogno, la solitudine, non erano espulsi dalla comunità, la loro visione non aveva il marchio di scandalo, quasi di "pornografia", che ha oggi. La limitatezza e la fragilità dell'esistenza umana erano lì, anche materialmente, davanti agli occhi di tutti. Che fossero destino comune, era una certezza condivisa da tutti. Anche perché la medicina non aveva gli strumenti di oggi, certo, e si viveva di meno e peggio: ma anche perché si ingannava di meno, e di meno ci si auto-ingannava. Non c'erano telecamere o riflettori, a truccare la verità. Quella stessa verità - si vive, si ama, e infine si soffre, si muore - è naturalmente la stessa di oggi. Travisata, nascosta, mal tollerata, forzosamente dimenticata, ma esiste. Anzi: esiste ancora di più, e può fare ancora più male, con l'ac-

crescersi della popolazione anziana, l'indebolirsi dello Stato sociale, l'iper-tecnologizzazione, il galoppo schizofrenico della vita quotidiana, la mitologia sempre più arrogante del successo, della bellezza esteriore, dell'efficienza, della cosiddetta fitness. C'è sempre meno tempo, per tutto e per tutti: o almeno, così sembra o così ci fanno credere. Soprattutto, c'è sempre meno tempo per loro: i vecchi, i malati, coloro che sono assediati dalla solitudine; c'è meno tempo ma loro, che ce ne accorgiamo o no, sono sempre qui. Mentre nell'ospedale, nella casa di riposo, e in tutti i luoghi istituzionalmente deputati a lenire i loro bisogni, il pilone centrale di un tempo - quello della "con-passione"- si assottiglia sempre più; dovrebbero restare gli altri due, "cura" e "assistenza", ma se il primo si indebolisce, anch'essi perdono consistenza. Inutile fare processi, se pure esiste un colpevole: è semplicemente la realtà, quella ben conosciuta da chi sia visitato dal bisogno fin nella propria casa.

Eppure non è, non è ancora, una realtà senza speranza. Qualcuno ci sta salvando: donne venute da molto lontano, da mondi a noi sconosciuti, che tutte insieme ci offrono ormai una sorta di grande paracadute sociale. Sono le "badanti" straniere, coloro che vediamo passare ogni giorno per la strada al braccio di un nostro anziano, o anche coloro che - quando le loro conoscenze professionali lo consentono- si muovono sorridenti e silenziose nelle corsie dei nostri ospedali, e delle nostre case di cura. Ci siamo abituati a loro, diamo per scontate la loro presenza e la loro opera: ma così non è, e di loro dobbiamo scoprire ancora quasi tutto. Chi sono, veramente? Che cosa possono veramente darci e ricevere da noi? Che cosa portano con sé e dentro di sé?

“È una Russia”, dicevano un tempo le casalinghe sconsolate: così, nel linguaggio di tutti i giorni, descrivevano una dimora in preda al disordine, alla polvere, agli orari e alle abitudini squinternate dei suoi inquilini; immagine simbolica della Russia, appunto: la patria di tutte le rivoluzioni, del caos nella storia. Ma come cambiano, i tempi: oggi, proprio dalla Russia, dall’Ucraina, dalla Bielorussia, in una parola dal mondo dei Grandi Slavi, giungono persone alle quali chiediamo di portare ordine, pulizia, serenità e assistenza nelle nostre case, di aiutarci a reggere il peso della fatica quotidiana.

La “badante”, quasi sempre, è una figura molto diversa da quella della tradizionale “domestica” o collaboratrice domestica di un tempo, cui era richiesto solo un impegno di tipo materiale. Lo è socialmente, economicamente, sindacalmente, e soprattutto umanamente. O almeno, dovrebbe esserlo. Perché da lei ci si attende qualcosa di immenso: che riempia il vuoto, e il silenzio, accanto ai nostri familiari. Ognuno, naturalmente, può raccontare esperienze felici o infelici avute nei singoli casi. Accanto alle immigrate dell’Europa Orientale ci sono anche quelle del Sud America o dei paesi asiatici. Sarebbe impossibile, e sbagliato, generalizzare. Tuttavia, “radio famiglie” esiste, il passaparola funziona. E dice che, nell’assistenza agli anziani e agli ammalati, sono appunto le donne provenienti dal mondo slavo quelle che in genere manifestano le attitudini più spiccate. Certo non solo per le qualità fisiche, per l’alta statura, la proverbiale robustezza, e l’abitudine al sacrificio fisico che dovrebbero renderle, in teoria, più adatte a sollevare un ammalato, o più resistenti nelle lunghe ore di veglia. C’è qualcosa di più: una pazienza, e una capacità di condivisione, che sembra avere profonde radici culturali, che sembra sgorgare da altri secoli, e da ben precise radici filosofico-religiose. Una pazienza che non esiste per caso, o perché provocata ad arte dal crudo interesse economico.

Tatiana, Svetlana o Elena, abbandonati i villaggi degli Urali o della Moscovia, o le miniere del Donetsk, camminano stanche e un po’ smarrite per le strade di Milano. Spesso, hanno sulle spalle giovinezze logorate dalle privazioni. Dormono in sette, o in dieci, per appartamento, o nei dormitori delle parrocchie e delle associazioni religiose. Sentono la

solitudine più ancora delle immigrate sudamericane: poiché non parlano lo spagnolo, lingua “sorella” dell’italiano, ma un idioma da questo lontanissimo per alfabeto, grammatica, pronuncia, ascendenze glottologiche. E sono cristiane ortodosse, non cattoliche. E tutto, nei loro luoghi, è profondamente diverso: dal biancore della neve, al buio che d’inverno cala alle tre di pomeriggio e tuttavia odora di focolari, di cavalli, di casa; all’azzurro stellato delle cupole sui campanili delle chiesine di campagna, ai voli delle gru in primavera, a quelli delle cornacchie in inverno. Queste donne hanno lasciato a casa mariti, fratelli e padri che raramente tentano l’avventura: perché legati da un posto di lavoro “sicuro”, anche se modesto, o anche perché schiavi dell’alcolismo e dell’apatia. Le loro mogli e sorelle no, le loro donne che rimandano indietro tutti i risparmi hanno un coraggio e una forza antiche. E dovremmo conoscerle meglio. Perché sono protagoniste insieme a tutti noi di un vera rivoluzione sociale e culturale: l’incontro fra due metà dell’Europa separate da millenni di tragedie, ma unite dalla fede cristiana. Queste persone sono molto spesso laureate o diplomate, in ogni caso possiedono un buon livello di istruzione. Liberate dalla caduta del Muro di Berlino, e sfuggite a scenari di profonda miseria (cento Euro al mese sono già uno stipendio desiderabile per un’insegnante ucraina) approdano fra i computer e gli schermi al plasma della nostra società, portando ben stretti con sé tutti i propri valori. E che valori. La caratteristica principale che poesia, storia, letteratura, filosofia e religione attribuiscono ai popoli della Grande Rus’, la Grande Russia, è proprio la capacità di compassione, di condivisione della sofferenza altrui. Non un semplice “buon sentimento”, e neppure una regola di buon vivere: ma una fiamma in cui va a spegnersi la fiamma di colore esattamente opposto, e presente nello stesso paese, cioè la ferocia storica dei governanti, di imperatori e ideologi. Queste erano sì terre di caos politico, di tirannia, di miseria economica, di sofferenza: ma nonostante tutto questo, o forse proprio per tutto questo, anche terre - come disse il filosofo Nikolaj Berdjaev - “di fantastica ebbrezza spirituale”. Tanto sono dolorose le ferite aperte nella Grande Rus’, da rivoluzioni e oppressioni di Stato, o dalle furibonde anarchie che hanno deva-

stato nei secoli una società contadina, tanto è viva e profonda la tradizione della compassione. Tutta l'opera di Fedor Dostojevskij ne è pervasa, ma anche quelle di Leone Tolstoj, di Alexander Puskhin, di mille altri artisti, scrittori e pittori; in tutte le icone è la com-passione - nello sguardo della Madre rivolto al Cristo, e ad ogni uomo- la tinta più forte, ben più scintillante di ogni lamina dorata; bisogna chiedere perdono a tutto il creato, "bisogna chiedere perdono anche agli uccellini", si ricorda nelle pagine dei fratelli Karamazov. Nella Rus', come in nessun altro luogo d'Europa e d'Asia, agli "ultimi", ai più poveri, ai malati nel corpo e nello spirito, a coloro che accettano di perdere tutto, è assegnato il dono della verità, e la profezia della vita eterna. Perciò assistere un malato, un vecchio, un debole, un povero, è considerato da questi popoli un grande privilegio: poiché regala una scintilla di vita eterna. E questo, per gente che lo ha sentito ripetere fin dalla culla, varrà a Mosca, a Kiev, a Novosibirsk, come a Milano. (Sono in fondo gli stessi sentimenti che per secoli hanno guidato i medici, gli infermieri e i benefattori, tutti coloro che hanno plasmato lo spirito dell'Ospedale Maggiore).

Mitezza, misericordia, dolcezza, sono le radici che il monachesimo ortodosso russo innerva in quello greco; "Signore abbi misericordia di me", è l'invocazione che gli starec o "anziani" - i monaci più santi che guidano spiritualmente con il loro esempio il popolo dei fedeli - raccomandano a tutti di recitare, ogni minuto, sul ritmo stesso del respiro e dei battiti cardiaci. Solo questo, insistono, può fare l'uomo, di giusto e di utile: comprendere se stesso, perdonare l'altro, perdonarlo in tutto; e soltanto dopo, consigliare; mai giudicare, mai condannare. In questa visione slava la dimensione della fede, rigorosamente verticale - dal creato al creatore, dall'essere più debole a quello onnipotente - trascina nel suo gorgo in ascesa anche tutti coloro che lo stanno accanto, ed intorno, i con-partecipi. E se non lo fa, se non riesce e non vuole farlo, è considerata una fede egoista, sterile.

Qualcosa, sulla personalità delle moderne "badanti, ci ha detto anche la storia contemporanea. Nel ricordo degli alpini italiani della spedizione in Russia sono rimaste le vecchie babushke, le nonne, o le ragazze che accoglievano i soldati nemici feriti o

isolati nelle loro isbe, rischiando esse stesse la morte; e con una cucchiata di "borsch" - la zuppa nazionale di cavoli - o una fetta di pan nero rinnovavano la tradizione antica. Perfino sulla ferocia della guerra, almeno nel popolo se non nei suoi governanti, vinceva la compassione. Lo ricorda anche, nei suoi diari, il poeta Evghenii Evtushenko: "Nel 1944 tornammo a Mosca, mia madre e io, e fu la prima volta nella mia vita che vidi dei nemici. Erano, se non ricordo male, venticinquemila prigionieri tedeschi che dovevano attraversare le strade della città, in lunghissima colonna. I marciapiedi erano gremiti di gente, trattenuta indietro da soldati e poliziotti. Una folla immensa. Tutte donne, donne russe con mani da uomo, deformate dalla fatica, con labbra che non conoscevano rossetto, spalle magre, ossute... A ognuna di esse, con ogni probabilità, i tedeschi avevano portato via o il padre, o il marito, o il fratello, o il figlio. C'era odio negli occhi di quelle donne che stavano aspettando la colonna dei prigionieri e guardavano ansiosamente in cima alla strada. Finalmente comparvero. Davanti c'erano i generali: marciavano con il volto superbo, le mascelle serrate. Gli angoli delle loro labbra erano asciutti: portavano dipinto il disprezzo. In quel modo essi volevano riaffermare la loro aristocratica superiorità sulla plebe che li aveva vinti. Le mani operaie delle donne, al loro passaggio, si strinsero a pugno. 'Puzzano d'acqua di colonia, quei farabutti!' gridò una voce tra la folla e i soldati e i poliziotti dovettero spingere con tutta la loro forza per tenere indietro le donne che volevano rompere lo sbarramento. All'improvviso successe una cosa quasi straordinaria. Dietro ai generali, vennero avanti i soldati: magri, sporchi, la barba lunga, la testa bendata con fasce insanguinate. Alcuni s'appoggiavano alle stampelle, altri alla spalla dei compagni incolumi. Tenevano la testa bassa. Più nessuno urlò. Un silenzio di morte corse per la strada. Si sentiva solo il rumore delle suole e delle stampelle sul selciato. 'Lasciatemi passare' disse una donna con dei grandi stivaloni russi, mettendo una mano sulla spalla di un poliziotto. Era talmente deciso il tono e la richiesta, che il poliziotto le lasciò il passo, come se avesse udito un ordine. Avvicinatasi alla colonna dei prigionieri, la donna estrasse dal suo giubbotto un pezzo di pane nero, gelosamente custodito dentro

un fazzoletto, e lo porse a uno dei soldati tedeschi, uno di quelli che si trascinavano con maggior fatica. Altre donne seguirono il suo esempio e gettarono pane, sigarette e altra roba ai soldati tedeschi. Questi, d'incanto, avevano cessato di essere dei nemici: adesso erano degli uomini, nient'altro che degli uomini.

Queste sono pagine di cronaca. Ma non sono forse gli stessi concetti ribaditi, nel "Guerra e Pace" di Tolstoj, dal principe Andrej Bolskonskij ormai morente? "La compassione, l'amore per i fratelli, per chi ci ama; l'amore per chi ci odia, l'amore per i nemici; sì, proprio quell'amore che ha predicato Iddio sulla terra, che m'insegnava la principessina Marija, e che io non comprendevo; ecco che cosa mi dava rammarico a staccarmi dalla vita, ecco che cosa mi sarebbe ancora restato, se fossi vissuto... Ma ormai, è troppo tardi. Lo so!".

Se la compassione è con-divisione, e insieme volontà di aiuto, non meraviglia che ben prima di Lenin siano stati proprio gli "starec", a denunciare l'ingiustizia che pervadeva tutta la società russa. La chiesa ortodossa, per varie ragioni storiche ma anche per una sorta di vizio millenario, è sempre stata chiesa di Stato, troppo spesso iper-sensibile alle ragioni di chi comandava. Il Kgb di Stalin "ordinava" i vescovi, né più né meno come faceva l'Ochrana, la polizia segreta degli zar. Ma gli starec, e i "folli di Dio", e gli "jurodyvij" o poeti e giullari della verità, erano ben altra cosa. Non possedendo nulla, e non sperando in alcuna carica o potere, spettava a loro svelare la nudità del re, difendendo i suoi poveri schiavi. E perfino qualche vescovo, come Tichon di Zadonsk, a metà del '700, osava frustare i potenti: "I proprietari terrieri - predicava - dimenticano che i loro servi sono uomini come loro. A che serve costruire e ornare le chiese se lo si fa con il denaro ricavato dallo sfruttamento dei lavoratori? Non vi è alcun merito..., anzi farlo è peccato. Per i tuoi contadini e i tuoi servi, sii un padre". Qualche decennio prima, Dimitrij di Rostov non era stato meno caustico: "Oggi, in molti palazzi dei signori, si vede che mangiano e bevono i frutti del lavoro costato sangue ai loro servi, e tormentano spietatamente i loro poveri mugichi; non il pane, quelli divorano, ma gli uomini di Dio".

Serafino di Sarov era invece più soave, anche nella parola: "Dobbiamo trattare il prossimo con dolcezza,

badando a non offenderlo in alcun modo. Ad una persona smarrita e turbata, dobbiamo ridare coraggio con una parola affettuosa. 'Getta il mantello sul peccatore in modo da ricoprirlo' consiglia Isacco il Siro. Quando avviciniamo qualcuno, dobbiamo essere puri in parole e in spirito, uguali verso tutti, senza mai adulare nessuno; altrimenti la nostra vita sarà inutile". Un altro starec veneratissimo, Ambrogio di Optino, morto pochi anni prima della rivoluzione bolscevica, è ancor oggi descritto come il simbolo della mitezza, un uomo capace di leggere anche nel cuore dell'assassino più feroce, e di salvarlo: una delle sue biografie ricorda che "più invecchiava e più il suo viso diveniva benevolo e gioioso, con quel suo compassionevole sorriso che sollevava e riscaldava il cuore, quel suo sguardo dolce che prometteva sempre qualcosa di buono e nel quale una fiamma guizzante rivelava una vita piena. Egli ascoltava sempre con attenzione il suo visitatore e questi sentiva che in quel momento lo starec viveva con lui e gli era anche più vicino di quanto lui non fosse a se stesso". Scriveva lo stesso Ambrogio: "Io desidero donare ad ogni uomo la gioia benedetta di Dio, aiutare ciascuno, qualunque siano le circostanze della sua vita".

Le badanti nate nella Grande Rus', vengono qui in Italia spinte dal bisogno economico. Ma nei loro ricordi, nei racconti dei loro nonni e nel loro Dna, ci sono anche parole come queste. Scoprirle, o ritrovarle, spetta anche a noi.



Cancello settecentesco di ferro battuto e inciso, fra le due grandi sale del nostro archivio storico.

Riscoprire la dignità della persona umana

GIANCARLO DAL SASSO

Premessa

Stiamo assistendo in questi tempi a un curioso e contraddittorio fenomeno: da una parte, si registra, purtroppo, una quasi quotidiana violazione della dignità umana con guerre, stragi, violenze di ogni genere e, dall'altra, quasi per difendersi da questa diffusa patologia, si va sviluppando una fioritura di dibattiti e di pubblicazioni sulla dignità della persona umana, per far riemergere, quasi come un'autodifesa, un problema centrale, sul quale è necessario ritornare frequentemente per non perdere di vista un valore fondante della civiltà umana, appunto, la dignità umana.

Riteniamo opportuno, secondo una significativa tradizione di questa rivista, sempre attenta ai problemi della persona e della sua dignità, specie in sanità, affrontare in questa sede la questione della dignità umana con un'esposizione essenziale, che, senza alcun taglio specialistico, offra agli affezionati lettori una panoramica sobria e, speriamo, chiara, su un tema peraltro difficile.

Ci scusiamo in anticipo con gli addetti ai lavori se su tale problematica non diremo niente di nuovo, né in modo nuovo, accontentandoci di una messa a punto, documentata e aggiornata, che si faccia leggere e si faccia capire.

Faremo riferimento nel corso della nostra ricerca ad alcuni autori e relative pubblicazioni, che verranno indicati con una numerazione progressiva e richiamati, poi, nella nota finale dell'articolo.

In questo affascinante *viaggio* intorno alla *dignità della persona*,osteremo idealmente in quattro *porti*, che potremo identificare con quattro sottotitoli, due teorici: 1 - *la dignità umana*; 2 - *la persona umana*; e due pratici: 3 - *la tutela giuridica della dignità umana*; 4 - *la tutela giuridica dell'integrità della persona umana*, con una breve *conclusione* in chiave poetica.

1 - La dignità umana

La nostra trattazione si concentrerà sulla *dignità umana*, cioè sulla dignità dell'essere umano, di ogni essere umano, senza allargare il discorso alla dignità da riconoscersi agli animali e, in prospettiva, ai "robot" o macchine "intelligenti", tema interessante e di attualità, ma che esula dalla presente disamina.

Pur sapendo che le parole hanno diversi significati e si logorano quando sono troppo usate, cercheremo di spiegare di volta in volta i termini più complessi, ripetendo spesso la parola "*dignità*", con la convinzione che anche una sua ripetizione possa concorrere a fissarne meglio il prezioso contenuto.

In un discorso articolato sulla dignità umana occorre *premettere* che in essa convergono due concezioni dell'uomo e dei suoi diritti: quella religioso-cristiana del fondamento e quella laico-giuridica dei contenuti (G.M. Flick, *La Stampa*, 28.5.05).

