



la ca' granda



la ca' granda



la ca' granda



la ca' granda



la ca' granda



la ca' granda

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLV - n. 2 - 2004



la ca' granda



la ca' granda

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLV - n. 2 - 2004

sommario

pagina

Ai lettori	1
Intervista - Bioetica e Diritto <i>Beppe Rocca a Mariachiara Tallacchini</i>	2
La ricerca indipendente..... <i>Beppe Rocca, Ferruccio Bonino</i>	8
Prevenire, prevenire, prevenire	<i>Fabio Magrini, Carlo De Asmundis</i> 11
Due istituzioni, un uomo: la "Ca' Granda", i "Rachitici" e Gaetano Pini	<i>Giorgio Cosmacini</i> 15
Il consenso informato, partecipazione al progetto di cura	<i>Marco Segala</i> 18
Il cappellano d'ospedale	<i>Elisabetta Zanarotti Tiranini</i> 21
San Pantaleone, medico martire	<i>Francesco Fiorista</i> 24
Medicina e diritto: un dialogo difficile ma possibile!	<i>Giorgia Depedri</i> 25
Dal sentimento della vergogna verso un nuovo umanesimo	<i>Giovanna Seminara Grasso</i> 27
Asterisco	29
L'Ospedale del Brolo	<i>Vincenzo Bevacqua</i> 30
Le voci di Milano. Letteratura dialettale milanese	<i>Elisabetta Zanarotti Tiranini</i> 38
La strumentazione sanitaria antica: una importante testimonianza storica presso l'Ospedale Maggiore	<i>Paola Zocchi</i> 46
Cronache amministrative	49

La copertina

Ancora il ricordo della "Ca' Granda in copertina" negli anni '70.

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

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

ai lettori

“Bioetica e Diritto”, l’attesa seconda intervista del programma 2004 annunciato all’inizio dell’anno. Determinatamente indagatrici le domande di Beppe Rocca a Maria Chiara Tallacchini: bioetica e medicina, medicina e giurisprudenza, scienza e diritto, etica, autorità e potere, ricerca e società, interesse pubblico e privato nella medicina e nella scienza. Puntuali, sconvolgenti e qualche volta struggenti le risposte della Tallacchini.

“La ricerca indipendente”: sorprende il titolo e intriga la domanda che apre l’articolo di Beppe Rocca e Ferruccio Bonino. Entrambi sono stimolo a fermarci sul testo, che non risparmia purtroppo dubbi e sorprese.

La nostra salute, la nostra cura: su “prevenire e conoscere” si articola largamente l’atteso intervento a firma di Fabio Magrini e Carlo De Asmundis, disquisendo sulle motivazioni che vi sono alla base e che è assolutamente indispensabile conoscere.

Gaetano Pini, una “figura d’alto profilo, dottore dei poveri, medico sociale ante litteram il cui impegno lo portava a vestire sull’abito rigoroso del medico il manto prestigioso dell’apostolo”. Così Giorgio Cosmacini per ricordarlo nella Ca’ Granda.

Documentata affermazione, esperienza e partecipazione nel contributo di Marco Segala sul consenso informato. Vi scrive l’autore: “Il progetto di cura prevede lo studio del malato nella pratica clinica, l’informazione su misura per il malato, informazione non centrata sul medico né sul paziente, accettazione della ineluttabilità del consenso, coinvolgimento del malato nell’approfondimento e partecipazione alle decisioni cliniche”.

Il cappellano in ospedale: la corsia, il pronto soccorso, l’emergenza, l’indispensabilità d’una presenza che c’è anche se non lo dà a vedere, ma c’è, disponibile sempre, e questa certezza è rassicurante: nelle pagine a firma di Elisabetta Zanarotti Tiranini.

Ancora un santo: martire, medico, protettore dei medici. Risaliamo al terzo secolo d.C. nella descrizione partecipata di Francesco Fiorista, che ce lo rende straordinariamente attuale.

La medicina-il diritto: in questo fascicolo è argomento più volte richiamato, ma è l’attualità, penso, che lo richiede. Domanda e risposta qui in una pagina breve, intensa, si pone la dottoressa Giorgia Depedri: “Sarà mai possibile un dialogo tra medici e giuristi? Non solo possibile - dichiara - ma anche necessario”. E seguono proposte, convinzioni, motivazioni stimolanti.

Il sentimento della vergogna, determinante e così necessario a volte nella consuetudine di vita quotidiana, sembra non esistere più e questo con grave discapito dell’agire e dell’esprimersi. Giovanna Seminara Grasso con amara comprensibile constatazione che la porta ad inevitabili realistiche considerazioni, non può, non vuole sottrarsi al richiamo della perdurante tragica sofferenza attorno a noi.

Percorriamo i tempi, al di là della fondazione dell’Ospedale Maggiore, e ci fermiamo a considerare con l’inesauribile prof. Vincenzo Bevacqua l’Ospedale del Brolo, anno 1145 (con Santa Caterina antenato della nostra Ca’ Granda) in richiami storici affascinanti.

La nostra città, la cultura della città, la lingua dialettale cittadina: interessi vivi nella nostra Ca’ Granda dai tempi della sua istituzione. Qui l’attenzione è per un’opera letteraria dialettale di grande pregio del prof. Claudio Beretta (Itinerario antologico-critico dalle origini ai nostri giorni) nel commento di Elisabetta Zanarotti Tiranini.

Ancora una preziosa rivelazione del nostro archivio storico: la strumentazione sanitaria antica, frutto di donazioni diverse e testimonianza secolare scientifico-tecnica. La firma è di Paola Zocchi.

A chiusura del fascicolo le consuete cronache amministrative.

Intervista

Una novità di programmazione per ognuno dei quattro fascicoli dell'annata 2004, con l'**Intervista**. Dopo "l'Ospedale Maggiore e la sua Città" nel gennaio-marzo, qui:

Bioetica e Diritto

BEPPE ROCCA a MARIACHIARA TALLACCHINI *

Recentemente hai scritto un saggio dal titolo provocatorio "Fuga dalla bioetica". Che cosa non ha funzionato con la bioetica in medicina?