Che cos'è, dunque, la dignità umana?

Come abbiamo già accennato in un precedente articolo dal titolo "Rispetto della dignità della persona e tutela della privacy, particolarmente in sanità", pubblicato da "la ca' granda"⁽¹⁾, il termine *dignità* (dal latino dignitas, dignus,) *significa* eccellenza, nobiltà, valore: perciò *degno* è ciò che ha valore e quindi merita rispetto. La *dignità* della persona umana significa che la persona umana merita assoluto rispetto per sé⁽²⁾. La dignità dell'essere umano è un valore culturale che fonda tutti gli altri valori, compresi quelli etici, nonché tutti i diritti a lui riconosciuti⁽³⁾, perché la dignità umana nasce con la nascita dell'essere umano⁽⁴⁾.

La dignità dell'essere umano è un *principio etico*, per il quale la persona umana non deve mai essere trattata solo come un *mezzo*, ma come

un *fine in sé*⁽⁵⁾, principio enunciato con chiarezza dal filosofo tedesco Kant, il quale ha scritto testualmente: “Gli esseri razionali stanno tutti sotto la legge secondo cui ognuno di essi deve trattare se stesso e ogni altro mai semplicemente come mezzo, bensì sempre insieme come fine in sé”⁽⁶⁾.

L'essere umano è, dunque, degno perché è *fine in se stesso*, con il conseguente divieto assoluto di ogni sua strumentalizzazione, tenuto conto che la dignità non ha prezzo, non è comprabile, né vendibile.

Da tale principio il filosofo del diritto Scarpelli ha tratto due ulteriori principi, cioè il *principio di tolleranza* (rispetto della libertà dell'altro) e il *principio del non danneggiare* l'altro (rispetto dell'integrità dell'altro)⁽⁷⁾.

Se la dignità è tutto ciò, ne consegue che essa richiede rispetto: rispetto di sé (risolto interno) e rispetto dell'altro (risolto esterno).

Il *rispetto*, inteso come *tutela* della dignità, diventa un *diritto civile* del soggetto umano, che ne è titolare, ma, nel contempo, si pone anche come un *dovere giuridico*, in base al quale ogni soggetto umano deve trattare l'altro e gli altri individui umani in modo che ognuno possa conservare la propria dignità, con la precisazione che detto dovere di tutela della dignità di ogni essere umano è un dovere più forte degli altri doveri^(8,9).

Sul punto, si può concludere che la dignità umana è un valore, un principio etico, un diritto e un dovere giuridici, così strettamente connessi tra loro e all'essere umano, da dedursi che dignità umana, essere umano e persona umana sono tra loro indissolubilmente legati.

La persona umana

Se la dignità umana è inseparabile dall'essere umano e l'essere umano è persona umana, diventa indispensabile chiederci: *chi è persona umana?*

Come è noto, nel linguaggio corrente, parlando dell'essere umano, dell'uomo, si usa spesso il termine *persona*, che, etimologicamente, significa “maschera teatrale”, per indicare la maschera che nel teatro antico trasformava il volto naturale di un soggetto umano in quello artificiale di un altro personaggio.

Per la filosofia la *persona* è un individuo della specie umana, un soggetto con natura umana, individuale e razionale, unico e irripetibile, la cui dignità

si fonda sulla persona stessa⁽¹⁰⁾.

“La *persona* è una sostanza, che si caratterizza per una specifica proprietà o qualità, cioè *la dignità*”(Alessandro di Hales).

Per il diritto romano, *persona* era un soggetto titolare di diritti, in contrapposizione allo schiavo, che ne era, invece, privo.

Approfondendo il *concetto* di persona, si può ritenere che è *persona* ogni essere umano, il quale, per la sua struttura fisica e mentale, è capace di compiere atti di razionalità, autocoscienza e libertà, anche se non compie attualmente tali atti per un insufficiente sviluppo o per qualche impedimento, interno o esterno.

A questo punto sorge, però, un altro interrogativo: *a quale essere umano si può e si deve attribuire la qualità di persona e, quindi, a quale individuo umano spettano il rispetto e l'inviolabilità, attribuiti alla persona?*

Fino a qualche tempo fa si ammetteva pacificamente che ogni essere umano era *persona* e che soltanto l'essere umano era *persona*: i due termini - *essere umano* e *persona umana* - erano quindi equivalenti: dove c'era un essere umano là c'era una persona e soltanto un essere umano poteva definirsi persona⁽¹¹⁾.

Ne derivava un accordo unanime sull'*obbligo morale* di rispettare ogni essere umano in quanto persona e tale rispetto era il criterio per giudicare del grado di civiltà di una società: essa era tanto più civile quanto maggiore era il rispetto verso ogni singolo individuo, cioè verso ogni persona⁽¹²⁾.

Oggi il clima culturale è radicalmente cambiato. Alcuni, infatti, ritengono che ci siano uomini (esseri umani) che *non sono persone*; altri sostengono, invece, che ci siano non uomini (non esseri umani) che sono *persone*.

In altre parole, si afferma che degli individui umani, in determinate condizioni fisiche o psichiche, non si possano più considerare persone, mentre ci siano animali non umani, che sono così sviluppati, da potersi considerare persone.

In particolare, per il filosofo Engelhardt non tutti gli esseri umani sono persone: i feti, gli infanti, i ritardati mentali gravi e coloro che sono in coma senza speranza costituiscono esempi di non persone umane, pur essendo membri della specie umana.

Per il filosofo Singer, invece, il concetto di persona dovrebbe essere attribuito, ad esempio, anche alle scimmie antropomorfe (lo scimpanzè e il gorilla).

Ancora, secondo questi studiosi, per poter parlare dell'esistenza di una persona umana, le *qualità* che la caratterizzano, cioè la *razionalità* (capacità di ragionare), l'*autocoscienza* (sapere che si ragiona), la *libertà* (facoltà di autodeterminazione o di scelta), devono essere possedute dalla persona non in potenza, ma *in atto*⁽¹³⁾.

Si fa coincidere la categoria di *persona* con l'esercizio attuale di una determinata qualità umana, con la conseguenza che non è il soggetto umano che rende possibili determinate qualità, ma sarebbero le qualità messe in atto che renderebbero possibile l'esistenza di una persona.

È stato rilevato che se fosse vera la coincidenza tra persona e qualità umana in atto, anche l'individuo umano adulto, dormiente o ubriaco, non sarebbe più, sia pure temporaneamente, una persona⁽¹⁵⁾.

In merito a questa teoria che fa dipendere il riconoscimento dell'essere persona dall'esercizio di una qualità o funzione umana, si può rilevare che la stessa sembra confondere due concetti, che vanno tra loro distinti, per evitare equivoci sulla *categoria di persona*, cioè il concetto di *persona* e quello di *personalità*. Infatti, la *persona* è *personalità* in potenza, cioè una persona che si attuerà attraverso atti personali, mentre la *personalità* è persona in atto, cioè è l'individuo umano, che, mediante atti personali, si è evoluto nel modo che è conforme alla sua natura⁽¹⁴⁾. Da tale distinzione nasce, come vedremo, la teoria *personalista*, in base alla quale le qualità sopra indicate (razionalità, autocoscienza, libertà), anche se non messe in atto, sono tuttavia proprie e specifiche di un soggetto umano, che si appoggia su se stesso, che esiste in sé e per sé e quindi è *persona umana*.

Se sul *piano pratico* sembra esserci ancora un accordo unanime nel ritenere che ogni persona è degna di essere rispettata e tutelata, invece, su quello *teorico*, come abbiamo sopra evidenziato, non tutti sono però d'accordo sul modo di intendere la persona umana.

Infatti, sussiste una diversità di opinioni sulla definizione teorica di persona, specie nell'ambito della bioetica e della biomedicina. Sotto questo aspetto, attualmente si possono individuare almeno due ten-

denze opposte nel definire la 'persona': una tendenza *riduzionista*, che *riduce* lo spazio riservato alla persona, teorizzando una separazione dell'essere umano dalla persona e dalla vita umana; e una tendenza *personalista*, che, invece, *estende* lo spazio riservato alla persona, giustificando una sostanziale identità (di principio e di fatto) tra essere umano, persona e vita umana.

La tendenza *riduzionista* determina due effetti inquietanti, soprattutto in ordine alla valutazione morale di alcune problematiche biomediche: 1 - la *posticipazione dell'inizio della persona umana* rispetto all'inizio della vita, cioè l'inizio della persona viene spostato dal momento del concepimento (o processo di fecondazione) che consiste nella fusione del gamete maschile (spermatozoo) con il gamete femminile (ovulo) che dà luogo ad un'unica cellula chiamata zigote (destinata a svilupparsi come un nuovo individuo) a un momento successivo, quello della gravidanza e della nascita; 2 - l'*anticipazione della fine della persona umana* rispetto alla fine della vita umana⁽¹⁶⁾.

Pur rispettando le diverse e opposte opzioni filosofiche in tema di persona, riteniamo, tuttavia, doveroso constatare che la *categoria di persona umana*, originariamente elaborata per *difendere* l'uomo, venga oggi usata proprio *contro* l'uomo stesso.

È stato acutamente osservato che "dopo i fenomeni della schiavitù, del razzismo e del maschilismo, ci troviamo ora a dover fronteggiare una nuova forma di *discriminazione umana* (disumana), più sottile e nascosta, perché tocca i casi di confine, cioè "la discriminazione contro gli zigoti, gli embrioni, i feti, gli infanti, i bambini, gli handicappati, i cerebrolesi, gli anziani, i comatosi, i malati incurabili, che vengono *discriminati* in base all'opinabile considerazione che per l'insufficiente sviluppo fisico, psichico e sociale o, in altri casi, per il decadimento fisico, psichico e sociale, l'essere umano non è più persona e quindi meno degno di rispetto e di tutela"⁽¹⁷⁾.

In sostanza, dopo il faticoso raggiungimento di un *accordo culturale* sulla dignità dell'uomo, di ogni uomo, e quindi, di ogni persona umana, con la conseguente tutela dei relativi diritti umani fondamentali, si corre oggi il *rischio di strumentalizzare* detta identificazione e qualificazione, per *negare* all'essere umano la dignità e la titolarità di diritti umani, specie

nel campo della bioetica e del biodiritto, usando il concetto di persona umana in senso contrario a quello di essere umano, con una netta separazione di valore tra essere umano e persona umana.

In particolare, è in discussione la dignità dell'*embrione umano*, al quale si nega la qualità di persona umana, con la conseguente negazione allo stesso della titolarità di diritti umani fondamentali (diritto alla vita e alla sua identità).

Su questa essenziale questione, condividiamo il lucido pensiero di Norberto Bobbio, il quale affermava: "Il diritto fondamentale del concepito è il diritto di nascere, sul quale, secondo me, non si può transigere. Una volta avvenuto il concepimento, il diritto del concepito può essere soddisfatto soltanto lasciandolo nascere" ("Corriere della Sera", 8 maggio 1981, intervista).

Sulla questione dell'embrione umano vale la pena di rammentare le sagge ed equilibrate conclusioni a cui è pervenuto il Comitato nazionale italiano per la bioetica nel famoso documento del 27 giugno 1996, nel quale si distinguono due aspetti della questione: l'identità dell'embrione umano e la sua tutela.

Sull'identità personale dell'embrione è prevalsa a maggioranza in seno al Comitato la tesi secondo cui l'identità personale sussiste sin dalla fecondazione. Sul piano pratico (cioè sul piano giuridico-legale della sua tutela) il Comitato ha dedotto all'unanimità di tutelare l'embrione come se fosse già una persona. Riteniamo, quindi, che vada difesa la tendenza o l'opzione *personalista*, che giustifica una sostanziale identità tra essere umano, persona umana e vita umana, per evitare, appunto, discriminazioni e abusi che ledono la dignità dell'essere umano nei momenti o processi *critici* della sua vita, cioè il concepimento, la malattia, il decadimento senile, nei quali la fragilità dell'essere umano e della sua personalità richiederebbero invece un supplemento di *cura* e di *tutela*. Detta scelta trova un'autorevole conferma sul *piano religioso* proprio nella rivelazione biblica, la quale richiama con forza la trascendenza dell'essere umano, della persona umana, di ogni persona umana. Per la Bibbia l'uomo è "imago Dei", "immagine di Dio" e ciò costituisce quasi una definizione dell'essere umano, perché il mistero umano non può essere compreso separatamente dal mistero di Dio⁽¹⁸⁾.

A tal fine risultano illuminanti due passi dell'Antico Testamento, tratti l'uno dalla Genesi: "Dio creò l'uomo a sua immagine; a immagine di Dio lo creò" (Genesi 1,27), l'altro dall'insegnamento profetico, in particolare, dal profeta Geremia, il quale ricorda che il Signore gli comunicò la sua parola, dicendo: "Prima che io ti formassi nel ventre io ti conobbi." (Geremia 1,5).

Ben si comprende, allora, l'autorevole richiamo di Giovanni Paolo II in occasione del 40° anniversario della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo: "*La dimensione trascendente* è la fonte autentica della dignità e dei diritti inviolabili della persona"⁽¹⁹⁾.

La tutela giuridica della dignità umana

Sotto il profilo giuridico si può affermare la *centralità della persona* negli ordinamenti legislativi, per i quali l'uomo è il fondamento e il fine della società⁽²⁰⁾, con il conseguente, esplicito riconoscimento della dignità umana tra i principi fondamentali delle carte costituzionali di molti paesi. Tale dignità umana viene espressa con due significati specifici, tra loro collegati, e cioè 1 - la dignità di ogni persona; 2 - il riconoscimento reciproco che ogni persona ha eguale dignità ed eguale valore⁽²¹⁾.

Con una rapida *ricognizione* delle fonti giuridiche in tema di riconoscimento e di tutela della dignità umana, possiamo individuare almeno quattro fonti normative fondamentali, che riportiamo in successione cronologica:

1 - *la Costituzione della Repubblica italiana* (1 gennaio 1948), che dispone: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità..." (art. 2); "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge..." (art.3);

2 - *la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* dell'O.N.U. (10 dicembre 1948), che stabilisce: "Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza" (art. 1);

3 - *il Patto internazionale sui diritti civili e politici* (15 dicembre 1978), che recita: "Ogni individuo ha diritto alla libertà e alla sicurezza della propria persona" (art. 9); "Qualsiasi individuo privato della propria

libertà deve essere trattato con umanità e col rispetto della dignità inerente alla persona umana” (art. 10);
4) la *Costituzione dell’Unione Europea* (Roma 29 ottobre 2004), che nel Preambolo della parte II - “Carta dei diritti fondamentali dell’Unione”- dichiara: “l’Unione si fonda sui valori indivisibili e universali della dignità umana, della libertà, dell’uguaglianza e della solidarietà” e nel titolo I: *dignità*, all’articolo II - 61, *dignità umana*, afferma: “La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata”.

Dal valore fondante della dignità umana, la Carta fa scaturire i seguenti diritti umani fondamentali:

1 - *diritto alla vita*: “Ogni persona ha diritto alla vita” (art. II -62);

2 - *diritto all’integrità della persona*: “Ogni persona ha diritto alla propria integrità fisica e psichica” (art. II- 63);

3 - *diritto alla libertà e alla sicurezza*: “Ogni persona ha diritto alla libertà e alla sicurezza” (art. II -66).

La tutela giuridica dell’integrità della persona umana

La citata Carta dei diritti fondamentali, all’articolo II - 63: *diritto all’integrità della persona*, così recita:

1. Ogni persona ha diritto alla propria *integrità* fisica e psichica.

2. Nell’ambito della medicina e della biologia devono essere, in particolare, rispettati:

a. il *consenso* libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge;

b. il *divieto* delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone;

c. il *divieto* di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro;

d. il *divieto* della clonazione riproduttiva degli esseri umani”.

Da tale impostazione emerge con evidenza un concetto unitario dell’essere umano, nel senso che l’uomo non ha il suo corpo, ma è il suo *corpo*, che, con lo *spirito*, è essenziale a formare l’identità personale. Occorre, altresì, ribadire che le norme giuridiche *non creano* la dignità della persona umana, ma si limitano a *riconoscerla* e a *tutelarla* contro ogni violazione, con una specifica tutela giuridica, prevista sia dalla normativa europea che dalle singole legislazio-

ni nazionali. È altresì opportuno rammentare che per tutelare i diritti proclamati dalla Costituzione europea e dalle singole Costituzioni nazionali degli Stati aderenti all’Unione Europea, è in funzione la Corte europea dei diritti dell’uomo, alle cui sentenze i singoli Stati europei hanno l’obbligo giuridico di conformarsi.

Conclusioni in chiave poetica

Dopo questa esposizione, impegnativa anche per il lettore, riteniamo opportuno chiudere il nostro itinerario alla ricerca della dignità - perduta - della persona umana con una bella *poesia* di Franco Bettinelli, poeta milanese, che ben riassume il nostro discorso, che trova così nell’espressivo linguaggio poetico un’adeguata cornice conclusiva:

“Speransa negra”

Pell scura come on scorbatt,
dent bianch che sberlusisen,
quand se derven al rid,
oeucc che brillen e che cerchen amicisia
sperando in un mond giust
dove tutti i omen
sien istess.

Faccia che la sogna la certesa
che anca per luu,
negher,
el diritto al rispett
e a la libertaa
el sia no domà ona parola
ma ona santa realtaa.

“Speranza nera “

Pelle nera come un corvo,
denti bianchi che luccicano,
quando si aprono al riso,
occhi che brillano e che cercano amicizia
sperando in un mondo giusto
dove tutti gli uomini
siano uguali.

Volto che sogna la certezza
che anche per lui,
nero,
il diritto al rispetto
e alla libertà
non sia soltanto una parola
ma una santa realtà.

Bibliografia:

- 1 - Dal Sasso G., *Rispetto della dignità della persona e tutela della privacy, particolarmente in sanità*, la ca' granda, n.3-2004 pp.28-34;
- 2 - De Rosa G., *La dignità della persona*, in *La Civiltà Cattolica*, quaderno n. 3701, 4.09.04, pag. 372;
- 3 - Dussel E., *Dignità: negazione e riconoscimento in un contesto concreto di liberazione*, in AA.VV., *Il dibattito sulla dignità umana*, Concilium, n. 2/2003, pag. 68
- 4 - Jonas H., *Il principio responsabilità*, Einaudi, Torino, 1990, p. 124
- 5 - Lalonde A., *Vocabolario tecnico e critico della filosofia*, ISEDI, Milano, 1971
- 6 - Kant I., *Fondazione della metafisica dei costumi*, Editori Laterza, 1997, pag. 101
- 7 - Scarpelli U., *Bioetica laica*, Baldini & Castoldi, Milano, 1998, pagg. 232-236
- 8 - 9 - Defanti C.A., *Osservazioni sul principio di rispetto per la dignità della persona umana*, in AA.VV., *Bioetiche in dialogo*, Editore Zadig, Milano, 1999, pp.94 - 95
- 10 - Seifert J., *Il diritto alla vita e la quarta radice della dignità umana*, in AA.VV., *Natura e dignità della persona umana a fondamento del diritto alla vita*, Libreria Editrice Vaticana, Roma, 2003, pag. 197
- 11 - 12 - 13 - *Editoriale, Chi è persona?*, in *La Civiltà Cattolica*, quaderno n. 3420, 19.12.1992, pp. 547-559
- 14 - Lotz J.B., *Ontologia*, Herder, Roma, 1965, n. 581, p. 315
- 15 - 16 - 17 - Palazzani L., *Il concetto di persona tra bioetica e biogiuridica*, in AA.VV., *Quale personalismo?*, Roma, 9-10 giugno 2003, *Medicina e Morale*, 2004/2, pp. 301-314
- 18 - AA.VV., *Comunione e servizio, La persona umana creata a immagine di Dio*, Commissione teologica internazionale, documento in *La Civiltà Cattolica*, quaderno n. 3705, 6.11.2004, pag. 256
- 19 - Rulli G., *Verso una ristesa dei diritti fondamentali dell'uomo*, in *La Civiltà Cattolica*, quaderno n. 3420, 19.12.1992, pag.607
- 20 - Herranz J., *La dignità della persona umana e il diritto*, in AA.VV., *Natura e dignità della persona umana a fondamento del diritto alla vita*, Libreria Editrice Vaticana, Roma, 2003, pag.32
- 21 - Da Re A., *La nozione di dignità della vita umana: autonomia e riconoscimento reciproco*, in AA.VV., *Bioetiche in dialogo*, Editore Zadig, Milano, 1990, pagg. 48-49
- 22 - Bettinelli F., *Speranza negra*, in *Rimm e vers in armonia*, CD con libretto, Elettroformati, Milano, 2004.