Nell'articolo a cui fai riferimento cerco di spiegare che il prestigio di cui la bioetica ha goduto nei suoi primi anni di vita si legava al suo *soft power*, che secondo Joseph Nye – politologo di Harvard – è il potere di produrre consenso non imponendo comportamenti obbligatori, ma proponendo valori e stili di vita attraenti: "*co-opting people rather than coercing them*".

A quali anni ti riferisci, con precisione?

Negli anni Settanta, quando muoveva i primi passi teorici e istituzionali, la bioetica ha conquistato l'interesse degli studiosi e del pubblico non solo per le inedite domande che poneva, ma anche perché essa esigeva interdisciplinarietà e discussioni aperte e informali. Negli anni Sessanta, l'idea di responsabilità sociale della scienza, che emergeva in relazione agli esperimenti atomici prima, e successivamente in connessione con le incipienti tecnologie genetiche, si traduceva in movimenti o indirizzi di studio dedicati all'indagine delle implicazioni sociali della scienza; e dava luogo a storici incontri (come le prime Conferenze di Asilomar), tesi a ricostituire o riconfermare la consapevolezza critica dell'impossibilità di isolare il mondo (fisico e morale) del laboratorio dal resto del mondo.

Cosa intendi per responsabilità sociale della scienza?

L'idea di libertà della scienza non poteva più essere definita autonomamente rispetto alle più generali

libertà e diritti fondamentali condivisi da tutti gli esseri umani. Inoltre, il senso stesso dei nuovi prodotti della tecnoscienza – tali da modificare aspetti fondamentali della vita – rendeva ineludibile un nuovo rapporto tra scienza e società, esigendo la partecipazione, da parte della collettività, alla definizione della direzione complessiva dell'impresa scientifica.

Partecipazione, in che senso?

Il sentimento generale di cui la bioetica era sintomo – e per qualche tempo è sembrata anche risposta –, consisteva nell'esigenza di discutere pubblicamente i nuovi interrogativi formulati dalla scienza, i percorsi che l'impresa scientifico-tecnologica avrebbe potuto intraprendere, l'accettabilità dei tempi che l'improvvisa accelerazione degli sviluppi scientifici imponeva alla società, le più corrette modalità di comunicazione e traduzione tra i linguaggi della scienza, dell'etica, del diritto, della politica.

Sembrano inizi promettenti, cosa è andato storto?

Tutto ciò è finito bruscamente quando la bioetica si è istituzionalizzata e ha ridotto la propria multidimensionalità al carattere assemblato – più che assembleare – dei comitati etici. L'istituzione di comitati e commissioni per la gestione centrale e locale delle questioni bioetiche ha degradato la bioetica a luogo di amministrazione di valori governativi. Il tentativo di istituzionalizzare la bioetica, vale a dire di nobilitare il dialogo informale tra scienza e società, dotandolo delle garanzie che devono circondare la gestione dei pubblici poteri, si è risolto nello

svilimento del dibattito – ridotto alla burocrazia delle ideologie precostituite – e nell’assenza delle fondamentali garanzie dello Stato di diritto. In ragione di una malintesa superiorità dell’etica rispetto al diritto e alla politica, nella costruzione teorica e pratica dei comitati etici sono stati largamente assenti i principi che fondano e legittimano le istituzioni democratiche. Questo effetto è stato particolarmente evidente in ambito medico, sia perché la presunta autorità dei comitati etici – sia nella sperimentazione dei farmaci sia nella valutazione etica di casi clinici – ripropone un vetusto paternalismo e una poco credibile oggettività scientifica, sia perché la separazione ed espertizzazione della dimensione etica suggerisce che essa debba essere aggiunta dall’esterno rispetto alle conoscenze e alla pratica mediche.

I comitati rappresentano una novità nell’ambito dei processi decisionali connessi a questioni scientifiche?

I comitati introdotti nei processi decisionali in campo bioetico solo apparentemente rappresentano una novità. Essi ricalcano il modello già noto e consolidato delle procedure consultive e decisionali della comunità scientifica, che al proprio interno decide attraverso i meccanismi del *peer review* e che partecipa della vita istituzionale attraverso i comitati di esperti. Questa scelta ha motivazioni precise. L’immagine che la comunità scientifica ha trasmesso di sé, e che ancora perdura, è l’ideale della “repubblica della scienza”, immortalato dagli scritti di Michael Polanyi e Robert Merton, secondo i quali gli scienziati costituiscono una perfetta comunità di “pari grado” (*peers*), che si autoregola attraverso conoscenze condivise e liberamente discusse, in assenza di meccanismi coercitivi e di forme di autorità diverse dalla conoscenza stessa. Una comunità che naturalmente si impone alla società civile per l’autorevolezza del proprio sapere.

Non pensi che la ragione sia da ricercare nell’auto-referenzialità della comunità medica, rispetto alla chiara divisione in livelli istituzionali – divisione dei poteri – del diritto moderno?

La struttura di tale comunità si lega fortemente alla natura delle conoscenze che in essa circolano. Tali conoscenze sono quelle degli addetti ai lavori, non

accessibili ai non-scienziati, ai non-esperti. Ciò ha per molto tempo giustificato le modalità di decisione dei comitati scientifici, in cui il raggiungimento del consenso non si lega a procedure pluralistiche, dal momento che il consenso dovrebbe dipendere dalla validità stessa delle conoscenze discusse. Inoltre, nell’immagine idealizzata della scienza che Polanyi e Merton proponevano negli anni Cinquanta – per riaffermarne il valore proprio quando la fiducia del pubblico nella comunità scientifica cominciava a mostrare segni di crisi – validità ed eticità della conoscenza scientifica sono indicati come un binomio indissolubile.

La validità della scienza è parte di quell’*ethos* della scienza che, nel dare corpo al metodo scientifico, forgia anche l’integrità morale degli scienziati. L’intrinseca eticità della comunità scientifica ha certamente fornito un ulteriore elemento positivo nel gioco di transfert tra bioetica e scienza. Validità delle conoscenze, moralità dei soggetti coinvolti ed eticità (*versus* politicità) del metodo decisionale si saldano in una prospettiva che non può che considerare “inferiori” le procedure e le garanzie giuridiche – la cui storia è stata in gran parte segnata dal rincorrere la perfezione del metodo scientifico. Il conflitto di interessi personale e istituzionale ha fatto il resto.

Anche la medicina, come il diritto, ha cercato ripetutamente di legittimarsi quale scienza naturale sul modello della fisica. In realtà il suo modo di procedere – argomentando sui singoli casi più che dimostrando la loro conformità a leggi – ricorda molto più l’attività della giurisprudenza. Non credi che un parallelo tra medicina e giurisprudenza sarebbe utile e illuminante per la pratica medica?

La storia del diritto moderno è caratterizzata dal costante tentativo di inseguire la scienza, le sue metodologie, il suo rigore. Di fatto, dal secondo dopoguerra in poi, filosofia e sociologia della scienza hanno progressivamente insistito sul carattere non neutrale della scienza e sulla connotazione sociale della comunità scientifica, e hanno messo in discussione il fatto che il sapere scientifico, così come concretamente si articola nei laboratori, nelle industrie e nelle istituzioni possa essere validamente considerato un sapere radicalmente diverso da altre imprese umane di conoscenza.

Stai dicendo che il metodo della scienza moderna si fa sentire pesantemente anche nelle pratiche giuridiche?

Stranamente, la visione *lato sensu* ‘positivista’ ha continuato ad ammaliare il diritto. Fin dalle origini del pensiero moderno, infatti, le discipline filosofico-politiche e giuridiche hanno individuato nello statuto della scienza le basi di neutralità e oggettività che sembravano perlopiù irrimediabilmente assenti nei sistemi politici e giuridici. Tale concezione è stata accompagnata anche da una sostanziale astoricità e astrattezza nel modo di guardare sia alla scienza che al diritto. In questa prospettiva la scienza è considerata sia un referente metodologico non eguagliabile sia un’entità separata all’interno della società, per cui ogni parallelo tra sistema scientifico e sistema giuridico può essere pensato solo come lo scambio a distanza tra forme di ‘conoscenza’ contraddistinte da metodologie e finalità sostanzialmente incommensurabili e non comunicanti. In realtà, analizzati nel loro concreto operare, non solo i metodi applicati sono diversi da quelli teorizzati, ma soprattutto i confini tra epistemologia scientifica ed epistemologia giuridica, come pure tra i ‘fatti’ della scienza e le ‘valutazioni’ del diritto, diventano singolarmente confusi.

Ci sono movimenti o gruppi di ricerca che portino avanti e rivendichino la specificità della pratica giuridica rispetto al metodo scientifico del positivismo?

Queste sono le riflessioni svolte dagli studiosi di *Science & Technology Studies* (S&TS), l’approccio che ha indagato le complesse radici storico-culturali del sapere scientifico, i suoi intricati legami con le scienze sociali, la dimensione di sapere-potere in esso implicita, il rapporto tra scienza e società, le modalità con cui la scienza ha plasmato o permeato le istituzioni politico-giuridiche. Al centro delle ricerche degli S&TS vi sono le dinamiche concrete che integrano scienza e pratiche sociali; e le riflessioni proposte cercano di comprendere non tanto i criteri di validità del sapere scientifico, ma soprattutto le ragioni della ‘credibilità’ sociale della scienza. In altri termini, il modo in cui le asserzioni degli scienziati, attraverso negoziazioni e procedure di accreditamento, diventano parte del sapere condiviso dalla società.



Calder: *Equilibrio*.

Come si configurano in questo quadro i rapporti tra scienza e diritto ?

All’interno degli studi sulla scienza e la tecnologia, Sheila Jasanoff ha rivolto uno specifico interesse ai risvolti giuridico-normativi connessi all’evoluzione di scienza e tecnologia. Il concetto-chiave che anima l’analisi di Jasanoff è quello di ‘co-produzione’ (*co-production*) tra scienza e diritto, l’idea secondo cui i due sistemi della scienza e del diritto esercitano l’uno sull’altro un reciproco gioco di elicitazione, sistematizzazione, sedimentazione e stratificazione di significati scientifico-giuridici. Così intesa, la scienza è un’istituzione sociale dinamica, impegnata insieme ad altre istituzioni nella definizione di un ordine che è al tempo stesso epistemico e sociale. Parimenti, il diritto non si trova in una condizione di recezione passiva rispetto alla scienza, ma di intenzionale creatività, nel senso che esso utilizza e modifica le conoscenze scientifiche secondo le proprie esigenze, stabilendo di volta in volta con grande libertà che cosa sia la scienza legalmente rilevante, quali esperti siano credibili, e come debbano essere interpretati i dati scientifici. Ciò che ne risulta è un

processo articolato, in cui da un lato la conoscenza del diritto è necessaria alla comprensione della scienza, dall'altro la scienza è la fonte di molti cambiamenti sociali: i più importanti processi di trasformazione sociale, individuali e collettivi, infatti, si stanno verificando all'ombra dei conflitti innescati dall'intersecarsi di scienza e diritto.

Quali pratiche possono facilitare e rendere produttivo il rapporto tra scienza e diritto?

Tale processo è particolarmente evidente quando gli scienziati (medici inclusi) e i giudici si trovano a lavorare insieme. Nel saggio *Science at the Bar* (trad. it "La scienza davanti ai giudici", Milano 2001), Sheila Jasanoff ha mostrato come l'implementazione sociale delle biotecnologie anche in campo biomedico sia avvenuta negli Stati Uniti (ma un discorso analogo vale per molte questioni bioetiche anche in Europa) attraverso la negoziazione delle questioni scientifico-normative da parte di scienziati e giudici. Ciò che emerge è che il carattere analogamente incerto delle conoscenze scientifiche e delle norme giuridiche esige un nuovo sodalizio tra scienza e diritto. Tutto ciò è particolarmente vero per la medicina, che da sempre si cimenta essenzialmente con casi singoli.

Ci puoi fare qualche esempio?

Negli ultimi dieci anni le Corti statunitensi hanno modificato profondamente il proprio modo di intendere e utilizzare la scienza nei processi, abbandonando il tradizionale atteggiamento di deferenza verso gli scienziati e intervenendo direttamente nella definizione delle questioni epistemologiche. La sentenza-simbolo di questa trasformazione, *Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc.*, del 1993, verteva sui supposti effetti teratogeni di un farmaco contro le nausee in gravidanza, il Bendectin, prodotto dalla Merrell Dow Pharmaceuticals.