Asterisco

Prima regola di vita: sii felice dell'altrui felicità

È bello vedere che c'è ancora chi ha voglia di «tornare a Bentham». Proprio lui, Jeremy Bentham, il fondatore dell'utilitarismo, che pose la felicità pubblica e privata al centro della morale e della politica: una specie di “mostro” per la cultura italiana. Una doppia egemonia, cattolica e comunista, durata mezzo secolo, ci ha lasciato in eredità certi tic mentali per cui ancora oggi dire, di un pensatore o di una filosofia, che è «utilitarista» equivale a un insulto. Dunque ci ha fatto piacere che il premio Nobel per l'Economia Daniel Kahneman, abbia inquadrato il proprio programma di ricerca nella prospettiva di un ritorno a Bentham. Il quale si era ispirato ai nostri Beccaria e Verri, che per primi posero il principio della «pubblica felicità» alla base della loro attività riformatrice. Cosa per niente ovvia, perché per millenni religione, morale e legislazione si sono ispirate per lo più al principio opposto, come se nella «sofferenza» risiedesse la fonte privilegiata dei valori. Tra le molte pagine scritte da Bentham per liberarci da questa idea, colpisce una piccola frase composta quasi in forma di “esercizio spirituale”, secondo la definizione di Pierre Hadot nel suo studio su Marco Aurelio: il quale non scrisse tanto un «Diario», o delle «Memorie», quanto un insieme di frasi da rileggere ogni mattina per poter svolgere al meglio il «proprio mestiere di uomo».

«Crea tutta la felicità che sei in grado di creare - così suona l'“esercizio spirituale” del laicissimo Bentham - : elimina tutta l'infelicità che sei in grado di eliminare: ogni giorno ti darà l'occasione, ti inviterà ad aggiungere qualcosa ai piaceri altrui, o a diminuire qualcosa delle loro sofferenze. E per ogni granello di gioia che seminerai nel petto di un altro, tu troverai un raccolto nel tuo petto, mentre ogni dispiacere che tu toglierai dai pensieri e sentimenti di un'altra creatura sarà sostituito da meravigliosa pace e gioia nel santuario della tua anima». Bentham spesso esagerava. Soprattutto nell'altruismo. Per ironia della sorte oggi i moralisti nostrani tuonano spesso contro l'“egoismo utilitaristico”.

ARMANDO MASSARENTI
(da: *Il Sole 24 Ore - Domenica* 10.4.05).

Il silenzio

ANTONELLA CREMONESE

Quando la materia prima del proprio lavoro sono le parole, prima o poi succede di riflettere sui significati del linguaggio. Sappiamo che il linguaggio è prerogativa della specie umana e che è l'espressione primaria del nostro modo di comunicare, ma ogni lingua nasconde anche un mondo inesplorato. C'è un significato esterno che ci serve per comunicare e c'è un senso profondo che può dischiuderci meraviglie.

Stranamente, questo viaggio di esplorazione può partire molto agevolmente proprio dai luoghi comuni, che sembrano (e sono) la cristallizzazione di tutto ciò che è sciatto, rapido e non pensato. I luoghi comuni che sono, per il giornalista che ha fretta ed è in faticosa ascensione verso la fine dell'articolo, i chiodi solidi e sicuri su cui può mettere il piede.

Prendiamo alcune delle più usate e banali costruzioni in cui compare la parola "silenzio". Ci troviamo a scrivere "rompere il silenzio", "uscire dal silenzio", "chiudersi nel silenzio". Se invece dobbiamo parlare della situazione contraria, cioè del parlare, scriviamo "prendere la parola", "contare le parole", "infilare le parole", "scambiare le parole".

Se iniziamo il viaggio di esplorazione, notiamo subito una cosa: le "parole" sono il complemento oggetto del verbo e possiedono chiaramente la natura di oggetti che sono nella nostra disponibilità. Invece il "silenzio" ha la natura di un luogo. Se lo rompiamo per parlare, significa che abbattiamo un muro. Se ne usciamo, proveniamo da una dimensione interna, in cui non eravamo in contatto con gli altri. E se scegliamo di tornare a "rinchiuderci" nel silenzio, torniamo in un altrove.

Ma che cos'è il silenzio, veramente? Noi viviamo in un mondo in cui la verbalizzazione è la regola, e il silenzio è l'eccezione.

Viviamo immersi in un fiume di parole, e siamo così abituati a questa condizione che il più delle volte ci sfugge il valore del silenzio. E inoltre, è difficile separare il silenzio e la parola, il silenzio e l'intenzione di significanza. Il silenzio, che è distanza, serve però a dare un significato alle parole. Senza lo spazio-silenzio tra di esse, le parole non avrebbero significato.

Non sappiamo bene che cosa rappresenta la parola, né ciò che significa il silenzio. Tuttavia, noi sentiamo che abbiamo bisogno del silenzio. Ne abbiamo bisogno perché è una dimensione che si sottrae al mondo dell'azione, ed è il luogo dove abita la nostra anima, intesa come io pensante.

Naturalmente (ed è questa la straordinaria continuità della cosiddetta "consapevolezza del sé", che non soffre di cesure finché non s'instaura uno stato di malattia che porta all'inconsapevolezza, ma anche di questo estremo diradarsi dell'io non siamo sicuri) l'anima costituita dall'io pensante non abita solo nel silenzio, ma anche nel mondo delle parole. Se parliamo e agiamo, siamo scissi (ma più probabilmente, uniti) tra un pensiero "ad acta" che si fa azione e comunicazione e un io pensante che presiede a quanto stiamo facendo o dicendo ma che vi ha impiegato solo una particella infinitesimale della sua potenzialità. Se potessimo fare un paragone musicale, ciò che stiamo facendo è solo una nota lanciata verso il mondo, mentre è la nostra anima a contenere tutta la musica, nello stesso tempo producendola e ascoltandola.

Questo avviene meglio nel silenzio, che allora diventa veramente il "luogo" in cui abitiamo quando siamo da soli. In un mondo travolto dal rumore, sembra incredibile che il silenzio ci sia di conforto e possa essere il nostro castello di pace. Eppure è così, e forse dovremmo comin-



... la sensazione di spazio, perché il silenzio si associa ai prati, al vento che passa, e produce onde silenziose...
(Il cacciatore nel bosco - Caspar David Friedrich, 1814).

ciare a rispettare da subito anche lo spazio di silenzio dei bambini. Abbiamo mai osservato un bambino che sta da solo, apparentemente inoccupato, e finalmente non incalzato da chi vuol farlo giocare, parlare, socializzare? Questo bambino non si sta annoiando, non è triste, non è ozioso. Semplicemente, fa le prime prove dell'ascolto di se stesso, e ne resta incantato. Se ognuno di noi ripensa ai suoi primi anni, è quasi certo che rivedrà volti cari e momenti di felicità, ma più spesso si rivedrà da solo: ad osservare, in silenzio, la bellezza del mondo.

Se vogliamo continuare il viaggio di esplorazione, possiamo anche vedere quali sono le parole e le situazioni che si associano al silenzio. Fa da capofila la sensazione di spazio, perché il silenzio si associa al mare, ai prati, al vento che passa sui campi di grano e ne trae onde silenziose. Ed è sempre spazio quello di una notte silenziosa inondata dalla luce lunare, che comunica mistero alle case e alle strade, e perciò le amplifica. Altre creature alate viaggiano col silenzio: gli occhi d'amore della persona amata (con la quale, appunto, si sta bene "in silenzio), osservare il proprio bambino che dorme nel silenzio del suo lettino, la neve che scende senza far rumore, il fuoco che balena nel camino, e il solo piccolo rumore è ogni tanto il breve scoppietto delle scintille. Sono situazioni primarie, che godiamo in modo istintivo e sulle quali non riflettiamo. Non sappiamo che diventeranno ricordi e resteranno per sempre proprio perché il silenzio, lievito della memoria, li ha resi immortali.

Peste manzoniana e “Madonna di tencitt”

VINCENZO BEVACQUA

Per durata (1629-1631) e per violenza, la peste manzoniana è stata studiata sotto molti aspetti: storico demografico economico medico sanitario religioso. I relativi dati più numerosi e più attendibili sono naturalmente quelli recenti, perché rilevati con metodi e mezzi di ricerca rigorosi e aggiornati. I dati più interessanti e avvincenti, invece, sono quelli vissuti e annotati a botta calda da testimoni dell'epoca. Fra questi don Agostino Lampugnano priore di San Smpliciano fuori Porta Comasina. Don Agostino Lampugnano, infatti, ci ha lasciato un prezioso libricino dal titolo *La pestilenza seguita in Milano l'anno 1630*, suddiviso in undici *particelle*, un proemio e un congedo⁽¹⁾. Questo il proemio:

Può esser lettor mio, che tu sia per aver, da miglior penna della mia, storia di questa pestilenza: tuttavia correndo il quarto anno che è cessata, né veggendone ancor alcun volume alla luce, ho voluto intraprendere io a raccontarti quel poco che trovandomi in essa ho avvertito. Contentati d'aver da me l'abbozzatura finché da altri tu sia favoreggiato del perfetto.

Con pari modestia, don Agostino comincia la sua *Pestilenza*⁽²⁾:

Per pormi in arringo di trattar della peste, ragion vorrebbe che imprimia (per prima cosa), come di far si costuma, definita fusse. Ma qual definizione potrò io adattarle... se i medici... malamente si accordano in additarcela?

Da notare che i medici di quel tempo erano validi professionisti e ferrati studiosi⁽³⁾. Fra loro basta citare il padre e figlio Settala (Ludovico e Senatore) e Alessandro Tadino.

Ludovico Settala era pratico di peste avendo già vissuto curato e descritto quella precedente, chiamata *peste di San Carlo Borromeo* (1576-1577); Senatore Settala e Alessandro Tadino avevano tradotto dal latino e pubblicato (1627) *De Lactibus sive lacteis venis* di Gaspare Aselli scopritore dei

vasi linfatici, e poi avevano vissuto e curato diligentemente la peste del 1629. Se medici di questo calibro malamente si accordavano con altri medici ad additare qualsiasi definizione della peste, allora don Lampugnano si permetteva di formularne una nei seguenti termini: *Peste è flagello d'infezione contagiosa, da Dio... vibrato per punizione degli umani falli*. E a conferma dell'intervento punitivo del Padre Eterno adduceva i seguenti argomenti: *la città difficoltà de' medici nel definirla; il modo di recarla, per mezzo di un angelo, a una e poco dopo tante persone; infine, come questa fiata avvenuto, il pregresso intervento della Divina Giustizia che con la guerra seguita dalla carestia apriva il varo alla orribilità della pestilenza.*

Definite così eziologia e patogenesi dell'epidemia, il prior Agostino entrava nel vivo della sua *Pestilenza*.

Importatori del flagello erano stati predatori *Alamanni* che *discesi nella Valtellina e poscia nel lago di Como, parvero una nuova Pandora che venuta fusse ad aprir ivi il vaso, acciòché quindi uscita la peste si spargesse a infettar la maggior parte d'Italia. Né solamente cadevano molti di lor estinti: ma... o la seminavano, o la vendevano in contanti: poiché le robbe che da essi comperate venivano... erano il seme dal qual nasceva e pululava la pestilenza.*⁽⁴⁾

Così Como e Cassano sull'Adda diventavano i primi grossi centri d'infezione e smistamento. Ne seguiva infatti che *essendo quindi trasportate di queste contagiose masserizie a Busto, a Saronò ed a altri borghi del Milanese, le stesse località rima[nes]sero appestate*. Naturalmente *non istette guari che proprio a Milano spuntassero gli infausti crepuscoli delle miserie che recar doveva il seguente giorno*. Difatti *sul corso di Porta Comasina, vicino al Carmini, in certo albergo, che bettolino vien detto, dove si dà a prezzo a bere e mangiare, venne*

a morir un soldato il cui mantello, che di rosso panno era, per quante mani fu frequentato, tante o n'estinse, o ne infettò almeno.

Nello stesso tempo a Porta Orientale, in una casa detta *del Colonna*, vicino al convento dei Cappuccini, un altro soldato proveniente da Cassano, creduto febbricitante veniva trasferito nell'ospedale grande dove apparve subito l'infezione.

Fertilizzava intanto, quando in un cantone quando in un altro della città, la mortifera cicuta. Per compenso, si chiudevano immediatamente le case dove appariva cotal germoglio, e sequestravansi, con rigogliosi divieti, le persone che si trovavano dentro, che accioché col bazzicar con altri, altri non appetassero; finché passati quaranta giorni netti, cioè senza verun sospetto di male, lasciavansi in libertà. Ciò nonostante, altre case si chiudevano in continuazione e spesso si vedevano sbarrate intere contrade.

Anche qui, concausa della tragedia era la miscredenza⁽⁵⁾. *Non solo la plebe, ma i medici istessi contendevano tra loro: se l'incominciante contagione peste fusse o altro malore. Se ne avvide uno de' primieri medici⁽⁶⁾, che costantemente seguendo l'affirmativa, dall'insolente plebe fu con ingiurie, e con altri sì fatti scherzi, per la strada assalito, ed ebbe che fare, essendo vecchio, a nascondersi e ripararsi.*

Colpa della diffusa miscredenza popolare era anche l'autorità sanitaria che per non spaventare la gente faceva nottetempo scorrere per le contrade i beccamorti degli appetati, che qui diconsi monatti, i quali con carra, o come meglio loro veniva in acconcio, traevano alla sepoltura i cadaveri e al lazzeretto gli infetti.

Pochi intanto davansi a placar con orazioni o con altre opere pie l'ira di Dio: molti, quasi che il giuoco non fusse per essi, preseveravano vie più ostinati nel mal operare.

E di mal operare ecco a proposito due fra seicento casi. Il primo: *tre giovani di poco cervello arredati, camuffati da monatti, con il pretesto di scovar infermi di contagione, perlustravano in lungo e in largo le abitazioni. Trovandosi una fiata alle strette con certe buone donne per l'arrivo di monatti veri, li affrontavano con brutte maniere e li cacciavano in malo modo. Anche con le ossa rotte però, i monatti*

veri correvano a darne notizia al Tribunale che sul posto inviava immediatamente i suoi sbirri. Sul posto, questi trovavano ancora i tre arredati di poco cervello sempre intenti a molestar le buone donne e così venivano arrestati. *Non si sa – conclude il Lampugnano – se poi gli arrestati n'abbian pagato il fio con la galea o con il capestro.*

Nel Seicento, i reati contro la persona come quello descritto, erano puniti con la galera. I colpevoli allora erano accompagnati in una città portuale e qui scaricati tra la ciurma di una galera per scontarvi almeno tre anni di sano canottaggio. Scontata la pena e tornato in porto il veliero, il galeotto veniva ritirato e sotto tutela riaccompagnato a Milano dove, riacquistata la libertà, se ne poteva tornare a casa⁽⁷⁾.

Il secondo caso. *Tre birri andavano di casa in casa con la scusa di sequestrar infetti e trasferirli al lazzeretto. In realtà i tre robbe e danari rubbavano a mansalva. Anche in questo caso, pronto intervento del Tribunale con il giusto castigo per i malviventi.*

Nel frattempo la peste si diffondeva come l'acqua straripa da un fiume in piena. Responsabili della diffusione erano: i testardi che non credevano nella contagiosità della malattia e maneggiavano *robba infetta*; i ladri che rubavano *qualunque cosa infetta o no, per poi avvalersene a suo tempo*; gli appetati che, senza usare le dovute precauzioni e per non finire al lazzeretto, si sottraevano ai controlli dell'autorità sanitaria o ne compravano il silenzio.

L'autorità sanitaria era rappresentata da un presidente, da diversi deputati e *uffiziali* o commissari⁽⁸⁾. Nel corso della peste del Manzoni, presidenti erano il signor Giobattista Arconato in primo tempo, il signor Antonio Monti in secondo tempo. Ambedue senatori *d'incomparabile prudenza e di indicibile valore* – assicura don Agostino Lampugnano – *non mancavano di prevedere e provvedere con ordini e con ispece a quanto occorreva e bisognava*. Tanto bene che il senator Antonio Monti non mancava anche di condannare a morte un suo dipendente, il commissario Guglielmo Piazza, e con lui un cerusico-barbiere di nome Gian Giacomo Mora. I due però erano del tutto innocenti.

Deputati di sanità erano gentiluomini che alle porte della città dovevano controllare l'andirivieni dei

passaggeri esigendone le *bollette*. A questo scopo, fuori ogni porta erano state innalzate baracche di legno occupate da armigeri, nelle quali si entrava e usciva seguendo un percorso obbligato da steccati. Perciò sotto il controllo di un deputato e di gendarmi, chiunque in arrivo o in partenza da Milano doveva sottoporsi a *diligente inquisizione di dove si veniva, per dove si passava, e dove si andava*. La via libera era certificata da *bollette bullette o fedi di sanità* rilasciate dall'autorità sanitaria.⁽⁹⁾

Inoltre, in ogni quartiere di città come in ogni parrocchia c'erano altri deputati che dovevano visitare le abitazioni avvertendo il tribunale nel caso sospetti di peste già segnalati fossero deceduti oppure se vi sopravvivesse gente indenne, ma a rischio di morir di fame. Allora per questi ultimi i deputati erano autorizzati, almeno per i primi tempi, a elargire *con grande carità tutti i viveri in abbondanza che senza uscire a procacciarsene, bastavano ad ognuno, e d'avantaggio (!)*

Commissari di sanità e ultimi in graduatoria, infine, erano quelli, come il povero Piazza, che verificavano l'esecuzione di quanto ordinato dai deputati.

In realtà però, nonostante l'organizzazione sanitaria e i sensati provvedimenti adottati, la peste faceva egualmente il comodo suo. Così che Milano sia per le vittime del morbo sia per la fuga degli altri cittadini continuava a spopolarsi paurosamente.

Molte volte tra i fuggiaschi c'erano anche i responsabili della sanità. Richiamati energicamente, ritornavano in sede, ma poco dopo o si ammalavano o, in mancanza di controlli, se la davano a gambe, contagiando così anche gli abitanti delle località nelle quali si erano rifugiati.