Fino a quel momento, il principio seguito dalle Corti in caso di incertezza scientifica consisteva nell'acquisire "l'opinione generalmente accettata" dalla comunità scientifica, di cui si riconosceva la piena autoreferenzialità. Tale principio si chiamava "regola *Frye*" (dal nome del caso giudiziario in cui era stato affermato per la prima volta nel 1923).

La casa farmaceutica convenuta aveva dimostrato,

attraverso lavori scientifici pubblicati e sottoposti a peer-review, che non vi era prova che il Bendectin fosse causa di malformazioni nel feto. Tuttavia i ricorrenti, genitori di bambini nati malformati, ritenendo di poter contestare i dati della Merrell Dow, avevano chiesto ai giudici di acquisire la testimonianza di esperti in grado di produrre evidenze scientifiche contrarie. Si trattava di esperimenti in vitro e in vivo, di analisi della struttura molecolare del principio attivo, e di lavori non pubblicati che reinterpretavano i dati pubblicati dalla casa farmaceutica. La Merrell Dow si era opposta alla testimonianza degli esperti delle parti lese, osservando che la richiesta dei ricorrenti violava la regola *Frye*, poiché consisteva nell'ammissione di prove fondate su metodologie non generalmente accettate dalla comunità scientifica.

Ma la Corte Suprema rimuoveva il limite di *Frye* e si esprimeva per l'ammissibilità di tutti i testimoni in possesso dei requisiti richiesti. L'attendibilità dei metodi utilizzati dagli esperti, precisava la Corte, non doveva essere confusa con la presentazione di conoscenze certe, dal momento che "arguably, there are no certainties in science".

Se i metodi della scienza sono oggettivi – così ragiona la Corte Suprema –, e consistono nella possibilità di testare l'ipotesi scientifica avanzata, di sottoporla a verifica empirica (Hempel), di falsificarla e confutarla (Popper), allora anche i giudici possono applicare questi metodi per giudicare la conoscenza scientifica valida. Da custodi della legge, i giudici reclamano così la parola ultima circa la validità delle conoscenze portate in giudizio.

Ma l'aspetto più interessante del caso *Daubert* riguarda l'argomentazione avanzata dalla Supreme Court per giustificare epistemologicamente la propria posizione. Per scongiurare i timori che l'abbandono della regola *Frye* possa consegnare giudici e giurie a teorie irrazionali e pseudoscientifiche, la Corte osserva che gli stessi strumenti processuali sono tali da garantire la qualità del risultato, dal momento che gli interrogatori incrociati e il confronto tra gli elementi di prova sono tali da far emergere la verità. Il ragionamento mescola affermazioni scientifiche e proposizioni giuridiche per giungere sia a legittimare la ridefinizione dei poteri tra scienziati e giudici, sia a validare la complementarità dei metodi della scienza e del diritto.

Non pensi che alla base ci sia un problema di autorità o più banalmente di potere?

Per quanto riguarda la distribuzione di poteri tra scienza e diritto, i giudici rivendicano il proprio ruolo di "custodi del diritto", sottraendo alla comunità scientifica la parola ultima sulle questioni scientifiche. Ma questa operazione è legittima perché l'oggettività del sapere scientifico consiste anche nella possibilità di codificarne i metodi. I giudici fanno dipendere le proprie decisioni dalle opinioni degli scienziati, ma si riservano il potere di decidere a chi riconoscere la qualifica di scienziato, e di stabilire liberamente la validità della scienza prodotta in giudizio. Pur proponendo un singolare eclettismo tra Hempel, Popper e anche Kuhn, i giudici di *Daubert* riescono a salvare l'idea di validità della scienza e ad affermare il primato del diritto.

Al pari della scienza, anche il diritto è essenzialmente "processo" e la sua validità non dipende tanto dai risultati che si raggiungono, bensì dalle procedure che si seguono. Questa profonda consonanza metodologica è garanzia di validità nell'intersecarsi di scienza e diritto.

Il caso che ci hai raccontato evoca il problema del conflitto di interessi e dell'autoreferenzialità degli esperti. Quali garanzie e quali procedure possono indirizzare la medicina e la ricerca verso l'interesse pubblico, quando esse sono sempre più pesantemente condizionate dagli interessi di multinazionali biotech e farmaceutiche?

Contro le false securizzazioni della "bioetica dei burocrati", una visione più critica dei rapporti tra scienza e diritto, pur riconoscendo il carattere privilegiato del linguaggio scientifico, è consapevole della politicità delle decisioni sociali sulla scienza. La scienza sarà autorizzata a dire una parola particolarmente autorevole, ma non avrà il potere di pronunciare la parola esclusiva o definitiva nella definizione di problematiche che investono la società. Ciò significa che si devono stabilire le condizioni di accreditamento pubblico per i diversi saperi diretti a plasmare le scelte sociali; che si devono individuare le forme di controllabilità pubblica di tali conoscenze; che nessuna forma di sapere può essere fatta valere unicamente in base a

una predefinita validità-verità. Questo atteggiamento metodologico corrisponde ad una assiologia ispirata ai valori della democrazia: intendendosi qui per democrazia non tanto il prevalere di una maggioranza, bensì la posizione che tende a non assumere come autoritativo nessun linguaggio (nemmeno quello della scienza), senza sottoporlo al vaglio di una riflessione critica istituzionale.

Si parla sempre più spesso di "democratizzazione della scienza". Di che cosa si tratta?

La democratizzazione del rapporto tra la scienza e la società passa attraverso la duplice esigenza di estendere la consultazione con gli scienziati e di coinvolgere maggiormente i cittadini nelle decisioni su base scientifica.

L'esigenza di disporre di *expertises* scientifici estesi e pluralistici è ricollegabile a svariate ragioni. In primo luogo, si tratta di rendere il processo decisionale in tema di scienza più rispondente ai bisogni della società e pertanto più sensibile e collegato alle richieste della società. Inoltre bisogna ristabilire la connessione tra discipline diverse e così frammentate da non essere più in grado di dialogare tra loro. Infine, per quanto riguarda la distanza sia tra le scienze sia tra scienza e società, bisogna fare in modo di rendere esplicite tutte le assunzioni e le incertezze tacite che si nascondono nei giudizi tanto degli esperti come dei cittadini.