In città, per tentar di circoscrivere l'epidemia, si adottavano allora altri provvedimenti. *Tosto che alcuno fusse chi fusse era scoperto d'infezione ammalato, irremissibilmente volesse o non volesse, con tutta la famiglia era condotto al lazzaretto. Se di rimanere eleggevano, erano rinchiusi nella loro abitazione e con guardie custoditi, acciòché non andassero vagando, e infettando gli altri. Quelli poi de' quali s'aveva solo sospetto di male, o si sequestravano o si conducevano a certi*

luoghi a tal fine rinchiusi e preparati, dove loro era atteso e somministrato quanto abbisognava.

Gli appestati però aumentavano lo stesso al punto che *l'antico e gran lazzaretto, che è subito fuori Porta Orientale, tutto che riempito fusse di capanne, perché capace non era per ricevere la grande moltitudine che d'ognora sopraggiungeva essendosi contati talvolta sino a quindici e sedici mila persone in uno stesso tempo, veniva coadiuvato da altri tre lazzaretti fabbricati con prestezza: uno fuori di Porta Ticinese, un altro fuori di Porta Comasina e il terzo fuori di Porta Vercellina. Degli ultimi due però non se ne poté valere... per la tardanza in ridurgli in perfezione: forse per mancanza di manodopera, certamente per mancanza di mezzi.*

Dopo il ricovero in lazzaretto o il sequestro in casa, i pochi guariti dalla pestilenza erano sottoposti alla cosiddetta *quarantena sporca* o convalescenza successiva a peste, da trascorrere sotto controllo sanitario in appositi luoghi chiamati *borghetti*. Sorvegliati da guardie, i borghetti erano tre: uno nel borgo di Porta Romana, l'altro nel borgo fuori Porta Ticinese detto *Trinità* e il terzo in Porta Comasina nel luogo detto *la Foppa*.

E siccome *non bastava a dar sepoltura alla moltitudine di cadaveri la gran fossa del lazzaretto grande* (probabilmente il cimitero di San Gregorio) *che con voce paesana è detta Foppone*, se ne costruivano cinque altre: due fuori Porta Vigentina, una fuori Porta Ticinese, una fuori Porta Vercellina e l'ultima fuori Porta Comasina. *Questi fopponi erano una grandissima fossa, profonda sino alla sorgente dell'acqua, dentro a' quali si faceva strato sopra strato cioè di cadaveri uno, di calce viva un altro, ed un altro di terra, seguendo così fino al riempimento.*

Oltre a lazzaretti convalescenziari e cimiteri nuovi c'erano anche luoghi *per monatti con carra e cavalli*. Queste stazioni di pronto intervento si trovavano: a Porta Comasina sul Guasto (dove oggi c'è corso Garibaldi); a Porta Vercellina nella casa dell'*ostaria* di Sant'Antonio; a Porta Romana nell'*ostaria* del Pavoncino e a Porta Orientale nel *borghetto* (corrispondente all'odierna omonima via). *Capivan questi posti quarantasei carra con tanti e monatti e cavalli, quanto loro bisognava. Ad ogni carro servivano due monatti e un cavallo. I monatti ippotrainati su carri non uscivano se non chiamati dai com-*

missari di sanità per *condurre o persone al lazzaretto, o robe infette al fradiciume o alle fiamme, o cadaveri ai fopponi*.

In questa tragedia, svolgeva una parte importante l'arcivescovo di Milano cardinal *Federico Borromeo di Santa Memoria*. Il Lampugnano lo definisce così perché, all'età di 67 anni e dopo una settimana di *febbre maligna*, il presule moriva il 21 settembre 1631, a peste ormai cessata e quattro anni prima che il nostro reverendo autore scrivesse le presenti memorie su quella pestilenza.

La partecipazione dell'arcivescovo nel soccorso alla cittadinanza appestata era consistita in⁽¹⁰⁾: generose elemosine; istituzione di un lazzaretto per religiosi; *litanie e preci per la mattina, per lo stesso dì, e per la sera, onde al suonar di una campana del Duomo, udivansi anche quelle delle altre chiese*; facoltà ai curati di *potersi prevalere [se ce n'erano] di altri sacerdoti per coadiutori, affinché non mancassero agli agonizzanti i ristori dell'anima*; solenne processione per placare Iddio.

La processione avveniva l'11 giugno, giorno di San Barnaba discepolo di San Paolo e primo evangelizzatore di Milano.

Inoltre, *per più muovere a pietà l'eterno Onnipotente*, la processione portava in trionfo *il corpo di San Carlo, acciòché l'intercessione di tanto pastore ottenesse la liberazione dal tremendo castigo*.

Alla fine però, la cerimonia risultava faticosissima e poco più tardi anche dannosa. Infatti, *uscita dal Duomo di buon'ora, s'aggirò per tutte le porte della città, per molte contrade remote, massime nelle sedi delle crocette... Qui la processione si fermava a lungo a recitar salmi e litanie*.

Naturalmente il comune funerale *era in disuso, né curavasi di qualsivoglia pompa funebre, e se per alcuno ve n'era rimasta, erano le strida de' più cari amici che servivano per musica...*

Causa sicura di questo peggiorato spettacolo – insiste il Lampugnano – era la persistente prevalenza del male sul bene. Ad accentuare il peso del male, si erano messi anche gli untori, loschi soggetti che con l'imbrattamento di serrature catenacci usci portoni portali muri e muraglie o con la semina di polveri dove *il concorso delle genti aveva ad essere più frequente*, avevano incrementato la diffusione della peste.

Anche se inefficaci, qualcuno provava a mantenersi sano usando profilattici e antidoti. Tra i profilattici c'era quello di *portare una pallottola in mano, di legno o d'argento, concava, con fori piccioli per potersi odorare una spognietta, ch'era dentro, abbeverata di buon aceto o d'altro odoroso preservativo*⁽¹¹⁾. Fra gli antidoti c'erano le *noci arrostiti alquanto sul fuoco* e lo zenzero da masticare di mattina seguito da un bicchiere di malvasia; poi altra masticazione per tutta la giornata di zedoaria⁽¹²⁾. Da notare che lo zenzero serviva anche come digestivo e la radice di zedoaria aveva blanda azione tonico-stimolante.

Molti credevano che pura o mista, *la malia satanica* fosse componente costante delle unzioni, tanto vero che diverse persone serie e perciò attendibili, in più occasioni le avevano viste praticare da Satana in carne e ossa. Queste notizie – invero negate e scartate dal Lampugnano – si leggono per mano di Ermano Paccagnini, a commento e in appendice alla *Pestilenza seguita in Milano ecc.*⁽¹³⁾.

Le persone serie e attendibili che l'avevano visto, così descrivevano il demonio di nome *Mammon: Homo d'età di cinquant'anni in circa, con una barba lunga e quadra, non troppo magro né troppo grasso; non troppo grande né troppo piccolo, ma di mediocre statura qual si lascia vedere sontuosissimo in una carroccia... tirata da sei cavalli così belli, e vaghi quanto mai siano veduti*. Il 16 agosto del 1630 i prelati citavano Mammon in Duomo. Allora lui, *prevedendo che ... dovesse venire alla chiesa quantità di gente, la notte precedente andò nella piazza del Duomo, e seminò la terra di polvere avvelenata per il ché in giorno seguente, quando compare... morirono più di sei milla persone...* Inoltre, *il detto Mammon si lascia vedere continuamente di sera passar per la corte e va intorno spendendo quantità di dinari, con chi beve, con chi mangia, e va dove li piace, visitando i poveri ammalati infetati di peste*. A quelli che desideravano guarire li faceva subito levar dal letto sani; quelli che nemmeno volevano presentarsi, li faceva *bastonare a morte, come già a molti è seguito...*

Le notizie delle spaccate milanesi di Mammon si erano propagate rapidamente fino a raggiungere e accreditarsi anche in Germania tanto che un giorno una *persona onorata* riceveva l'incarico di chiederne



Madonna di Tencitt. xilografia anonima della vera effigie venerata al Laghetto.
Civica Raccolta Stampe Bertarelli (da Crippa A. M. e Zanzottera F.)

la veridicità allo stesso arcivescovo Federico Borromeo. E in data 9 gennaio 1631 l'arcivescovo così rispondeva⁽¹⁴⁾: *Dico per testimonianza inviolabile del vero, che questa è una grandissima falsità, e bugia, perché in Milano né durante la contagione né di gran tempo innanzi non si è veduto spettro alcuno diabolico, né si sono sentiti ragionamenti, o voci procedenti dal demonio, né vi è stato alcun nuovo apparimento.*

Con Mammon o senza, sta di fatto che la tragedia era arrivata al punto da far esclamare al nostro Lampugnano: *Dove non arriva la penna a descriver la desolazione di gente, di case, di famiglie, che faceva la peste, arrivi dell'immaginator l'immaginativa formarsela più orribile di quante ne abbia vedute il mondo*⁽¹⁵⁾.

Quando però il 9 gennaio 1631 l'arcivescovo smentiva ufficialmente le prodezze demoniache, fortunatamente la pestilenza cominciava a regredire per cessare quasi d'un subito. Infatti *se giornalmente ne morivano a migliaia, vennero a pochi e, al principio dell'anno mille seicento trenta uno, quasi niuno.* Merito del prodigio spettava alla *Madre di Dio la quale come pietosa delle nostre miserie, ne ottenne la repentina liberazione.* Per la circostanza dicevano che le campane di Santa Maria delle Grazie si mettessero *a suonare da se stesse miracolosamente.*

Cessata quasi d'un subito, la peste lasciava i resti di un orrendo massacro. Ma tant'è, la vita residua si faceva strada lo stesso e adagio adagio Milano si rianimava. *Le botteghe... i cui patroni spenti non erano, aprivansi, e tornavansi a poco a poco ai traffici ed alle faccende, ripigliando di nuovo i mercanti le loro mercanzie, e le altre persone i loro affari. Gli amici e i parenti quando a casa si incontravano, facevano le meraviglie in vedersi e per precauzione non toccavansi, come s'usa di fare, la mano né meno si abbracciavano: ma alla lunge parlavansi, rallegrandosi di essere sopra vissuti.*⁽¹⁶⁾

Alla fine della sua cronistoria il Lampugnano tira le somme e cerca di dare qualche numero: ma quello *de'morti appestati nella città e nelli immediati suburbii senza quello nelle ville non è[ra] molto facile sapersi per diversi motivi.* Fra i tanti: *la morte di quelli che il conto ne tenevano e conseguente omissione di registrazione dei decessi; lo*

spauracchio di espropri e depredazioni che induceva i parenti dei morti a farli scomparire cancellandone ogni traccia; il sovraffollamento dei campesanti cittadini e la necessità di sotterrare i nuovi deceduti in cantina, in giardino o in cimiteri fuori città. Tuttavia con queste remore il Lampugnano intendeva che il numero dei morti appestati che si sapevano ammontasse a centosessantamila. Cifra più o meno corrispondente a quelle calcolate da contemporanei del Lampugnano e di lui non meno attendibili. Eccone pochi esempi⁽¹⁷⁾: Federico Borromeo (1564-1631), centoquarantamila decessi; Giuseppe Ripamonti (1573-1643), centoquarantamila; Alessandro Tadino (1580-1661), centosessantacinquemila.

Secondo però ricerche e conteggi eseguiti nel Novecento, con buona approssimazione si può supporre che nel 1629, alla vigilia della peste, Milano contasse centotrentamila abitanti tra civili e religiosi e che a peste appena cessata nel 1631, la popolazione superstita risultasse di cinquantatremila abitanti. Secondo questi dati perciò, i decessi di peste sarebbero stati settantasettemila. È certo inoltre che ancora nel 1655, circa vent'anni dopo il castigo di Dio, la popolazione milanese persistesse al di sotto dei centomila abitanti e solo nel 1688, circa trent'anni più tardi, risalisse a centoventicinquemila com'era pressappoco nel 1629⁽¹⁸⁾.

Conclusa le sua *Pestilenza* con i bilanci, don Agostino Lampugnano così si accomiata dal lettore: *Scusami se soverchio t'ho trattenuto: mentre di vie più piacerli in altre occorrenze vivo ambizioso. Gradisca il cielo i tuoi voti. A Dio.* In altre occorrenze infatti, il Lampugnano aveva scritto *opere poetiche in italiano e in latino, sacre rappresentazioni e favole pastorali; racconti ironico-realistici assai gradevoli; opere edificanti; un romanzo e due volumi dai titoli "Della carrozza da nolo" e "Della carrozza di ritorno"*⁽¹⁹⁾, opere operine operate a suo tempo note e apprezzate, certamente piacevoli più della *Pestilenza seguita in Milano l'anno 1630.*

A sua volta il Manzoni che ben conosceva il Lampugnano e la sua produzione letteraria, così nei *Promessi sposi* si accomiata dai lettori: *Se la storia che ho raccontato non v'è dispiaciuta affatto, vogliatene bene a chi l'ha scritta, e anche un*

pochino a chi l'ha raccomandata. Ma se invece fossimo riusciti ad annoiarvi, credete che non s'è fatto apposta.

Tra i settantasettemila sopravvissuti alla peste, c'era anche il prior Bernardo Catoni che sia della epidemia sia della sopravvivenza e devozione sue, lasciava tangibile traccia in vicolo Laghetto, di fianco all'attuale ala Macchi dell'Ospedale Maggiore di Milano. Oggi vicolo e via Laghetto ricoprono la pozzanghera d'acqua del Naviglio che dal Trecento ai primi del Novecento serviva per scaricare materiale di ogni sorta, proveniente dal Verbanò e destinato soprattutto al Duomo e all'Ospedale Maggiore. Tangibile traccia lasciata dal Catoni è un dipinto a fresco (alto circa due metri e largo circa uno e mezzo, di autore ignoto) sul muro dell'unica casa abitativa del vicolo⁽²⁰⁾. L'affresco rappresenta la Madonna coronata in veste giallo-dorata, avvolta in candido peplo con lembi sostenuti da Cherubini a protezione anche dei Santi Sebastiano saettato, Carlo Borromeo porporato e Rocco appestato. Accanto a San Rocco, l'immancabile cagnetto. Ai piedi dei Santi e in basso a destra, la testa crinita baffo-barbuto del priore Bernardo Catoni. Nella parte inferiore dell'affresco, sotto Madonna Santi e Catoni, è rappresentato il lazzaretto che, inzeppato da un fitto attendamento, più che ospedale sembra accampamento militare, piantato in un grande chiostro attorno alla chiesina centrale. Ai lati del lazzaretto si riconoscono: da una parte un ribollente corso d'acqua sul ponte del quale è in arrivo una carrettata di appestati; dall'altra parte un campo dal quale è in partenza una carrettata di salme per il foppone più disponibile; sullo sfondo, i bastioni alberati.

La relazione esistente tra i personaggi dell'affresco è la peste che, pur non considerando la palese allusione del lazzaretto, domina il dipinto a cominciare dalla Madonna; la vergine infatti, anche per alcuni caratteri formali, richiama la Madonna delle Grazie che, nella chiesa omonima, col manto sollevato da cherubini protegge Gaspare Vimercati e famiglia. Naturalmente con la peste del Manzoni la famiglia Vimercati c'entra niente; ma c'entra la Madonna che *d'un subito* avrebbe fatto cessare la mortal epidemia segnalando l'evento con un festoso scampanio senza che qualcuno avesse mai mosso una campana.

San Sebastiano, nobile milanese a servizio degli imperatori Diocleziano e Massimiano, come bersaglio di un tiro a segno era stato martirizzato con frecce per insubordinata fede cristiana. Già venerato da Sant'Ambrogio, lo è stato ancora di più quando aveva troncato la peste del 1576-77 scoppiata durante l'episcopato di San Carlo e perciò spesso chiamata *Peste di San Carlo*. In ringraziamento, il Borromeo aveva dato inizio alla costruzione del Tempio Civico di San Sebastiano tuttora funzionante in via Torino. Il Borromeo, inoltre, aveva aiutato gli appestati del tempo suo con ogni mezzo: per i poveri poi, si era venduto anche il marchesato di Oria che possedeva in Puglia e per preservare la devozione dei sequestrati in casa, seminava nei crocicchi della città le famose *crocette* ai piedi delle quali si celebravano all'aria aperta funzioni religiose feriali e festive.

San Rocco invece era francese. Nato a Montpellier nel 1225 e pellegrino in Italia, si sarebbe imbattuto in una delle tante pestilenze scoppiate nel nostro paese prodigandosi a soccorrere le vittime. Finché non contraeva lui stesso la peste per poi morirne in quel di Angera sul lago Maggiore, là dove, tre secoli più tardi (1538), nasceva Carlo Borromeo.

Bernardo Catoni infine, priore degli scaricatori e forse priore proprio di quelli addetti al carbone, è legato alla peste perché ne era uscito indenne. Lo afferma l'interessato nell'affresco di via Laghetto dove si legge: *Bernardo Catoni Priore – a dì 30 dicembre 1630 – dalla peste – per carità di Dio preservato*. Non è chiaro se il priore sia stato preservato perché mai infettato oppure perché infettato e guarito e quindi preservato alla morte. Sembra però più probabile la prima ipotesi anche perché in zona Laghetto gli scaricatori sarebbero stati rispettati dalla pestilenza per una delle seguenti ragioni: il sudiciume e specialmente la polvere di carbone che li copriva così tenacemente da far paura tanto al *castigo di Dio* quanto al suo satanico promotore; la riconoscenza da parte della Madonna per il lavoro massacrante di scaricatore a favore per lo più del Duomo e dell'Ospedale Maggiore, tutti e due a Lei dedicati. Per l'una o per l'altra ragione, gli scaricatori con la faccia sporca (*tencia*, e *tencitt* quelli che l'avevano) adottavano l'affresco del Laghetto eleggendo-

ne la Vergine loro protettrice con la specifica qualifica di *Madonna di Tencitt*.

Dal Sei al Novecento il dipinto era protetto da due ante di legno che non solo lo nascondevano alla vista del passante, ma lo trasformavano in un armadio di casa fuori dalla finestra, sospeso a mezz'aria sulla strada. Le ante si spalancavano almeno il 16 di agosto festa di San Rocco. Per quel giorno, i cittadini residenti tra Santo Stefano e l'Ospedale Maggiore addobbavano le contrade e, dopo la funzione religiosa in chiesa, si riunivano sotto il dipinto finalmente ben in vista e lì i festeggiamenti finivano in gloria con rievocazioni benedizioni bevute cantate danze e suon di man con elle.

Con il bombardamento dell'attiguo Ospedale Maggiore durante l'ultima guerra mondiale, devozione e festeggiamenti della pur illesa *Madonna di Tencitt* sarebbero andati a ramengo se recentemente non fosse intervenuta la congenita generosità del solito anonimo benefattore meneghino⁽²¹⁾. Questo sconosciuto professionista, infatti, superando muraglie cinesi di burocrazia, riusciva a far restaurare come Dio comanda l'affresco e, per lasciarlo ben in vista tutto l'anno, lo faceva mettere sotto vetro al riparo di intemperie e raggi solari. Oggi purtroppo, il vetro polveroso non solo ripara egregiamente il dipinto, ma lo nasconde quasi come prima.

Tuttavia è stato fatto notare che anche senza dar nell'occhio, la *Madonna di Tencitt* sta lì a testimoniare ben tre miracoli. Il primo nel Seicento a favore di Bernardo Catoni; il secondo a metà Novecento salvandosi dal bombardamento avvenuto a pochi metri di distanza; il terzo nell'ultimo scorcio del Novecento, a favore dell'anonimo meneghino reduce da un catastrofico incidente automobilistico⁽²²⁾.