Accanto alla revisione del concetto di parere specialistico, appare opportuno anche il ripensamento della nozione di 'esperto' che, da una ristretta concezione che ricomprendeva solo gli addetti ai lavori in discipline scientificamente definite, è stata ormai estesa a forme di conoscenza ed esperienza molteplici e differenziate. Inoltre, è necessario che gli esperti riconoscano apertamente le situazioni di incertezza scientifica, anche laddove esse possano generare una situazione di inconclusività nel giudizio che la scienza è chiamata a fornire.

La scienza "deve fare quello che può", dando rilievo a – e non occultando o trascurando – gli spazi di incertezza, che devono essere colmati da valutazioni di genere diverso. Si tratta quindi di una forma di conoscenza che si apre riflessivamente sui propri limiti, che incorpora l'esigenza di qualità delle proprie modalità di produzione, come

pure tutti gli altri aspetti sociali ed etici che ne determinano il contesto. Il modo in cui le conoscenze scientifiche, così predisposte, devono poi trovare una traduzione e una scelta giuridico-politica è ciò che collega il lavoro sull'expertise alla necessità di elaborare un più profondo rapporto con la società civile.

Pensi che la partecipazione sia concretamente aumentata?

Pur essendo in generale migliorata la possibilità di accedere a una molteplicità di fonti informative anche di carattere specialistico, la maggior parte dei dati scientifici su cui gli esperti basano i propri giudizi non risultano accessibili ai cittadini, o semplicemente in quanto non disponibili, o perché di difficile comprensibilità nella forma in cui sono espressi. Ciò che di fatto viene chiesto ai cittadini è di sottoscrivere un tacito rapporto fiduciario nei confronti dei depositari ufficiali del sapere scientifico. Come ho già detto, il versante direttamente sperimentabile per la società civile di quanto gli scienziati asseriscono non consiste tanto nella validità o validazione degli asserti scientifici, bensì nella loro credibilità sociale. Tuttavia questa attendibilità della 'voce della scienza', che determina concretamente le scelte e l'evoluzione della società, è finora coincisa essenzialmente con l'autorità indiscussa della scienza stessa.

Non pensi che stiamo assistendo a una crisi di fiducia del pubblico nei confronti della scienza e degli esperti anche nel nostro paese?

Il termine fiducia (*trust, confidence*) è diventato il concetto di riferimento di numerose inchieste svolte circa l'atteggiamento o la percezione dei cittadini nei confronti del sapere scientifico che informa le politiche pubbliche. Le numerose ricerche dedicate alla comprensione della scienza da parte del pubblico hanno rivelato che le crescenti resistenze dei cittadini nel fidarsi del parere degli esperti e nell'affidarsi alle loro scelte non possano essere semplicemente etichettate come irrazionali, ma che esse sono connesse a considerazioni molteplici, ragionevoli e concrete. Parte della sfiducia che il pubblico dimostra nei confronti degli esperti si ricollega alla limitata possibilità di accedere alle

informazioni, di trovare visibilità e trasparenza nelle procedure di scelta degli esperti, di operare un controllo sulle credenziali e sui possibili conflitti di interessi degli esperti coinvolti, di conoscere e confrontare opinioni diverse, di controllare le decisioni tecnico-scientifiche nel contenuto e nella forma.

In sintesi, l'espressione "democratizzazione della scienza" vuole evocare il ruolo del diritto e il modello dello stato di diritto: l'introduzione di specifiche garanzie nei confronti di quei saperi che oggi utilizzano la propria presunta oggettività e certezza per sottrarre a ogni forma di controllo il proprio potere.

*Mariachiara Tallacchini è professore straordinario presso l'Università Cattolica di Piacenza, dove insegna Filosofia del diritto e Scienza, tecnologia e diritto nonché professore a contratto di Bioetica presso il Corso di laurea in Biotecnologie dell'Università di Milano. Beppe Rocca è dirigente di II° livello della Direzione Scientifica dell'Ospedale Maggiore di Milano – IRCCS e responsabile della formazione e teoria e storia della pratica medica. Entrambi sono membri del gruppo di ricerca *Equilibrio* che si riunisce periodicamente presso la Direzione Scientifica dell'Ospedale Maggiore di Milano per discutere della salute come equilibrio, di *clinical governance*, cura globale personalizzata e analogie e rapporti tra medicina e giustizia.

La ricerca indipendente

BEPPE ROCCA, FERRUCCIO BONINO

La ricerca clinica *spontanea* è in crisi e il ricercatore indipendente una specie in via di estinzione. Perché?

Forse una breve ricostruzione storica può permetterci di collocare il problema al centro di un orizzonte teorico più ampio e di andare oltre i tentativi marginali di soluzione suggeriti a partire dagli anni Settanta.

Prima della rivoluzione scientifica del Seicento, la medicina era ritenuta una forma di sapere dal profilo autonomo. La discussione delle storie cliniche di malati concreti era la pratica in cui la formazione, la ricerca e la concretezza della cura si incontravano e si integravano in tentativi sempre più articolati di strutturare la *cura giusta* per il singolo malato. Qualcuno oggi direbbe che si tratta di un esempio di *Narrative Based Medicine*.

Con Thomas Sydenham si verificò una svolta epocale: la medicina tentò di fondarsi come scienza delle *specie morbose* [malattie, *natural kind*] sul modello delle scienze naturali, in particolare la botanica e la fisica meccanica. Emerse un modello radicalmente diverso di ricerca medica: intesa come *applicazione di un metodo* [induttivo o ipotetico sperimentale] essa divenne una pratica completamente distinta dalla *buona pratica clinica ordinaria*, finalizzata alla produzione di conoscenza empiricamente evidente e metodicamente garantita sui meccanismi delle malattie, in un corpo smontato e analizzato come i componenti di una macchina. Dalle pratiche induttive o sperimentali della *ricerca medica moderna* sono emersi tre modelli teorici di malattia: anatomo-clinico, fisiopatologico ed eziologico.

La *discussione dei casi* in cui per secoli si è messo in gioco il sapere pratico del medico e la sua esperienza con casi concreti, è stata spinta ai margini della formazione medica e progressivamente ha assunto gli attributi soggettivi e irrazionali che a partire da Kant siamo abituati ad attribuire ai valori e a tutti gli aspetti umani e partecipativi delle decisioni. Essa ha conservato fino agli anni Settanta il ruolo marginale di un *tirocinio pratico* cui non è più riconosciuta alcuna valenza scientifica e di ricerca.