Alla fine di tutte queste vicende si può concludere che la pestilenza del Manzoni, oltre al pezzetto di lazzaretto rimasto in via Tadino, a qualche crocetta sparsa per la città e ai documenti conservati negli archivi cittadini, è tuttora attestata dal vivo sia con la descrizione di Agostino Lampugnano sia con la illustrazione dell'affrescante in vicolo Laghetto. Inoltre insieme e ai pochi che ancora ci credono, descrizione e illustrazione infondono la consolazione che dei *Tencitt*, delle Grazie, del Carmine, della Salute o del Rosario, la Vergine può miracolare chiunque, in qualsiasi epoca, in ogni luogo e per i più diversi motivi.

Bibliografia:

- 1 – Lampugnano A.: *La pestilenza seguita in Milano l'anno 1630*. In Milano per Carlo Ferrandi con Licenza de' Superiori 1634. Ristampa a cura di La Vita Felice ed., commento e note di Ermano Paccagnini, Milano 2002.
- 2 – A. e *op. cit.*, pag. 70 e seg.
- 3 – Bevacqua V. *L'Ospedale del Brolo*, La Ca'Granda, Milano 2004, n°2, pag. 30, note 29, 30, 36, 42.
- 4 – Lampugnano A.: A. e *op. cit.*, pag. 80 e seg.
- 5 – A. e *op. cit.*, pag. 83 e seg.
- 6 – Naturalmente si allude a Ludovico Settala. Vedi anche il capitolo XXXI dei *Promessi Sposi* del Manzoni.
- 7 – Bendiscioli M.: *Politica, amministrazione e religione nell'età dei Borromei* in *Storia di Milano*. Fondaz. Treccani degli alfieri, vol. X pag 391 e seg.
- 8 – Lampugnano A.: *op. cit.*, pag. 88 e seg.
- 9 – Lampugnano A.: *op. cit.*, pag. 167 nota 81.
- 10 – A. e *op. cit.*, pag. cit. e pag. 94 e seg.
- 11 – A. e *op. cit.*, pag. 83.
- 12 – A. e *op. cit.*, pag. 117 e seg.
- 13 – A. e *op. cit. Appendice I*, pag. 197 e seg.
- 14 – Lampugnano A.: *op. cit. Appendice II*, pag 203.
- 15 – A. e *op. cit.*, pag. 100 e seg.
- 16 – A. e *op. cit.*, pag. 123 e seg.
- 17 – A. *op. e pag. cit.*
- 18 – Sella D.: *Premesse demografiche ai censimenti austriaci in Storia di Milano*. Fondazione Treccani degli Alfieri, vol. XII, pag. 459 e seg.
- 19 – Paccagnini E.: Introduzione alla *Pestilenza ecc.* di Lampugnano A.: *op. cit.*
- 20 – Bagnoli R.: *Milano. Le sue strade raccontano*. Strenna Istituto Gaetano Pini. Milano 1988, pag. 212 e seg.
Crippa M. A., Zanzottera F.: *Una Milano sconosciuta. La geografia dei segni sacri da Carlo Borromeo a Maria Teresa d'Austria*. Strenna Istituto Gaetano Pini. Milano 2000, pag. 35 e seg.
- 21 – Bonazzoli F.: *Indovina dov'è. Madonna de'Tencitt: il doppio voto*. Insetto Corriere della Sera, Milano, estate 2004.
- 22 – Bonazzoli F.: *op. cit.*

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

VITTORIO A. SIRONI

Il racconto dei ricordi di una vita (il vissuto *biografico*) che interrogano lo scrivente e il lettore sul significato della fine esistenziale (la morte *biologica*): è questo il “messaggio forte” che Giorgio Cosmacini comunica al lettore attraverso *Il romanzo di un giovane medico* (1951-1971). *Diventare, saper fare, saper essere* (Vienneperre edizioni, Milano 2005). La morte altrui come esperienza esistenziale, scuola di vita, elemento di formazione professionale e di coscienza etica che dall’infanzia accompagna l’autore attraverso gli anni della formazione medica e i successivi tempi dell’esercizio professionale, sino alla progressiva consapevolezza, col passare del tempo, di un’esperienza destinata a diventare inevitabilmente anche personale.

“Il mestiere di medico è, dopo quello del prete, il mestiere più coinvolto nell’esperienza diretta del morire altrui – scrive Giorgio Cosmacini - . In cinquant’anni di professione [...] aveva assistito al morire di molti, partecipandovi con le arti della pratica medica, con le risorse personali, con le risposte razionali ed emotive. Poi gli studi filosofici [...] gli avevano facilitato ulteriormente l’attitudine a riflettere sui temi e problemi dell’esistenza umana tra cui – cruciali – quelli del fine e della fine del vivere. Ora, a settantatré anni, sotto la spinta della voce *biologica*, che rendeva avvertita la coscienza del progressivo contrarsi della vita residua, s’era aggiunto un pensiero in più, che aveva voce nella sua domanda *biografica*: dove, come, quando, si sarebbe concluso ‘quel che resta del giorno’?”

Ma il “tema della morte”, come lo suggerisce l’autore nelle pagine del suo libro, non ha nulla di lugubre, di macabro o di negativo. È anzi il

punto di partenza per definire la vita. “La vita è l’insieme delle funzioni che resistono alla morte”. Egli fa proprie, nel ricordo di un’indelebile esperienza vissuta in Francia durante gli anni universitari visitando gli zii materni, le parole che un medico amico di famiglia gli aveva detto accompagnandole al dono dell’opera nella quale erano contenute, *La vie et la mort*, scritta agli inizi dell’Ottocento dal giovane medico francese Xavier Bichat, e alla raccomandazione di non dimenticarle mai “per essere un medico vero”.

Diventare medico. È il primo obiettivo da raggiungere. Una strada ricca di ricordi in cui il tema della morte da esperienza personale biografica (prima la morte del papà, poi quella della madre di un caro amico durante i primi anni d’università) si trasforma via via in analisi scientifica biologica (le prime dissezioni di parti di cadavere in sala anatomica sino alle autopsie sui tavoli di anatomia patologica). È il periodo in cui l’autore raggiunge la “piena consapevolezza di una verità già intuita: una cosa è il cadavere, un’altra cosa il defunto” e “percepito in pieno la sensazione e l’idea che avrebbe più tardi arricchito di contenuti: se fra *biologia* e *biografia* il comune denominatore è *la vita*, fra *tanatologia* ed elaborazione della morte tramite il lutto quel che c’è di mezzo è *una vita*, cioè il morire di una data persona”.

Un’importante esperienza individuale e una profonda riflessione etica vissute senza venire meno alla spensieratezza e alla gioia (anche se velate dalla tristezza per la mancanza di una persona cara e mitigate dalla profonda consapevolezza di dover diventare in qualche modo “il sostegno di famiglia”) degli anni giovanili,

durante i quali gli entusiasmi per le vittorie della squadra del cuore – il Milan - , condivise con amici e compagni, costituiscono uno dei tanti “piccoli” sproni per andare avanti nel percorso della vita.

Sino alla meritata laurea, il 12 luglio 1954, quando, tra gli abbracci di gioia della mamma, della fidanzata e degli amici, “s’era ricordato di suo padre, cui con intensità aveva rivolto un pensiero alla memoria, sentendosi in colpa per non averlo fatto prima”.

Nell’immediato dopo-laurea si poneva il problema di una possibile specializzazione, anche se, s’interrogava il neolaureato, “non si poteva essere un bravo medico anche senza essere ‘specialista’?”. Ma “tentazioni ed esitazioni specialistiche a parte”, egli s’accorgeva come “il vero problema immediato era quello di saldare nel più breve tempo possibile il distacco esistente tra sapere e sapere fare”. *Saper fare il medico*, passare dalle conoscenze teoriche alla pratica quotidiana, era la necessità più urgente. La fortunata opportunità di svolgere il ruolo di assistente volontario presso il reparto di medicina interna dell’ospedale di Busto Arsizio gli fornì un’adeguata esperienza professionale, in modo che, “quando, l’ultimo sabato di gennaio del 1955, partì definitivamente da Busto Arsizio, il suo sapere era diventato saper fare”, avendo appreso “tutto ciò che era necessario per far bene, sotto l’aspetto tecnico, il mestiere di medico”.

Anche se “il sapere del giovane medico s’era trasformato nel saper fare” era necessario un ulteriore successivo passaggio: *saper essere medico*. “Ma – scrive ancora Cosmacini – per saper essere (‘essere medico’ nel senso pieno) non era sufficiente la competenza acquisita, fatta di conoscenza ed esperienza e soggetta ad aggiornamento periodico; era necessaria anche la disponibilità, dote caratteriale permanente, fatta di comprensione e partecipazione”.

Un bagaglio che il giovane medico acquisisce gradualmente attraverso le sue varie esperienze

professionali, dettate dal bisogno materiale ma anche dallo stimolo intellettuale, guidate dagli ideali della “missione del medico” ma anche dalla consapevolezza che il “mestiere di medico” richiede doti concrete di competenza e disponibilità. Medico della mutua e medico ospedaliero, medico generico e medico specialista, libero docente e primario ospedaliero. Momenti dell’attività professionale e brani di vita che si intersecano, si sovrappongono, si succedono talvolta con ritmi più lenti, altre con cambiamenti rapidi, quasi imprevedibili, che l’autore ci narra con il suo piacevole e coinvolgente stile. Accadimenti che intersecano la vita privata con quella (piccola e grande) pubblica: come il matrimonio e l’acquisto di una delle primissime “Fiat 500” circolanti, o la partecipazione a un congresso internazionale di radiologia con la vittoria a Londra nel 1963 del Milan in Coppa Campioni, oppure le scelte professionali con i problemi posti da una sempre più avvertita *crisi della medicina*, o ancora la cessazione dell’attività mutualistica per l’esclusivo lavoro ospedaliero con l’inizio di quel processo di cambiamento che avrebbe portato prima alla “riforma ospedaliera” (1968) e poi alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale (1978).

Avvenimenti nei quali l’incontro – medico e personale – con la morte si confronta con l’esperienza – familiare e professionale – della vita (dalla perdita di parenti e amici alla nascita delle figlie, dalla constatazione di come sovente a una *bella* diagnosi radiologica corrispondesse una *brutta* malattia mortale).

Non solo la rievocazione delle tappe trascorse da un medico dopo cinquant’anni di vita professionale, con lo scorrere delle vicende personali e familiari, ma anche il passare di un periodo cruciale della storia nazionale: gli anni (1951-1971) compresi tra l’avvio del “miracolo economico” e l’avvento della “società del benessere”, mentre si annunciano le “magnifiche sorti e progressive” di una scienza che appare sempre più onnipotente e di una medicina che inizia a registrare il nascere della “questione sanitaria”.

Il libro, ricchissimo di annotazioni e di riflessioni preziose, supera la semplice dimensione autobiografica per assumere, in alcune pagine, anche la struttura di un “piccolo saggio” storico-filosofico sulla medicina. Attraverso i ricordi della propria vita Giorgio Cosmacini ci fa partecipi dei problemi esistenziali, professionali e ideologici che il medico incontra mentre percorre la sua via alla ricerca di una risposta ai tanti problemi che questo mestiere suscita individualmente e socialmente.

Questa metodologia di una “lettura parallela” della storia (privata e pubblica, singolare e collettiva) è la stessa che si ritrova nei suoi precedenti libri “autobiografici” (*Una famiglia qualunque. 1918-1940 / La stagione di una fine. 1943-1945 / Solomenevò. 1945-1950*). È un modo di procedere che, attraverso la “letteratura dei ricordi”, eleva a una dimensione universale il vissuto soggettivo dei grandi avvenimenti della storia e la riflessione individuale sui principali problemi della vita, che ognuno di noi incontra nella sua esistenza.

Un’esistenza per la quale diventa fondamentale cercare di dare, oltre che uno scopo, un significato, talvolta con l’aiuto fornito anche dalle parole di un amico ritrovato per caso, come ricorda lo stesso Cosmacini riferendosi a un incontro che avrebbe influenzato in modo enorme la sua vita, quello col collega Felice Mondella. “Ho lasciato la professione – gli avrebbe confidato l’amico – mi sono messo a studiare filosofia [...] e uscirà a marzo [del 1971] un mio saggio su *Biologia e filosofia*”. Un “mondo nuovo” si apriva alla mente inquieta del giovane medico alla ricerca di risposte. Domande e riflessioni non solo sulla dimensione della *morte*, ma anche e soprattutto su quella in atto della *vita*.

“Medicina, politica, biologia, filosofia. Tutto il mondo si teneva, si tiene – conclude Cosmacini –. Era questo il *sensu* della vita da approfondire e sul quale riflettere? L’approfondimento e la riflessione avrebbero avuto bisogno di un tempo

ulteriore, di cui il medico quarantenne non conosceva la durata. Aveva però conoscenza o coscienza di un dubbio suo personale. Questo: finché c’è vita, *la vita è bella?* [...] C’era tempo per rispondere. Ma ignorava che non sarebbero bastati trent’anni. Trent’anni, fino alla fine del millennio e oltre, sono la durata di un’altra storia, da tirar fuori anch’essa dalla sabbia dei ricordi. Una storia ancora da scrivere”. Una storia che aspettiamo con impazienza.

Ci si chiede da alcuni lettori di “...avvicinare qualche volta di più nella nostra rivista” argomenti di vita quotidiana, argomenti che si incontrano nel quotidiano e che possono indurci a riflessioni, memorie, confronti scambio di idee, proposte, al di fuori del mondo medico sanitario e ospedaliero, nel quale la rivista è nata e vive. Fra le altre, per ora, la piazza ci è parsa rispondere al suggerimento, e qui ne scrive per noi il giornalista Giuseppe Fumarola.

Lo spazio pubblico La “piazza” ieri e oggi

GIUSEPPE FUMAROLA

1. L'estensione, ma soprattutto, le dimensioni, che i *new media* ⁽¹⁾ assumono sempre più nella vita politica, sociale ed economica ri-propongono all'attenzione una delle più antiche questioni concernenti le relazioni sociali, gli affari, la comunicazione e il confronto fra posizioni: il *luogo*, lo spazio in cui si concretizzano gli scambi commerciali e di idee, in cui ognuno possa esprimere se stesso, la propria opinione e possa ascoltare quella altrui.

Questo luogo è lo *spazio pubblico*, la *piazza*, ambito in cui ogni individuo possa acquisire informazioni e notizie per compiere scelte per i propri progetti di vita e possa esprimere giudizi sulla vita pubblica e, quindi, intorno allo sviluppo del centro in cui abita, intorno a quello della società, più in generale e, persino, del mondo.

La rappresentazione della piazza, in quanto spazio, è quella di un luogo fisico. La piazza ha avuto (e ha) diverse e differenziate funzioni e significati. La delimitazione architettonica della piazza, da un lato, e le regolamentazioni amministrative, giuridiche, religiose, igieniche... circoscrivono lo spazio delle manifestazioni politiche, dei mercati, delle fiere e delle feste.

Il confine fisico della piazza coincide con ciò che accade nella piazza; e ciò è garanzia di sicurezza. Una sicurezza per chi *accede* alle fiere, ai mercati, alle feste e per chi partecipa alle manifestazioni politiche e, nello stesso tempo, una sicurezza sociale.

Per ciò che concerne i mercati, la sicurezza concerne, innanzitutto, l'organizzazione della vendita, onde evitare la babele dei mercati orientali, che

costituisce fonte di minaccia per la sicurezza individuale e della società.

L'*agorà* greca è stata la piazza in cui il popolo conveniva sia per contrarre affari, sia per partecipare alle assemblee pubbliche e sia per conversare.

La piazza è ancora il luogo di manifestazioni e rappresentazioni, quali gli spettacoli, le feste e il Carnevale ⁽²⁾. Il termine 'piazza', con riferimento a ciò che accade durante i giorni del Carnevale, entra nel linguaggio politico, con un significato differente da quello di spazio in cui si dibatte della vita pubblica. Il Carnevale è la rappresentazione del mondo alla rovescia, in cui può accadere tutto e il contrario di tutto. Lo spazio carnevalesco (fisico e mentale) è la rappresentazione del divertimento godereccio, della baraonda, del vociare sguaiato. Esso è uno spazio *eccezionale*, concesso dal potere politico e dalla Chiesa ⁽³⁾.

La piazza è divenuta (a partire dal Medioevo) il luogo delle processioni e di rappresentazioni religiose ⁽⁴⁾. Le rappresentazioni religiose, proprio per la propria forza informativa, hanno la funzione di comunicazione di comportamenti, che debbono essere resi propri da chi assiste ed essere ripetuti e ritrasmessi.

Le fiere sono state concessioni donate ai Comuni per meriti particolari, in quanto tali, anche le fiere sono *manifestazioni eccezionali* ⁽⁵⁾. Giorni di acquisti e di vendita, le fiere sono state, nelle società determinate dai ritmi agrari, occasioni di contratti e di strette di mano, che, proprio per questo, non si esauriscono nello spazio ristretto della fiera. Il con-



Agorà dell'Atene del V secolo. ...L'agorà è stata la piazza in cui il popolo conveniva per contrarre affari, partecipare alle assemblee pubbliche e conversare...

tratto è un atto sociale che trascende l'ambito limitato della fiera ⁽⁶⁾. Salvaguardare la fiera da minacce, renderla sicura non è solo una questione di ordine pubblico. La fiera è una concessione, un dono, un privilegio ed è fonte di ricchezza. La sicurezza sociale della fiera comporta ricchezza per il Comune.

2. La piazza telematica, invece, non si caratterizza come un luogo fisico, ma *non* è un non-luogo. Confusione e baracche dei mercati e fiere; appuntamenti, promesse e affari; dibattiti di varia natura e altro ancora sono proprie anche della piazza telematica. Essa è un *luogo virtuale*. Proprio perché non è delimitata in senso architettonico, la realtà della piazza telematica è una *realtà d'apparenza*, non, però, una realtà apparente. Lo spazio telematico è altro da quello fisico. La piazza telematica ha una sua realtà,

una realtà concettualizzata, in quanto le situazioni sono costruite in maniera simbolica, ma ciò non significa che non si determinino atti concreti: l'acquisto di beni, via rete, non è un atto non apparente. A differenza, comunque, degli altri strumenti di comunicazione, la rete non solo consente la comunicazione, ma crea spazi di comunicazione ⁽⁷⁾.

3. Le questioni riferite all'accesso alla rete telematica sollevano antiche problematiche, che in questo campo si ripropongono. Anzi, qui si acutizzano e si aggregano. Alcune di queste vengono, in questo intervento, avanzate e concernono questioni che sono state definite di biopolitica.

La *biopolitica* ⁽⁸⁾ ha a che fare con il rapporto, anche conflittuale, che intercorre fra le esigenze, gli interessi, le soddisfazioni e le curiosità dell'individuo (ciò che riguarda la vita dell'individuo, i suoi pro-

getti di vita e le sue aspirazioni) e la regolamentazione statale, o di altra natura, della rete. Inoltre, su un altro piano, altre questioni si pongono. Un piano, questo, strettamente in connessione con il primo, che riguarda il rapporto che si struttura fra le opinioni che il navigatore-fruitor si forma, nell'acquisizione di informazioni e conoscenze, quando accede alla rete, e l'ambito in cui possa esprimere queste opinioni e i suoi giudizi. Un ambito, certamente, in cui le opinioni e i giudizi abbiano un'efficacia concreta.