Dopo la Prima e soprattutto la Seconda Guerra Mondiale le potenti sostanze chimiche e le tecnologie inventate durante il conflitto vennero applicate alla *diagnosi* e alla *terapia di massa* delle malattie individuate dai tre modelli teorici dell'Ottocento grazie all'emergere del meccanismo del *terzo pagante*: servizi sanitari nazionali in Europa e assicurazioni in America.

Alla fine degli anni Sessanta emerse la non sostenibilità economica, etica e politica della *medicina di massa*. Anziché rivedere il progetto di una *scienza medica* che ha ridotto la ricerca alla produzione metodicamente guidata di conoscenza sui meccanismi delle malattie nella macchina del corpo – il cui statuto teorico e la cui applicabilità si sono rivelati sempre più incerti con il prevalere delle malattie croniche – si è tentato di applicare la *logica induttiva* della fisica sociale dell'Ottocento [Stuart Mill] come canone dell'intera ricerca medica.

Negli anni Novanta i progetti preventivi basati su interventi verticali volti all'eliminazione dei fattori di rischio identificati con i metodi dell'Epidemiologia Analitica si rivelarono fallimentari. Anacronisticamente il Movimento per l'Evidence Based Medicine [EBM] si illuse di *fondare* una scienza medica su *evidence* di tipo empirico: *le sperimentazioni randomizzate controllate* [RCT] che Ronald Fisher aveva inventato come strumento di screening di efficacia per i fertilizzanti in ambito agricolo furono viste da alcuni esperti e politici come lo strumento in grado di risolvere i problemi teorici e di sostenibilità della *medicina di massa*.

L'Inghilterra, visti i modesti risultati concreti dell'Epidemiologia Clinica e dell'EBM, alla fine degli anni Ottanta, si è spinta oltre: ha trasformato le istituzioni sanitarie in aziende e ha cambiato ancora una volta radicalmente lo scopo della ricerca: dalla produzione di conoscenza sui meccanismi delle malattie alla valutazione di tutti i farmaci, le tecnologie e gli interventi della pratica medica in termini economici di costo-beneficio. Negli stessi anni la ricerca clinica si è ridotta a studi di accordo tra osservatori, accuratezza di tecno-



Fig. 1. Murillo: *Monelli*. 1670-75 ca. La medicina moderna si basa su una teoria statistica della malattia in cui molte decisioni cliniche sono affidate a modelli probabilistici: in un certo senso oggi il medico gioca ai dadi.

logie diagnostiche e verifiche di efficacia di farmaci e terapie volta a dimostrare la superiorità di una merce rispetto ad altre in un'olimpiade senza fine della tecnologia, sponsorizzata dall'industria. Molti malati sono diventati il *materiale* indispensabile per le fasi applicative della ricerca industriale.

All'alba del nuovo millennio, funzionari e politici inglesi, preso atto delle perversioni introdotte dall'applicazione del modello di *mercato* come tecnica di governo delle istituzioni mediche, hanno varato un progetto di *Clinical Governance* in cui i responsabili delle istituzioni sanitarie devono rendere conto [*accountability*] della *qualità* delle prestazioni fornite. Come per le grandi industrie, il management ha spostato l'attenzione dalla *massimizzazione dei profitti* [o del *risparmio*] alla *qualità globale* delle merci prodotte. Così oggi assistiamo a un nuovo paradosso: migliaia di persone sono sottoposte a interventi – ad esempio sulle coronarie, la colecisti, l'esofago... – qualitativamente perfetti ma che non influiscono concretamente sulla vita dei malati. Si tratta di un fenomeno di cosmetizzazione delle decisioni cliniche: l'intervento è eseguito perché di grande qualità e in mani esperte è poco rischioso e molto redditizio.

La pratica clinica non è più un sapere dal profilo autonomo, un'esperienza di formazione e di ricerca volta a strutturare sempre meglio la cura di persone concrete [*cura giusta*]: essa si è ridotta ad una tecnologia impersonale di massa applicata su base probabilistica e rimborsata con meccanismi assicurativi senza l'intervento della responsabilità e dell'esperienza del medico, dell'infermiere, del malato o delle altre parti in gioco nei suoi equilibri enigmatici. L'azzardo morale legittimato da una teoria statistica della malattia è il principale responsabile della non sostenibilità economica, etica e politica della medicina attuale.

Oggi la ricerca su basi naturalistiche – fondata su evidenze empiriche o su tecniche di governo dell'economia classica – ha raggiunto un limite asintotico e ha esaurito molte delle sue valenze positive per cui è necessario un vero *cambiamento di paradigma*.

Le stesse biotecnologie non si prestano al *modello probabilistico della medicina di massa* e reclamano forme più flessibili e partecipate di decisione e di sperimentazione che vanno ben oltre il modello delle sperimentazioni randomizzate controllate in cui, come nel quadro di Dührer, la statistica è *un cieco che guida i ciechi* davanti alle decisioni della cura e della vita.

Ma ripercorrendo la storia dei progetti di fondazione della medicina come:

1 - *scienza naturalistica della malattia*

2 - *azienda di produzione di massa orientata al profitto* e più recentemente alla *qualità globale*, ci rendiamo conto di un paradosso: nonostante il grave fraintendimento dello scopo pubblico e politico delle pratiche di cura e delle istituzioni sanitarie, ciascuno di questi tentativi di fondazione ha determinato per un breve periodo importanti vantaggi concreti per il malato.

Perché pratiche così diverse dalla pratica clinica e completamente *esterne* alle sue forme di partecipazione e di argomentazione, come la ricerca induttiva, il metodo ipotetico sperimentale, il management industriale dell'economia classica o i processi di produzione orientati alla qualità globale sono state in grado, per periodi storici limitati, di stimolare la ricerca e contribuire al miglioramento concreto anche se indiretto della cura nel singolo malato?