4. È proprio a partire dalle condizioni dell'accesso alla rete che lo Stato si preoccupa di porre regolamentazioni. Anzi, a volte, il suo intervento è sollecitato dall'opinione pubblica (basti vedere ciò che è stato detto e scritto in merito alla pedofilia e ai modi con cui identificare il comportamento in rete del pedofilo). In ogni caso, l'intervento dello Stato costituisce ambito di conflitto fra la libertà del consumatore e del fruitore di compiere scelte e prendere decisioni e la sicurezza sociale. Il fruitore della rete incontra messaggi che lo vogliono indurre a prestare attenzione a ciò che essi trasmettono oppure a comportarsi in un certo modo. Messaggi pubblicitari, ma anche di tipo informativo.

Sono diverse le esercitazioni in merito alle identificazioni delle caratteristiche del fruitore, nelle sue condizioni d'accesso. Si ritiene che la sua prospettiva si basi su un pregiudizio e, cioè, sulla sua capacità illimitata di accedere ad ogni notizia e informazione, tanto da poter recepire ed assorbire ogni conoscenza.

Questa base prospettica diviene, appunto, un pregiudizio: l'attenzione e le curiosità sono selettive e sono legate agli stimoli. Quando le notizie e le informazioni sono troppe e non sufficientemente differenziate, esse non vengono percepite come oggetti che si contraddistinguono da un fondo. I contorni delle notizie si confondono con lo sfondo e tutto diventa rumore di fondo.

Alcuni espedienti sono stati definiti, proprio a vantaggio del fruitore. Questi può precostruirsi una lista di informazioni che preferisce ricevere. Quelle e solo quelle: unicamente notizie sportive o notizie riferite ad una rock-star... e, magari, da questa lista, sono escluse le informazioni politiche.

In realtà, però, liste di questo genere, che indicano unicamente le fonti di notizie costruite per soddisfare i propri gusti, in quanto fruitori-navigatori, producono monadi, ambiti chiusi. In questo modo, il navigatore-fruitor conferma solo le proprie opinioni, ribadisce se stesso, se non i propri pregiudizi o, al massimo, consente una comunicazione fra chi la pensa in maniera simile.

5. L'accesso alla rete, nei paesi del mondo arabo e negli Stati totalitari (come Cuba, Nord Corea, Cina, Laos, Vietnam), è fortemente controllato dalle autorità governative. Così come, del resto, ogni fonte d'informazione. In questi paesi, la coercizione è all'origine dell'accesso. Le preoccupazioni governative di impedire qualsiasi critica al potere e di impedire la penetrazione di qualsivoglia idea vagamente occidentale (le parole più bandite, infatti, dal lessico sono individuo e libertà) si fissano sull'uso stesso di Internet, se non del computer. Non è una novità storica. Nel XVI secolo, in Turchia, fu vietato l'uso della stampa (un divieto durato per oltre due secoli); quando Saddam era al potere, per tanti anni, è stato negato l'uso della macchina da scrivere. Per giungere al controllo dell'intimo, della mente e della vita degli individui e della popolazione, i regimi totalitari bandiscono o controllano gli strumenti di comunicazione e di informazione, quali la macchina da scrivere, la stampa, il computer, l'accesso ad Internet.

Nei paesi arabi, altri fattori contribuiscono alla limitazione dell'accesso alla rete: quale la insufficiente modernizzazione della tecnologia telefonica (anche se questo ostacolo è superabile – ed è un processo in atto – con la diffusione dei telefonini) e quale l'analfabetismo. L'uso della rete è possibile, invece, da parte dei giovani, economicamente agiati, che hanno un futuro da dirigenti politici o in economia o ricopriranno posizione di rilievo nelle professioni. Nei paesi comunisti e in quelli a fondamentalismo religioso, ciò che costituisce ostacolo alla realizzazione di se stessi, della propria vita (senza che lo Stato indichi in maniera coercitiva ciò che è giusto per le proprie aspirazioni) è strettamente connesso all'assenza della dimensione pubblica e alla mancanza di circolazione delle informazioni. Anzi, più che la mancanza si deve sottolineare la segretezza

delle informazioni. I regimi dittatoriali non vogliono sottoporre a verifica e a critica il loro potere.

La domanda che ci si pone consiste: le persone che vivono in quei paesi desiderano che la loro esistenza acquisisca quella forma? Se la risposta è sì, si pone un'ulteriore domanda: queste persone hanno avuto l'opportunità di valutare modi di vita alternativi?

La sicurezza sociale, nei regimi dittatoriali, concerne la restrizione della dimensione vitale individuale e l'annullamento dello spazio pubblico.

6. Come si diceva, la diffusione attuale di Internet ha l'effetto di riproporre antiche questioni. Sono questioni di biopolitica, proprio perché concernono il rapporto fra la dimensione di vita di ogni individuo, la sua realizzazione e lo spazio della politica. (Forse l'espressione 'biopolitica' è audace, ma rende l'idea delle considerazioni che si avanzano). La politica può essere definita in due modi: come ambito di decisioni deliberanti e come spazio pubblico.

Uno degli elementi significativamente caratterizzanti le società moderne concerne le possibilità e le opportunità che ogni individuo ha di scegliere in quale modo vivere e quale forma possa e debba assumere la propria vita. Una vita che abbia la dimensione della durata, della continuità nella realizzazione e nell'espressione.

L'accettazione di questa prospettiva vuole la difesa della *capacità* dell'individuo della libertà di scelta. Difendere, qui, vuol dire salvaguardare e allargare le opportunità di scelta, in base al principio di legalità proprio dello stato di diritto democratico. E, ciò significa, ancora, *riconoscere* che ognuno è nella condizione di scegliere la forma adeguata della propria vita. Il riconoscimento delle capacità è all'opposto dell'indifferenza. Paradossalmente, il disriconoscimento comporta un qualche riconoscimento iniziale. Il disriconoscimento è una reazione al riconoscimento, mentre l'indifferenza è mutismo.

La possibilità di scegliere il modo di vivere è strettamente connesso al come si concretizza questa forma e ciò, appunto, comporta acquisire capacità di scelta, le quali hanno bisogno di informazioni e di conoscenze.



...Lo spazio carnevalesco in piazza è la rappresentazione del divertimento godereccio, della baraonda e del vociare sguaiato... (James Ensor, 1888).

L'indifferenza alla libertà di scelta della forma di vita adeguata ad ogni persona è un ostacolo alla concretizzazione di questa. Più in generale, sarebbe opportuno precisare un'ontologia sociale degli ostacoli.

Schematicamente, possiamo indicare alcuni livelli di ostacoli alla scelta. Probabilmente, il più diffuso è quello concernente il meccanismo della tradizione, quel sistema, cioè, che vincola la scelta alle credenze e alle supposizioni acquisite. Un sistema, quello dell'acquisito e delle credenze, sovente confuso con ciò che viene chiamata la cultura (è stato accennato a ciò, a proposito dei paesi arabi).

Un ulteriore livello degli ostacoli concerne la limitata circolazione delle informazioni e delle conoscenze nella società. E, ciò ripropone il rapporto fra conoscenza e politica⁽⁹⁾. Che cosa si intende con questo rapporto non è neutrale. Esso produce effetti sullo sviluppo individuale e su quello della società.

Le scelte che ogni individuo compie, quotidianamen-

te, inoltre, non sono riconducibili immediatamente alla conoscenza scientifica e alla sua struttura razionale. Eppure, esse vengono compiute ed effettuate a prescindere dai saperi codificati.

Anche senza essere economisti, molte persone, giornalmente, compiono scelte che hanno rilevanza economica per la propria esistenza e, indirettamente o effettivamente, per la società. L'attività critica non è legata ad un particolare ambito scientifico. Valutare i messaggi che ogni giorno ad ognuno giungono; prendere in considerazione le posizioni alternative a questi messaggi; individuare quali sono le premesse e le conclusioni di ciò che viene proposto; riconoscere cosa significa nella concretezza seguire le indicazioni del messaggio e, infine, essere consapevoli di che cosa cambia, nelle proprie condizioni di vita, nel momento in cui si sceglie un particolare contenuto; in altri termini esprimere giudizi concerne l'attività della critica⁽¹⁰⁾.

Ciò non significa contrapporre o sovrapporre un sapere comune autentico ad una conoscenza scientifica, economica, tecnica, culturale, politica... e a tutto ciò che in rete si muove (e, più in generale, nel mondo della comunicazione) ritenuto falsante.

Ciò che si vuole differenziare riguarda il fatto che le scelte che ognuno compie giornalmente e normalmente non necessariamente sono le stesse che compiono scienziati, economisti, imprenditori, giornalisti, politici... Si tratta di precisare in che rapporto si pongono questi ambiti concernenti le scelte.

7. Per concludere, con la diffusione di Internet, si ripropone un antichissimo problema: l'affermazione di uno spazio pubblico in cui acquisire informazioni e conoscenze ed esprimere giudizi e critiche.

Michel Foucault ha scritto che dobbiamo difendere la società. Spostando il senso di ciò che intendeva Foucault, si può dire che dobbiamo difendere e salvaguardare le modalità di vita della società occidentale, basata sullo stato di diritto democratico e concernente la capacità di ognuno di scegliere la propria dimensione e forma di vita. È decisivo che ognuno abbia la possibilità di accedere ad una pluralità e diversità di informazioni e conoscenze e che le autorità governative garantiscano l'accesso alle informazioni, non per concessione, astenendosi di interferire sui contenuti e garantendo la sicurezza sociale⁽¹¹⁾

Note:

1 - *I new media*, e, in particolare, Internet, si distinguono dai *media* (dai mezzi di comunicazione più tradizionali) per l'interattività.

2 - Queste considerazioni costituiscono il fondo dell'articolo pubblicato in rete di G. Fumarola, *Il cibo della festa: il Carnevale*, archivio Slow food (titolo effettivo *Il Carnevale: l'utopia gastronomica*). In esso, si evidenziano: il carattere di *eccezionalità* della festa del Carnevale, come differenziazione della vita quotidiana; la piazza come luogo d'assalto al cibo e come soddisfazione smodata di sé; la delimitazione politica di essa e la delimitazione religiosa del Carnevale, che differenzia il calendario in giorni di grasso, periodo in cui è lecito il consumo di carne e i giorni di magro, in cui non è lecito.

3 - Gli stessi caratteri di eccezionalità si riscontrano in una festa di campagna, come quella di san Giovanni (G. Fumarola, *La festa di san Giovanni, una festa orgiastica* – in preparazione).

4 - Le 'tavole' organizzate per i poveri dalle famiglie facoltose per la festa di san Giuseppe ne sono un esempio (G. Fumarola, *Il cibo della festa: san Giuseppe*, archivio Slow food, in rete – titolo effettivo: *La festa di san Giuseppe, una festa anti-carnevalesca*).

5 - G. Fumarola, *La fiera di san Martino: una baraonda*, in preparazione.

6 - Lo scambio si caratterizza per qualcosa che è tangibile e visibile e per qualcosa che è impalpabile e invisibile. In questa prospettiva, in un campo particolare: G. Fumarola, *Donare dolci: perché...? Donare dolci vuol dire donare dolcezza*, in preparazione.

7 - Nel linguaggio, ormai, la nozione di rete si sostituisce e si differenzia da quello di sistema.

8 - L'espressione biopolitica è di Michel Foucault, come l'ha precisato nel suo corso sui principi della biopolitica che concerne il governo degli uomini e il governo delle istituzioni, anche se, qui, non si seguono tutti gli aspetti del pensatore francese; vengono, inoltre, presi in considerazione i lavori dell'economista-filosofo indiano-inglese Amartya Sen, a proposito dell'economia della vita e delle diverse possibilità del vivere e il concetto di *durata* di Henry Bergson (decurtato dagli aspetti vitalistici).

9 - AAVV, *Knowledge and Politics*, Phisica-Verlag, Heidelberg.

10 - M. Allen, *Smart Thinking. Skills for Critical Understanding and Writing*, Oxford Univ. Press.

11 - In riferimento a Internet, come piazza, si veda il lavoro del politologo americano C. Sunstein, *Republic.com Cittadini informati o consumatori di informazioni*, presentazione di G. Pasquino, il Mulino.

La beneficenza, attualità di sempre

ELISABETTA ZANAROTTI TIRANINI

Il sentimento della socialità, o meglio, della solidarietà fra i componenti di una stessa specie animale, in particolare di quella umana, è istintivo, perché lo spirito di conservazione e di riproduzione sappiamo essere inconsciamente programmato e biologico.

Preciando da questa asserzione, oramai sperimentata, si rivela interessante esaminare il modo etico, sociale, storico, attraverso il quale, gli aspetti psicologici, emotivi, economici si mostrano propulsivi per un essere ad aiutare un altro e quali interazioni presenti questo fenomeno: praticamente, la dinamica in grado di generare in noi e nei nostri simili il senso dell'altruismo con le sue modalità e con le sue finalità.

Precisiamo che un tempo, durante la grande diffusione delle religioni politeiste, solitamente non erano previste molte attenzioni per i più deboli. Conflitti dinastici e bellici cruenti esigevano che ci si prendesse cura soltanto degli individui più robusti; gli altri spesso erano destinati a soccombere, quasi per una sorta di selezione naturale.

Invece, caratteristica comune fra i popoli monoteisti, erano e sono vigenti i proponimenti di carità, intesi nella più ampia accezione.

L'elemosina è una componente eclatante, ma ne esistono altre, a seconda delle circostanze e dei protagonisti. Nella dottrina della Chiesa, l'atto del beneficiare ha un valore pari a fede e a speranza; queste insieme con la carità, appunto, formano il trio inscindibile delle virtù teologali.

Nel Vangelo secondo Luca (10, 30 e segg.), è emblematica la parabola del buon Samaritano; di colui che presta volontariamente soccorso e conforto a un altro viandante sconosciuto e sofferente, colpito da una disavventura improvvisa. Prendendosi cura del prossimo, in rapporto al concetto di beneficiarlo, fornisce e chiarisce anche come identificarlo, rispondendo al quesito: chi è il nostro prossimo? Trattasi di un brano ricco di spunti di riflessione per tutti, indipendentemente dall'età del lettore.

L'azione di offrire, senza pretendere nulla in contropartita, è fondamentale proprio nell'etica cristiana. Tanto è vero che l'evangelista Marco (6, 1 e segg.) riporta la raccomandazione espressa dal Maestro, di fare l'elemosina con umiltà, senza ostentare l'atto per essere poi lodati e ricompensati. Fra coloro che cristiani non erano, generava stupore soprattutto osservare i primi adepti animati da quello spirito di fratellanza con cui si occupavano dei più bisognosi.

Il donare, comunque, suscita in chi riceve il "dono" la stessa sensazione di chi lo offre: sentirsi importante e degno di attenzione. Una situazione di benessere e gratificazione, di potenza e capacità. Poi, la gratitudine da parte del beneficiario verso il suo benefattore, è la cornice adeguata di tale quadro.

Questi presupposti dirigono verso un epilogo logico: l'assenza di una linea di demarcazione fra chi dà e chi riceve; il beneficio ricade, diversamente, ma su entrambi.

Il nostro interesse è focalizzato sul mondo più articolato che riesce a muovere e a smuovere prioritariamente la beneficenza e l'altruismo: quello della sofferenza.

Il filosofo e monaco domenicano Tommaso Campanella (1568 - 1639) nella sua opera *Metaphysica* (1623), dissertando anche sul piacere e sul dolore, affermava il valore pedagogico del secondo, consistente nel fare percepire al vivente la sua condizione costante di dipendenza e di fragilità. Ad esso è connaturata la sofferenza, alla quale non è possibile rassegnarsi completamente, in quanto si è sostenuti dalla speranza di attenuarla e, talvolta, di vincerla per migliorare la qualità dell'esistenza.

Fra le persone più equilibrate e sensibili, avvertire la percezione della sofferenza subita da un'altra creatura, genera sentimenti di grande umanità, quali: empatia, preoccupazione, afflizione interiore.

È il momento in cui chi è sano, nel corpo e nella mente, ha l'opportunità di fare affiorare, estrinsecandolo, il suo lato migliore per disporre se stesso al servizio dell'altra persona meno autonoma e meno fortunata. La propria disponibilità, soprattutto se innata, è quasi sempre un atto di amore e la beneficenza rappresenta la concretezza di tale atto; in esso si realizza la bontà.

I modi di manifestarla possono essere diversificati, come lo sono le necessità. Le espressioni benefiche hanno caratteristiche di misericordia, giustizia, amicizia, riconoscenza, libertà e altre. Tutte qualità ugualmente nobili e valide, che rendono l'uomo allo stato della sua dimensione migliore, vicino alla spiritualità peculiare di un animo raffinato, nel suo risvolto più positivo e sereno: la generosità, rara e preziosa, considerata quasi la chiave di tutte le altre virtù e un rimedio generale contro tutti gli eccessi delle passioni, secondo la filosofia cartesiana ⁽¹⁾. Di essa notiamo gli episodi macroscopici o pubblicizzati, ma ne esistono molti seminasconditi in un substrato, che purtroppo ai più rimangono ignoti. Di solito, chi è fine nell'intimo e munifico non grida, bensì sussurra in punta di piedi, signorilmente. Magnanimità e modestia sono buone compagne di uno stesso lungo percorso in ascesa che conduce verso un orizzonte luminoso.

Qualche volta si afferma che una ragionevole ambizione o il desiderio di ricordare una persona amata o di essere ricordati, siano gli incentivi della beneficenza. Ma questi diventano moventi secondari e veniali; qui, fine e mezzi si giustificano compensandosi.

In noi ci sono pregi (e difetti) accentuati da occasioni e da esperienze. La nostra positività si può cercare e reperire con buona volontà e determinazione, pensando che un atto benefico, apparentemente modesto, effonderà a lungo i suoi sviluppi, talvolta perfino nei secoli successivi.

Un grande benefattore lombardo, don Luigi Monza (1898 - 1954) ⁽²⁾ dedicatosi al recupero dei bambini disabili, spiegava con un'allegoria, come il granello di frumento seminato nel terreno apparentemente muoia, ma poi si trasforma e, germogliando, dà vita a una spiga carica di frutti. Un fenomeno che, replicandosi, genera benefici effetti. A conclusione, affermava che il bene va fatto bene, cioè con giudizio e senza strafare, forse ricordandosi anche di un famoso detto latino: *Claudite iam rivus, pueri! Sat prata biberunt*

... ⁽³⁾. Nel contesto presente non ci fermiamo troppo sull'origine della beneficenza nel settore ospedaliero, che sappiamo avere radici antico-medioevali. Già in altre occasioni è stato chiarito che il prototipo fu costituito dalle prime istituzioni, sorte per offrire inizialmente un breve ricovero ai pellegrini lungo le strade da essi percorse, poi, anche assistenza e cure semplici in caso di malattia, o di incidenti e disagi occorsi a tali viandanti durante il difficile itinerario.

I primitivi luoghi di ristoro e di accoglienza (in alcune abbazie e conventi) si trasformarono in quelli di cura e di carità per i più defedati e gli emarginati. Come già accennato, contribuirono i dettami del Vangelo fondati sull'amore fraterno e, seguiti con la corretta interpretazione, a fare in modo che alcuni, fra i vari ordini monastici, accudissero con pazienza e dedizione agli infermi e ai poveri.

In Italia e all'estero, agli ecclesiastici si affiancarono alcuni movimenti laici, ma votati spiritualmente alla preghiera e inclini materialmente all'assistenza verso il prossimo.

Così si comprende perché le elargizioni e altri legati in denaro o beni vari compiuti da esponenti nobili laici venissero devoluti al clero; d'altra parte, destinare grandi possedimenti alla Chiesa significava evitare la parcellizzazione (e la conseguente dispersione) del patrimonio familiare, come per esempio fece la contessa Matilde di Canossa ⁽⁴⁾.