Una delle ragioni più importanti che emergono da una ricostruzione storico-teorica è che la medicina, a partire dall'alba del mondo moderno, è alla ricerca di un modello di formazione, di ricerca e di cura che pur



Fig. 2. Dührer: *Il cieco che guida i ciechi*. Nelle sperimentazioni randomizzate controllate il malato, il medico e chi valuta gli esami non sanno se il malato è stato trattato con un nuovo farmaco e è nel gruppo di controllo: essi sono ciechi rispetto al trattamento per evitare di essere influenzati da pregiudizi personali.

prendendo atto che *l'uomo è la misura di tutte le cose* [Protagora, Ippocrate], che gli squilibri della salute hanno un'origine *umana, troppo umana* e non sono il risultato di interventi divini, magici o soprannaturali, tenga conto dei limiti della soggettività del medico e inventi istituzioni e forme di partecipazione in grado di permetterci di *andare oltre l'uomo* [Nietzsche] senza scivolare nel totalitarismo o nella propaganda di sofisti e persuasori occulti.

Per fare questo passo avanti non dobbiamo dimenticare quanto il metodo scientifico – induttivo o ipotetico sperimentale – e il management dell'economia classica e della qualità globale ci hanno insegnato: molti interventi medici ereditati da una tradizione sono inefficaci, l'esperienza personale è autoriflessiva e intrinsecamente dogmatica, il medico non sa tutto quello che c'è da sapere sulla cura della salute ma non può esimersi dal curare, il malato è sempre meno disposto ad ubbidire senza partecipare, ad assumere farmaci senza una motivazione convincente e l'autorità del medico è insufficiente per molte delle decisioni che la ricerca e la pratica clinica oggi suggeriscono.

Dopo la Rivoluzione Francese il diritto è stato riformato applicando la teoria della separazione dei poteri, perché il giudice dell'*ancien régime* non era più accettato

come un modello adeguato per la nuova società democratica. Negli anni Settanta anche la figura del medico tradizionale è diventata obsoleta, ma la medicina non è stata capace di riformarsi ed è rimasta l'unica pratica umana che spende un decimo del PIL rimanendo anacronisticamente auto-referenziale.

Progetti sperimentali di *governo clinico* basati sul modello della separazione in livelli istituzionali distinti delle pratiche giuridiche:

- 1 - pratica clinica o *esecutivo*
- 2 - discussione partecipata di casi o *giudiziario*
- 3 - formazione di un patrimonio pubblico di precedenti [*legislativo*] integrati da un Istituto Superiore di Governo Clinico sul modello della *Common Law* in cui tutte le parti concretamente in gioco – medico, malato, familiari, ricercatori, industria... – possono intervenire con il loro contributo e fornire al medico giuridicamente responsabile del malato tutti gli elementi e le prospettive di cui ha bisogno per arrivare a una decisione condivisa, possono ridare alla pratica clinica l'autorità e la concretezza oggi indispensabili per rilanciare una ricerca veramente *indipendente*, finanziata sia dallo *Stato* sia dai *privati*, come un patrimonio a disposizione di tutti e una forma di *bene comune* da amare e difendere da tutti i detrattori.

Prevenire, prevenire, prevenire

FABIO MAGRINI *, CARLO DE ASMUNDIS

I medici la inseguono da circa venticinque anni, i cittadini l'hanno sempre desiderata, e recentemente anche i responsabili della salute pubblica in Italia e in Europa hanno fatto propria l'idea che prevenire i danni generati dalle malattie cardiovascolari a carico di tutti gli organi vitali (miocardio, rene, cervello, retina etc) è una priorità della medicina nel secolo appena iniziato.

Prevenire il danno d'organo è innanzitutto una sfida organizzativa per i Sistemi Sanitari. Quando la prevenzione era un semplice desiderio i medici hanno inventato le Unità di terapia intensiva (anni '60) che con il successivo sviluppo della cardiologia interventistica (anni '90) hanno reso molto efficace il contrasto al danno d'organo nelle fasi acute. Un "infartaccio" può essere trasformato in un "infartino", una aritmia cardiaca pericolosa bloccata sul nascere, etc.. È stato fatto molto per limitare i danni d'organo che si manifestano in modo improvviso ed imprevisto, distribuendo nel territorio le Unità intensive, creando una rete di comunicazione urgente (tel 118) e di trasporto protetto efficienti. È stato fatto molto anche per "riabilitare" gli organi danneggiati.

Le malattie dell'apparato cardiovascolare costituiscono, infatti, la condizione che più frequentemente riduce la qualità della vita delle popolazioni dei continenti più progrediti. Chi ha avuto un danno ischemico miocardico (infarto del cuore, scompenso cardiaco), un danno ischemico cerebrale (ictus, perdita di forza muscolare o mentale), renale (insufficienza renale, dialisi, etc.) corre il rischio di avere una vita difficile. La funzione degli organi "chiave" può in alcuni casi essere così danneggiata da richiederne addirittura la sostituzione. In altri casi gli organi possono essere riattivati e "ristrutturati" grazie ad una serie di trattamenti messi a punto dai ricercatori dell'area cardiovascolare in questi ultimi anni. Tutto questo con costi umani molto alti e costi materiali (va necessariamente valutato que-

sto aspetto "antipatico") altissimi.

Si può quindi dire che il nostro Sistema Sanitario ha fatto molto e bene per limitare il danno d'organo in fase acuta e per riabilitare la funzione degli organi danneggiati. Ora si tratta di fare molto e bene per la prevenzione del danno d'organo. Questa è una sfida organizzativa per una ragione molto semplice: i danni d'organo si sviluppano in modo silente. Ad esempio si possono avere arterie coronarie (quelle che portano il sangue ossigenato al muscolo cardiaco o miocardio) "brutte" o addirittura "molto brutte" senza saperlo. Lo stesso si può dire per le arterie renali o cerebrali. Le arterie possono infatti alterarsi lentamente e danneggiare in modo silenzioso cellule, tessuti e organi, fino a che l'emergenza clinica (infarto miocardico, ictus etc) si manifesta con tutti i suoi sintomi e segni (dolore, deficit motorio etc). A volte può essere troppo tardi per salvare la vita.