Qui, preferiamo concentrare il nostro pensiero sulla trasformazione del rapporto umano fra noi stessi e l'"altro", dai secoli precedenti a oggi.

Il buon senso, se applicato e unito alle notizie e alle immagini che ci pervengono quotidianamente dai numerosi mezzi di informazione, ci consente di discernere con razionalità chi è diverso (mai inferiore!), intendendo con questa parola la sua condizione psichica, fisica, morale e sociale di disagio nella realtà che lo circonda.

La sofferenza non è dovuta soltanto alla malattia, ma a lungo andare una situazione di precarietà conduce facilmente ad una patologia, perché la forza di reazione oltre a variare sensibilmente da individuo ad individuo, presenta dei limiti invalicabili ai quali la specie umana ad un certo punto non può sottrarsi.

Ecco, allora, la validità della nostra comprensione e inclinazione, se concrete, verso l'altro. Disattendere o

ritardare richieste di aiuto significa perdere momenti preziosi, mentre offrire spontaneamente e subito, equivale a dare due volte.

Se anticamente erano sufficienti l'ospitalità e il rifugio, oggi il progresso ci consente di esportare tecnologia anche semplice; ma in particolare è indispensabile insegnare ad usarla a coloro che vivono in condizioni quasi estreme di sopravvivenza, allo scopo di limitare il più possibile catastrofi e conflitti che depauperano l'uomo della propria identità, dignità, vita.

Fra i molteplici esempi di possibile citazione, è utile rilevare che uno degli impegni assunti da parte delle nazioni più progredite potrebbe essere costituito dall'ideale fornitura di strumenti e dimostrazioni pratiche circa il reperimento e l'utilizzo di un bene preziosissimo ed essenziale, qual è l'acqua, con la costruzione di pozzi per quella da bere, sistemi di desalinizzazione e di irrigazione per rendere redditizio un certo tipo di agricoltura, nonché un adeguato impianto fognario per lo smaltimento igienico dei rifiuti organici. Questo tipo di "beneficenza" si dimostrerebbe finanziariamente impegnativo, ma assai proficuo per una dignitosa esistenza di molte popolazioni del cosiddetto "terzo mondo", popolazioni che vedono sparire in un lampo gli invii temporanei di acqua imbottigliata o di altri beni, effimeri e oggetto di accaparramento.

La beneficenza, per fregiarsi di tale nome, deve essere celere, mirata e duratura.

Fare beneficenza, spesso, significa lasciare alle proprie spalle una vita agiata per recarsi a migliaia di chilometri di distanza con lo scopo di donare se stessi ai più poveri, curandoli con umiltà, pazienza, amore e scienza. Abbiamo numerosi prototipi: Albert Schweitzer (1875 - 1965) medico alsaziano, che insieme alla moglie trascorse quasi tutta la sua esistenza in un lebbrosario da lui fondato a Lambarené in Gabon; Raoul Follereau (1903 - 1977) avvocato francese, che dopo aver iniziato la sua opera a favore dei lebbrosi, legò il proprio nome alla fondazione dell'Ordine della Carità, libero raggruppamento di persone che vogliono operare a favore dei poveri; per non parlare di madre Teresa di Calcutta, scomparsa nel 1997, la quale affermava che la beneficenza incomincia con offrire un volto dolce, sorridente, e un animo disponibile nei confronti dei più poveri tra i poveri. Fra gli studiosi italiani, ricordiamo Carlo Urbani, infettivolo-

go, che a soli 46 anni di età, nel 2003 sacrificò la sua vita mentre tentava di curare e di arginare un'epidemia di SARS, (la famigerata Severe Acute Respiratory Syndrome).

Sono molte le organizzazioni nazionali e internazionali che, senza fini di lucro, quotidianamente hanno come scopo precipuo la dedizione verso gli emarginati e i miseri.

Il bene consiste proprio nel comprendere "l'altro" nelle sue sfaccettature dolorose, cercando con generosità e abnegazione di dargli serenità, sicurezza e soprattutto regalandogli amore, recandoci noi da lui, perché ogni "regalo" di questo genere, per essere tale, va portato personalmente.



Gemma Fragni Sichirollo - donatrice di un reparto dell'Ospedale San Carlo Borromeo - nel ritratto del pittore Augusto Colombo. L'opera fa parte della Quadreria dei Benefattori.

Esistono tuttora benefattori benestanti che sostengono le istituzioni assistenziali e di recupero, senza pubblicizzarlo. I mezzi di informazione ne danno l'annuncio quando il benefattore viene a mancare per sempre. Oltre ad attribuire lustro alla sua persona, a incrementare la commozione proprio nel momento della scomparsa, è forse il modo di perpetuarne la memoria. L'ambito psicologico nel quale vediamo agire il benefattore è l'atmosfera di serenità per nulla turbata dal pensiero della propria dipartita, anche imminente.

Attualmente, essendo le istituzioni benefiche numericamente superiori a quelle di un tempo, osserviamo che gli emolumenti a favore di queste, subiscono una maggiore ripartizione e quindi ogni ente ne avverte forse meno il beneficio. Ma se si esaminasse il totale complessivo nazionale regalato a tale scopo, ci si accorgerebbe che la prodigalità non è inferiore; magari è differente, comunque sempre encomiabile e valida in un mondo ogni giorno più difficile.

I valori veri, qualsiasi siano le vicende umane, rimangono e non potranno mai dissolversi, perché la sofferenza e le necessità primarie non fanno distinzioni, né preferenze.

La consapevolezza del rischio di poter essere tutti coinvolti nel bene e nel dolore, soprattutto ad un'ora incerta, incentiva a ricordare e a guardare verso i benefattori di ogni tempo con commossa ammirazione e perenne riconoscenza.

Note:

1 - René Descartes, *Le passioni dell'anima*, art. 161, pag. 96, in *Opere filosofiche*, vol. 4, Editori Laterza, Bari 1996

2 - Il sacerdote don Luigi Monza è il fondatore dell'Associazione *La Nostra Famiglia* di Ponte Lambro (Como) dalla quale è nato l'*Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico I.R.C.C.S. Eugenio Medea* di Bosisio Parini (Lecco). Attualmente è in corso il processo di beatificazione .

3 - "Chiudete ormai i rigagnoli, fanciulli! I prati sono stati irrigati abbastanza" (dalle *Bucoliche* 3, 111, di Virgilio).

4 - La famosa nobildonna Matilde di Canossa (1046 - 1115) figlia del marchese Bonifacio e della lotaringica contessa Beatrice, fu una delle donne più ricche della penisola italiana. Alla sua morte destinò tutti i suoi beni e i vastissimi territori alla Chiesa che in tal modo ampliò il suo Stato .

Sulla lettura e sull'arte

Una conseguenza dell'amore che i poeti suscitano in noi è l'importanza letterale che attribuiamo a cose che hanno per loro un significato emotivo personale.

In tutti i quadri che ci presentano, ci offrono appena uno squarcio di un luogo meraviglioso, diverso dal resto del mondo, nel cuore del quale vorremmo che ci lasciassero penetrare.

"Conduceteci nel giardino di Zelandia, dove crescono i fiori desueti" vorremmo dire a Maeterlinck, a Madame de Noailles, per la strada profumata "di trifoglio e artemisia" e in tutti i luoghi della terra di cui non ci avete parlato nei vostri libri ma che ritenete altrettanto belli. Vorremmo vedere il campo che Millet (i pittori infatti ci insegnano quanto i poeti) ci mostra nella sua "Primavera", vorremmo che Claude Monet ci conducesse a Giverny, in riva alla Senna, a quell'ansa del fiume che ci lascia distinguere appena le cose attraverso le brume del mattino.

In realtà si è trattato di semplici casi di relazioni o di parentela che, offrendo l'occasione di passare o soggiornare in certi luoghi, hanno poi permesso a Madame de Noailles, a Maeterlinck, a Millet, a Claude Monet di scegliere come soggetto quella strada, quel giardino, quel campo, quell'ansa del fiume piuttosto che altre.

Ciò che li fa sembrare diversi e più belli del resto del mondo, è quel riflesso inafferrabile che li colora, l'impressione che hanno lasciato all'artista e che potremmo vedere errare in modo ugualmente singolare e dispotico sul volto indifferente e sottomesso di tutti i luoghi che ha rappresentato.

MARCEL PROUST
(da: *Del piacere di leggere*,
Passigli Editori, 1998).

Dal Passato: I nostri lettori dimostrano di gradire la ripresa di argomenti pubblicati negli anni '90-95 e che, con sorpresa, sono tutt'altro che fuori tempo anche oggi.

Quello che la scienza sa di non sapere

PIERO FRANZINI

La relazione d'incertezza

La scienza, e non solo nella categoria della Medicina, forse mai come ora, pur in momenti di grande progresso, avverte la propria limitatezza; l'apollinea saggezza di Socrate, che una sola cosa diceva di sapere, cioè di nulla sapere, è entrata nella costituzione del sapere più autentico che, superata la trionfale euforia dell'illuminismo (se mai c'è stata), stabilisce o ristabilisce, sull'antica linea aristotelica, il concetto di "limite", al di là del quale la "cosa" cessa di esistere. Il "confine" è, almeno in teoria e nell'aspettativa, sempre superabile mentre non lo è il limite, pur se su di esso sono sempre aperte esplorazioni e discussioni quando un pensiero discute soltanto di se stesso. Anche l'auspicato punto di partenza della saggezza umana, l'imperativo dell'Apollo delfico "conosci te stesso", si pone in una regione del sapere che, se indagata a fondo, è fermata pur essa da un limite; ma, nel loro grande piccolo, la mente e lo spirito dell'uomo sono in qualche modo portati a spaziare nell'infinito, balzando oltre le colonne d'Ercole sia sul piano della quantità che della qualità (concetti, questi ultimi, che finiscono col fondersi e confondersi fra di loro). La "verità", traguardo utopico ed ucronico della scienza, non è raggiungibile dall'uomo ma solo avvicinabile asintoticamente; è anzi da stupire (e lo scienziato, in primis Einstein, apertamente se ne stupisce) che qualche aspetto di "verità" sia intuibile, o addirittura afferrabile, quando il pensiero razionale corre in avanti, eventualmente dando lo sgambetto alla "ragione" che allora rende all'uomo il suo ultimo servizio dimostrandogli appunto l'insufficienza

della ragione stessa. Tutti poi conosciamo, al di qua di ogni illazione epistemologica, il principio fisico-matematico di Heisenberg per cui, in parole molto povere, l'osservazione disturba il fenomeno che si fa pertanto conoscitivamente inavvicinabile.

La sfida della complessità

Ma anche in spazi dominabili e dominati dalle scienze dell'uomo, l'inestricabile intreccio fra gli eventi osservati, il sovrapporsi di momenti causali, il giuoco di variabili incentivazioni e inibizioni, modulazioni d'ogni tipo e in ogni tempo, retroazioni positive o negative, risposte non riproducibili e ripetibili, eventi di "autopoiesi" per cui emergono condizioni di volta in volta creative, nuove teorie sui frattali e sul pensiero topologico, tutto un mondo, in definitiva, in continuo movimento (per cui al concetto della classica "omeostasi" si va sostituendo quello più moderno della "omeoresi") creano un'autentica selva selvaggia di interrelazioni che ostacolano o addirittura impediscono il cammino conoscitivo.

Per un paradosso che tale non è sul piano logico, in un labirinto per cui è impensabile la guida di un filo di Arianna, quanto più numerose, dilatate e profonde sono le conoscenze, tanto più si confonde o cancella il traguardo di arrivo e quanto più si sale tanto più si annebbia l'orizzonte. Quello che, in un primo tempo di semplice e gracile giuoco causale, si proponeva come "chiaro e distinto", si fa ora irto di dubbi e incertezze, aperto alle confrontazioni e falsificazioni teoricamente senza fine (alla Popper), a rovesciamenti di paradigmi ed a nuove teorie ricche di inattesi orizzonti.

È stata chiamata, ed è, la “sfida della complessità”, quasi un’ipertrofia od obesità scientifica, a rappresentare un nuovo tipo di realtà, un confuso raggiungimento di zone sempre più vicine alla verità ma non con essa identificabili; per rintuzzare questa moderna sfida della complessità occorrerebbe forse modificare i percorsi del pensiero, creare ulteriori categorie mentali, allargare gli spazi della interdisciplinarietà.

Entra d’autorità nel pensiero scientifico un nuovo concetto di “caos”, caos ma *deterministicamente fondato*, nato non dal disordine ma da un ordine quanto mai complesso, per cui si va creando una rivoluzionaria “dinamica di sistemi” mentali che possa offrire all’evoluzione del sapere non più, come ora, un cartesiano cono di divergenza dei problemi ma piuttosto un cono di convergenza con direttiva non più struttura ► funzione ma inversa, dalla funzione alla struttura. È da tempo nata per la scienza fisica una disciplina di fisica teorica; ora muove i primi passi anche una “Medicina teorica”.

Dalla sfida della complessità origina, e si estende ad altre regioni della scienza, una difficoltà o l’impossibilità di quella sicurezza previsionale che rappresentava una delle glorie della scienza autentica; basti pensare, fuori dalla Medicina, ad un esempio ormai notorio concesso dalla meteorologia che si vede la strada preclusa ai pronostici appena si considerino tempi non immediatamente vicini.

Il fenomeno della complessità, ovviamente, non può che tendere alla espansione, a mano a mano che si dilatano gli spazi di un sapere che talvolta supera le misure dell’uomo facendosi più grande del ricercatore, eventualmente coinvolto nel giuoco meraviglioso dell’*autopoiesi*. Sarà un confine (superabile) o un limite, pertanto insuperabile?

La Medicina pratica alle prese con la scienza statistica

Uscendo da una problematica essenzialmente, e forse esclusivamente, conoscitiva per entrare in campi battuti anche dalla Medicina applicata (e non solo da questa), che quotidianamente affronta temi di diagnosi, prognosi e terapia, ci si imbatte, di necessità, in una prerogativa, del resto ovvia, che fa non raramente, della Medicina, una scienza (una delle tante) su base statistica. Questa dà alla Medi-

cina un proprio crisma di scientificità, una conferma di credibilità, stabilisce realtà a loro modo inoppugnabili, il che non toglie, per ripetere un’espressione ormai troppo nota (chi non conosce, in proposito, la “rabbia” di Einstein?) che il dio di questa scienza “giuoca ai dadi”, stabilisce non certezze ma probabilità, o meglio certezze matematiche (sui grandi numeri) che tuttavia lasciano nell’incognito il singolo caso, cui si consegna solo un valore percentuale, piccolo o grande che sia, per il sì o per il no, per il bene od il male individuale: in altre parole, che parrebbero meno serie di quelle scientifiche, entra in giuoco nel giuoco della mente umana, la dea Fortuna.

Il medico curante, l’addetto ai lavori, è costretto a giocare, nelle sue parole di salute o di malattia, di vita o di morte, su certezze che sono tali solo in senso matematico, nascondendo tuttavia, per il singolo caso, un’incertezza che può talvolta farsi tragica o addirittura pressoché offensiva; i limiti di probabilità, ovviamente, variano da caso a caso, da una quasi-certezza ad aspettative miracolistiche; ma lo spazio dei valori incerti provoca ansia sul piano emotivo e può dare la (falsa) impressione, sul piano conoscitivo, di ascientificità. Né è concessa l’illusione, per quanto oggi crediamo di saperne, che il futuro ci porti molte certezze definitive; tutto, oggi, lascia intendere che Dio, anche nella scienza medica, continuerà, in un suo spazio, a “giuocare ai dadi”, relegando la “sicurezza” all’ambito dei macrofenomeni cosmici (le grandi orbite, ecc.) che si svolgono ai margini, per l’uomo, del giuoco statistico.

In linea con una teoria costretta e ridotta al piano pratico applicativo, la Medicina, a contatto con la realtà clinica e nella difficoltà, o impossibilità, di quelle previsioni certe che un tempo si ritenevano prerogative della scienza autentica, dovrebbe sempre usare i verbi al modo condizionale; il buon senso, che in questo caso coincide col senso comune, invita, in linea di massima, a comportamenti più duttili e conformi alle situazioni di volta in volta emergenti, senza che venga, con ciò, evitata in ogni caso l’accusa rivolta al medico di un linguaggio, oltre che volutamente oscuro o velato, insicuro od addirittura ambiguo.

Il mistero del “salto” dal cervello alla mente

Molto si discute (ma prevale lo scetticismo) se la scienza, o un concerto di scienze, riuscirà mai a

compiere il gran balzo conoscitivo che porti dal “cervello”, struttura anatomica sempre più conosciuta che fa agire ad ogni atto o momento del nostro pensiero (o sogno o ricordo) miliardi di connessioni neuroniche, alla “mente” nella sua funzione che assimila concreto ed astratto, che secerne il mistero del pensiero, che crea l’arte, l’estetica e l’etica e via dicendo, che concede spazi immensi al sentimento, che tenta, da sempre e ovunque, un rapporto con Dio.

Semplicisticamente parliamo di un cervello come di un sistema funzionalmente unitario, ma dovremmo considerare una miriade di sottosistemi, ad iniziare da una distinzione fra i due emisferi cerebrali; essi, sinistro e destro, pressoché simmetrici sul piano anatomico, non lo sono altrettanto su quello operativo. All’*emisfero sinistro* si ascrive una posizione funzionale “dominante” (è infatti così chiamato) rispetto a quello destro o “minore” (dizione, quest’ultima, che sotto certi aspetti non soddisfa); la dominanza del sinistro non solo è dovuta al fatto che questo contiene, nella grande maggioranza dei casi (anche di soggetti “mancini”, contrariamente a quanto si pensava), i “*centri della parola*”, ma anche per altre prerogative più sottili ma certo non irrilevanti.

I centri della parola sono due, uno in area anteriore (detto di Broca), l’altro in area posteriore (di Wernicke), sui quali elementi differenziatori non possiamo qui soffermarci. L’insigne “nobiltà” funzionale di tali centri si manifesta nel fatto che non viene da essi dominato il giuoco muscolare dell’articolazione dei suoni vocali e dei “*fonemi*”, dominio situato in altra sede destinata alla funzioni motorie in tutte le loro espressioni: viene invece qui significata, in un certo senso, l’*immagine della parola*, parlata e scritta, articolata in logica sequenza verbale e costruzione sintattica, specificata e determinata dalla intenzione del soggetto parlante e dall’oggetto o evento, concreto od astratto, che si vuole indicare o descrivere, parola emergente dalla mente, animata di pensiero (debole o forte), addirittura con esso identificandosi (si può “pensare” senza un linguaggio, anche muto, anche solo circoscritto alla mente del pensante?); è il famoso “*logos*”, individuato dalla cultura greca e da questa lanciato al mondo dalla intersoggettività.

Ma il cervello dominante fruisce, rispetto a quello minore, di altre prerogative, con esso integrandosi a comporre l’edificio della persona, della sua mente e del suo “io”. Le intercomunicazioni fra l’uno e l’altro emisfero, attraverso un ampio sistema di connessione (“*corpo calloso*”), hanno bensì una funzione coordinatrice di notevole importanza, non tale tuttavia da cancellare le rispettive caratterizzazioni; solo nella prima età evolutiva, fino ai 5 anni, il cervello sinistro può assumere, dal destro, supplenze funzionali, difficili o impossibili oltre tale limite di età.

L’*emisfero sinistro*, oltre che depositario del meccanismo del linguaggio “logico”, si impegna sulle componenti concettuali e ideative, preferenzia i percorsi del pensiero analitico e domina i numeri come un calcolatore; per converso l’*emisfero destro* coglie il senso musicale (si pensi al miracolo di una sequenza di toni o suoni che si fa melodia o composizione), favorisce i concetti di sintesi e di insiemi temporali, concede sensi alla geometria spaziale.

Nella mia personale ignoranza penso che il senso della poesia, se non può rinunciare all’emisfero sinistro, debba un po’ del suo fascino alla capacità emotiva dell’immagine ed alla musicalità dell’eloquio che le vengono dall’emisfero destro (*).

Qui non si tratta soltanto di una sfida della complessità; qui si dovrebbe, per risolvere il problema (irrisolvibile?), addirittura mettere in atto un tremendo salto di categoria che non pare concesso al nostro sistema logico, inventare nuove logiche, promuovere concetti di autopoiesi a dimensioni infinite, a partire dalla darwiniana evoluzione delle speci per finire non si sa dove.

È un traguardo che oggi, ad onta di tentativi di avvicinamento più o meno profondi od audaci o ingenuamente nominalistici, trascende l’uomo e sempre, forse, lo trascenderà. Le ipotesi, le teorie (talora aporie), i più complessi giuochi di un pensiero che pensi se stesso (se ne potrebbe qui parlare a non finire), arrischiano tutti di approdare alla “metafisica”, cioè fuori dal territorio della scienza, senza che si possa uccidere del tutto la speranza di fare rientrare il metafisico nel “fisico” costringendo la mente ad esplorare la genesi di se stessa.

Rifuggendo da un “materialismo” riduttivo si crede di dover perseguire, per giungere ad una qualche schiarita, una via duplice che contempi un percorso

a livello fisico e materialistico (del cervello in senso anatomico, nel caso in questione) e altro percorso, su altra via, battuta dal pensiero astratto e segnata dalle costruzioni e ricostruzioni mentali; ma per le connessioni fra le due vie emerge l'esigenza di un sistema di intercomunicazioni che permetta interscambi, interazioni, vivacizzazioni, riprese in considerazione sotto altre e molteplici luci e prospettive, ben al di là quindi di quella congiunzione cartesiana che, frutto forse dei suoi tempi, già ci faceva sorridere dai banchi del liceo (connessione a livello di epifisi).

La "verità", inafferrabile in tanti suoi aspetti, le "relazioni di incertezza" che rendono talora ambigua la stessa realtà, la sfida della complessità che, creata o promossa dalla scienza stessa, ne può impedire od ostacolare l'applicabilità in termini pratici, il sospetto di follia per voli troppo alti, soffocano in un obbligato silenzio non poche voci (e tra le più alte) della scienza che, nel palcoscenico della vita, resteranno mute finché calerà il sipario (così in G.S. Sherrington, prestigioso "Nobel" della neurobiologia).

Questo silenzio ha tuttavia una sua voce, capace di esaltare, anziché di umiliare, l'umanità pensante (al di là del suo pensiero) e senziente (al di là dei suoi sensi), conscia dei propri limiti che permettono tuttavia di intrasentire un infinito che non sia soltanto matematico, dove forse, per chi lo voglia o sappia percepire o recepire, soffia un alito di poesia; sovviene l'infinito leopardiano, con i suoi "sovrumani silenzi" ove "per poco il cor non si spaura".

Nota

(*) Le differenzianti prerogative dei due emisferi, ovviamente evidenziabili e significative solo a livello umano, sono state aperte alla conoscenza (Sperry) da studi condotti in occasione di separazione chirurgica (commissurotomia) un tempo praticata, sia pure eccezionalmente, per stroncare indomabili manifestazioni di epilessia generalizzata.

Cronache amministrative

primo trimestre 2005

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

Il Consiglio di Amministrazione e il Direttore generale della **Fondazione** hanno, tra altro, adottato le seguenti deliberazioni e determinazioni:

a - direzione amministrativa

- nomina del responsabile del trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.LGS n. 96/2003;
- convenzione con l'Agenzia formativa Agenfor per stages formativi per operatori socio-sanitari;
- convenzione con l'Associazione nazionale Terza età attiva (ANTEA) di Milano;
- rivista di informazione culturale "la Ca' Granda" e notiziario di informazione scientifica;
- attività di vigilanza e controllo dell'igiene dei prodotti alimentari;
- servizio di farmacovigilanza e vigilanza sui prodotti farmaceutici e sui dispositivi medici.

b - direzione scientifica

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano al progetto di ricerca dal titolo "Ruolo della plasticità neuronale nell'evoluzione della malattia di Parkinson e nella risposta al trattamento: studio multi-integrato mirato all'individuazione di nuovi protocolli diagnostico-terapeutici" assegnato dal Ministero della Salute all'IRCCS Fondazione Casimiro Mondino;
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano al progetto di ricerca finalizzata "Il ruolo della diagnosi preclinica nell'evoluzione del disturbo cognitivo delle demenze e nella valutazione della risposta ai trattamenti: individuazione di una strategia integrata finalizzata alla validazione di protocolli innovativi diagnostico-terapeutici" assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Fondazione Santa Lucia;
- programma di ricerca dal titolo "Analisi del registro nazionale delle neoplasie post trapianto" nell'ambito del progetto "Sicurezza nel trapianto di organi e tessuti" finanziata dall'Istituto superiore di

Sanità (finanziamento Euro 38.800,00);

- progetti a concorso 2005-2006: approvazione del verbale di concorso e conseguente assegnazione di undici borse di ricerca;
- ricerca corrente 2005: approvazione dei verbali di concorso e conseguenti assegnazioni di 188 borse di ricerca;
- assegnazione di fondi destinati all'acquisto di strumenti a supporto della ricerca per l'anno 2005;
- ricerca corrente 2005: approvazione del verbale di concorso e conseguente assegnazione di trentuno borse di ricerca;
- attivazione di ufficio stampa a supporto dell'attività scientifica dell'Ospedale Maggiore: rinnovo;
- ricerca corrente 2005: istituzione di trentatré borse di ricerca;
- approvazione del programma di aggiornamento per medici specialisti in anestesia e rianimazione.

c - direzione medica di presidio (ingegneria clinica)

- spese correnti in economia per manutenzione di apparecchiature medico scientifiche per l'anno 2005;
- rendicontazione periodica degli impegni assunti in relazione alla deliberazione n. 76 del 20/01/05 ad oggetto: "Ingegneria clinica: spese correnti in economia per manutenzione delle apparecchiature medico scientifiche – anno 2005".

d - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi

- convenzione con il Consorzio europeo ricerca e tecnologie avanzate (C.E.R.T.A.) per tirocinii formativi progetti FSE 2004/2005 per operatori socio sanitari;
- convenzione con l'Università di Pisa – Facoltà di Farmacia per lo svolgimento di tirocinii professionali presso la farmacia dell'Ospedale Maggiore;

- corsi ECM “Tecniche per la gestione e comunicazione dei rapporti interpersonali” e “La comunicazione al paziente e alla famiglia” promossi e organizzati dal consorzio “IRCCS MI.CO”;
- convenzione con l’Associazione Volontari Ospedalieri “A.V.O.”;
- convenzione tra l’Ospedale Maggiore (Policlinico) e la “Fondazione Luigi Villa – Centro studi di patologia molecolare applicata alla clinica” per il potenziamento della collaborazione scientifica nell’ambito di attività di ricerca di comune interesse;
- approvazione del contratto di fornitura di energia elettrica per l’anno 2005 a seguito dell’adesione al consorzio Lombardia Libera Energie.

e - unità operativa approvvigionamenti

- trattativa privata diretta per la fornitura di: materiale originale Kodak per il servizio di fisica sanitaria; materiale diverso per l’unità operativa chirurgia vascolare e dei trapianti di rene; dispositivi medici originali Dideco per apparecchiature per autotrasfusione ed emorecupero: aggiudicazione;
- trattativa privata diretta per la fornitura di: cateteri arteriosi con mandrino preinserito, kit introduttore per catetere Swan Ganz, cateteri per infusione rapida, originali Arrow; materiale di consumo per il sistema di sterilizzazione Sterrad 100; dispositivi per l’unità operativa chirurgia generale ad indirizzo toracico: aggiudicazione;
- trattativa privata per l’acquisizione di tre apparecchi portatili per radiografia da installare presso il padiglione Zonda – reparto degenza – 1° e 2° piano e camere operatorie: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di: gas terapeutici e di laboratorio in bombole/tank per due anni; materiale di medicazione per dialisi per un anno: aggiudicazione;
- pubblico incanto per l’acquisto di pellicole radiografiche originali Kodak di diverso formato e materiale complementari per il periodo 1/01/2005-31/10-2007: aggiudicazione;
- pubblico incanto per la fornitura di sacche per la raccolta del sangue, sterili, quaduple da 450 ml, con CPD e SAGM per l’unità operativa centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti per tre anni: approvazione del verbale di gara ed aggiudicazione;
- trattativa privata per l’affidamento del servizio infermieristico-personale di camera operatoria pres-

- so le sale operatorie del padiglione Zonda per un anno (1/02/2005-31/01/2006): aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per il noleggio di un analizzatore automatico per immunoistochimica per l’unità operativa servizio per la cura e lo studio dell’ipertensione, pad. Sacco;
- trattativa privata per la fornitura di: materiale di medicazione specialistica (biennale); dispositivi medici per radiologia interventistica epato-biliare; siringhe per emogasanalisi (triennale); H₂¹⁸O per il servizio di medicina nucleare; pellicole polaroid per stampanti ecografi, carta per apparecchiature sanitarie ed accessori per ecg ed eco: aggiudicazione;
- trattativa privata triennale per la fornitura di provette per la determinazione della velocità di eritrosedimentazione e fornitura in service del relativo lettore: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di strisce di rinforzo in pericardio bovino e patch vascolari diversi per un anno e fornitura di pannolini per incontinenti (integrazione della spesa a tutto il 31/12/2004);
- indizione di trattativa privata per la fornitura di fermapolsi rinforzati in tessuto non tessuto, per un anno;
- licitazione privata per la fornitura di cerotti e materiale diverso (tradizionale e invasivo chirurgico): aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata triennale per la fornitura di dispositivi per il trasporto e la conservazione dei campioni di urina e per l’esecuzione di urino-coltura;
- indizione di trattativa privata per l’affidamento di sei mesi del servizio di fornitura, installazione e manutenzione filtri assoluti per la prevenzione e il controllo della “legionellosi” nei diversi padiglioni della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena;
- indizione di trattative private dirette per l’acquisizione di: una colonna per videoeconoscopia da installare presso l’U.O. di chirurgia generale toracica pad. Beretta est e uno stimolatore magnetico extracorporeo da installare presso l’U.O. di urologia, pad. C. Riva;
- trattativa privata diretta per la fornitura di sacche con soluzione di icodestrina per trattamenti dialitici peritoneali domiciliari automatizzati (APD) per un anno: aggiudicazione;

- aggiudicazione di pubblico incanto per la fornitura di specialità medicinali o equivalenti medicinali a denominazione generica, necessari all'Ospedale Maggiore di Milano, all'Istituto nazionale per lo studio e la cura di tumori e all'Istituto neurologico "C. Besta" per quattro anni;
- licitazione privata per l'acquisizione di apparecchiature diverse da installare presso il reparto di terapia subintensiva e delle sale operatorie del padiglione Zonda: aggiudicazione;
- indizione di trattative private per la fornitura di dispositivi per l'U.O. chirurgia generale ad indirizzo toracico, dispositivi per la determinazione del tempo di emorragia e fattori della coagulazione diversi per un anno;
- pubblico incanto per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per allergologia "in vitro" comprendente le apparecchiature in uso unitamente agli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso per tre anni: aggiudicazione definitiva;
- trattativa privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per la determinazione della presenza di *helicobacter pylori* (breath test) comprendente l'apparecchiatura in uso unitamente agli accessori, il relativo diagnostico e materiali di consumo complementari nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, per tre anni: aggiudicazione definitiva;
- pubblico incanto per la fornitura di: liquido sterile per reinfusione al bicarbonato e lattato per dialisi e concentrato privo di tampone per AFB (per tre anni) e pace makers per tre anni: approvazione del verbale di gara ed aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di: piastre, monouso, per elettrobisturi (triennale) e filtri per siringa e complessi filtranti (biennale): aggiudicazione;
- indizione di trattative private dirette per la fornitura di: impianti cocleari a carattere di unicità per l'U.O. di otorinolaringoiatria pad. Moneta; protesi-espansori mammari per l'U.O. di chirurgia plastica "Regina Elena" della Fondazione; kit siringa e materiale di consumo per iniettori angiografici installati presso le diverse radiologie della Fondazione;
- trattativa privata per la fornitura di nove letti da rianimazione da installare presso il reparto di terapia subintensiva del pad. Zonda; dispositivi per il tra-

- sporto e conservazione dei campioni di urina e esecuzione di urinocoltura (triennale): aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di arredi diversi e apparecchiature fax da destinare a uffici e servizi della Fondazione;
- trattativa privata per la fornitura di arredi da destinare al Laboratorio facente parte del blocco operatorio del pad. Zonda della Fondazione;
- trattativa privata per il servizio di vigilanza notturna presso il centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti, servizio di vigilanza ispettiva presso i vari padiglioni della sede di via Sforza 35 e servizio di vigilanza notturna presso i magazzini di Rozzano per due anni: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di arredi diversi da destinare ai nuovi ambulatori dell'U.O. di dermatologia area di via Pace 9, pad. 1° piano terreno: aggiudicazione;
- servizio di noleggio e lavaggio di biancheria e divise del personale per tre anni: accettazione richiesta di sub appalto;
- approvazione dei contratti AMSA per il 2005;
- rinnovo degli abbonamenti alle riviste medico scientifiche e tecnico-amministrative.

f - ufficio marketing sanitario

- convenzione tra Regione Lombardia e Ospedale Maggiore per le funzioni del centro regionale di riferimento della Regione Lombardia per le attività di prelievo e trapianti di organi e tessuti;
- convenzione tra Regione Lombardia e Ospedale Maggiore di Milano per funzioni della "Banca di emocomponenti di gruppi rari, centro di riferimento della Regione Lombardia";
- rinnovo per l'anno 2005 delle convenzioni per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neurochirurgica a favore di pazienti dell'Azienda ospedaliera Istituto ortopedico Gaetano Pini e Azienda ospedaliera Ospedale di Melegnano P.O. "Vizzolo Predabissi";
- convenzione per il servizio di medicina trasfusionale con l'Istituto Europeo di oncologia srl IRCCS ai sensi del D.M. SAN 1/9/95 per il periodo 1/2/04-31/1/07, integrazione;
- rinnovo della convenzione per la tipizzazione e la crioconservazione di sacche di sangue placentare a favore dell'Azienda ospedaliera Ospedale San Gerardo di Monza e del Comitato Maria Letizia Verga Onlus;

- convenzione tra Regione Lombardia – Direzione generale sanità – e l’Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Fondazione IRCCS di natura pubblica, per il funzionamento del centro regionale di riferimento “Banca di emocomponenti di gruppi rari”;
- convenzione con l’Azienda ospedaliera Istituto ortopedico Gaetano Pini per la gestione del servizio di immunologia e trasfusionale: rinnovo;
- convenzione per l’esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l’Azienda ospedaliera Ospedale civile di Vimercate;
- convenzione di collaborazione congiunta tra la Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, l’Azienda ospedaliera Ospedale di circolo di Melegnano, l’Azienda ospedaliera Ospedale civile di Legnano e l’Azienda ospedaliera C. Poma di Mantova per la raccolta di sangue placentare;
- convenzione per l’esecuzione di prestazioni di consulenza epatologica a favore di pazienti dell’Azienda ospedaliera Istituto ortopedico Gaetano Pini, rinnovo per il 2005;
- rinnovo per il 2005 della convenzione per prestazioni inerenti la lettura di dosimetri personali ed ambientali, a favore dell’Istituto ortopedico “Galeazzi”;
- rinnovo della convenzione con l’Azienda ospedaliera Ospedale civile di Vimercate per determinazioni di amianto in campioni massivi;
- convenzione con l’Azienda ospedaliera Ospedale civile di Vimercate per prestazioni di consulenza neuroriabilitativa e per il conseguente trasferimento in ambiente riabilitativo di pazienti neurolesi, ricoverati presso la Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena;
- convenzione con l’Istituto nazionale neurologico “Carlo Besta” per l’esecuzione di indagini di biologia molecolare su sangue e/o plasma e liquor;
- rinnovo della convenzione per l’esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l’Azienda Ospedaliera Ospedale San Gerardo di Monza;
- convenzione per l’esecuzione di prestazioni di consulenza radiologica a favore di pazienti della ASL di Valle Camonica – Sebino: rinnovo;
- convenzione per prestazioni di mediazione linguistica-culturale a favore di pazienti stranieri in cura

presso la Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena.

g - unità operativa funzioni tecniche

- spese correnti in economia per acquisto articoli tecnici e manutenzione edile per l’anno 2005;
- spese correnti in economia per manutenzione degli impianti elettrici e di apparecchiature ed impianti termomeccanici per l’anno 2005;
- indizione di trattativa privata per il servizio di conduzione e manutenzione ordinaria delle unità di trattamento dell’aria centralizzata (U.T.A.): aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per il servizio di conduzione e manutenzione ordinaria dei condizionatori fissi e mobili: aggiudicazione;
- indizione a trattativa privata per la fornitura e posa in opera di monoblocco prefabbricato isolato e di bussola di raccordo per uso temporaneo a deposito per sale operatorie presso il padiglione Zonda;
- indizione di trattativa privata per la fornitura e installazione (chiavi in mano) di manufatto per costruzione e prefabbricato adibito a locale portineria e ufficio accettazione completo dei necessari accessori ed impianti;
- rendicontazioni finali degli impegni assunti in relazione alla deliberazione 220 del 4/2/2004 ad oggetto “unità operativa funzioni tecniche, spese correnti in economia per manutenzione edile anno 2004”;
- indizione di trattativa privata per la fornitura e messa in opera di una cabina di trasformazione MT/BT prefabbricata presso il padiglione Zonda.

h - unità operativa patrimonio

- locazione ad uso abitativo di unità immobiliari di proprietà dell’Ente: indizione della gara;
- acquisto di 2.720 pioppelle da radicare sui poderi dell’Ente nella stagione silvana 2004/2005 (Euro 9.006,80 Iva e trasporto compresi);
- aggiudicazione della gara a trattativa privata per il servizio di manutenzione degli impianti elevatori delle case in Milano di proprietà dell’Ente per la durata di un anno.

i - unità operativa sistemi informativi e informatici

- indizione di trattativa privata per l’acquisizione dei servizi di installazione, configurazione,

formazione e manutenzione del software “Donor-manager” per la realizzazione del sistema informativo regionale di trapianti;

- aggiudicazione della fornitura di hardware, software e servizi di installazione per l’Ospedale Maggiore;

- indizione di licitazione privata per la fornitura di un sistema informativo per la gestione della Biobanca nazionale italiana (Progetto Stembank 2003) del padiglione Marangoni della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena;

- indizione di trattativa privata per l’acquisizione dei sistemi server per il sistema di accettazione e CUP della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena.

l - contributi e beneficenza

- la ditta Glaxo Smith Kline ha donato duecento libri all’unità operativa di otorinolaringoiatria e audiologia;

- la ditta Instrumentation Laboratory ha offerto un coagulometro mod. ACL 9000 al Centro di Emofilia e Trombosi A. Bianchi Bonomi.

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