Va ricordato che uomini e donne nascono con arterie che nel linguaggio corrente dei medici vengono definite "belle" (dire in questa sede la differenza tra una arteria "bella" e una "brutta" ci porterebbe troppo lontano). Prego il lettore di credere che soltanto dopo qualche decennio di "esposizione" alla vita extrauterina le arterie possono diventare "brutte" e innescare lo sviluppo del danno d'organo con le sue conseguenze cliniche. Si tratta quindi di un processo lento, che assume un andamento cronico e silente. Scoprire come e perché avviene, è uno dei compiti piuttosto complessi dei ricercatori e dei medici. Sono stati identificati più di un centinaio di fattori (148 per la precisione) che possono favorire il deterioramento dell'apparato cardiovascolare nel corso del passaggio dall'infanzia-gioventù alle età successive. Vengono chiamati "fattori di rischio" perché la loro presenza aumenta la probabilità (espressa come percentuale) che in un periodo di tempo definito (per lo più cinque o dieci anni) un individuo debba ricorrere al medico (o al Pronto

Soccorso) per la comparsa di segni o sintomi di danno d'organo. Tra queste decine di fattori di rischio, quelli che contano veramente sono pochi: tra questi la pressione del sangue troppo alta (ipertensione arteriosa) e una quantità di grassi circolanti nelle arterie troppo alta (ipercolesterolemia), una quantità di zuccheri circolanti troppo alta (iperglicemia), troppo peso corporeo (obesità), troppo poco movimento fisico e il fumo di sigarette.

La sfida a prevenire lo sviluppo di danno d'organo lanciata dai responsabili della Sanità in Europa richiede, per essere vinta, che i fattori di rischio vengano eliminati. Per fare un esempio, creando le condizioni per cui i cittadini del nostro continente riescano a mantenere per tutta la vita valori di pressione arteriosa e di colesterolemia non superiori a 140/90 mmHg e 200 mg/dl. Se si riuscirà a fare di più, cioè a mantenere la pressione a 120/80 e il colesterolo a 180 (valori dei 18 anni quando, concluso il processo di maturazione cardiovascolare, si raggiunge una dimensione corporea definitiva specie-specifica con l'arresto della crescita ossea), la "performance" degli organi vitali e quindi la qualità della vita ne sarà ulteriormente avvantaggiata.

L'Ospedale Maggiore e la "prevenzione cardiovascolare"

Si è detto che prevenire i danni d'organo secondari a patologia cardiovascolare è difficile perché il loro sviluppo è silenzioso. Il cittadino che non avverte disturbi non contatta il suo medico o il suo ospedale. Si è anche detto che l'ospedale sino ad ora si è organizzato per limitare i danni cardiaci, renali, cerebrali, etc nella fase acuta, e per riattivare successivamente la funzione degli organi danneggiati. Anche sul versante preventivo la lotta alle malattie cardiovascolari non può essere guidata che dall'ospedale. Questo nuovo compito richiede che attraverso la sperimentazione si "mettano a punto" forme di organizzazione sanitaria proiettate verso l'esterno. In questa ottica può essere interessante per il lettore conoscere le tecniche che l'Ospedale Maggiore sta sperimentando. L'obiettivo è mettere a disposizione della comunità sanitaria nazionale ed internazionale strumenti utili a vincere la sfida della prevenzione del danno d'organo non solo per le generazioni future ma, ci auguriamo, anche per le attuali.

Tecnica del sondaggio sulla conoscenza

La tecnica del sondaggio sulla conoscenza ampiamente utilizzata in molti ambiti della vita collettiva è stata applicata al settore sanitario, per la prima volta in Italia e nel mondo, nell'anno 2000 per iniziativa del Gruppo di Medicina Cardiovascolare dell'Ospedale Maggiore. Si è dimostrato uno strumento estremamente veloce e attendibile per conoscere la quantità e la qualità delle conoscenze che la popolazione generale italiana possiede sul valore della propria pressione arteriosa e del proprio colesterolo plasmatico.

Le tabelle 1, 2 e 3 riportano le domande rivolte alla popolazione generale italiana e, rispettivamente, il grado di consapevolezza su due dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di danno d'organo. Soltanto il 9,3% degli italiani è risultato avere un'informazione corretta. La prevenzione, come si è detto, passa attraverso il controllo dei fattori di rischio. Il primo passo è pertanto sapere che la popolazione generale

Ricorda se l'ultima volta che ha misurato la pressione era normale, bassa o alta?	
	Val. %
• normale	52,8
• bassa	13,4
• alta	10,8
• non l'ho misurata di recente	7,3
• non so, non ricordo	9,1
• non l'ho mai misurata	6,6
• totale	100,0
Base (n. casi)	(5524)
Valori percentuale	

Tabella 1

Ricorda se nelle ultime analisi del sangue, il valore del colesterolo era normale, basso o alto?	
	Val. %
• normale	46,3
• basso	3,5
• alto	11,6
• non l'ho controllato di recente	11,8
• non so, non ricordo	13,0
• non l'ho mai controllato	13,8
• totale	100,0
Base (n. casi)	(5524)
Valori percentuale	

Tabella 2



Tabella 3

italiana non era nel 2000 particolarmente sensibilizzata su due importantissimi aspetti della propria circolazione sanguigna. La tecnica del sondaggio potrà risultare estremamente utile nell'orientare le campagne di informazione. L'uso alternato di sondaggio e campagna è un modo razionale per trasferire informazioni sanitarie ad ampi strati di popolazione e controllarne l'efficacia. La possibilità che su base regionale, cittadina o territoriale gli ospedali facciano prevenzione è verosimilmente legata alla possibilità di monitorare la popolazione asintomatica con tecniche locali di sondaggio-campagna.

Tecnica del sondaggio sul comportamento

Questa tecnica serve a controllare sul "campo" i comportamenti e lo stile di vita della popolazione. Abbiamo ritenuto utile iniziare ad utilizzare questo approccio per valutare l'efficacia delle raccomandazioni della comunità medica nazionale e internazionale che mirano a diffondere l'abitudine a svolgere attività fisica. Per la prima volta nel 2003 in occasione della Giornata Nazionale del Cuore (tab. 4) è stato misurato il comportamento della frequenza cardiaca (numero di battiti del cuore al minuto) in alcune centinaia di cittadini-turisti (italiani e non) che salivano (a piedi) sulle terrazze del Duomo di Milano.

Come tutti sanno, la prevenzione richiede non soltanto il contrasto (stile di vita - farmaci) nei confronti dei fattori di rischio, ma anche un maggior ruolo per i fattori di protezione cardiovascolare.

Tra questi, l'abitudine a svolgere attività fisica (almeno due ore alla settimana, possibilmente associata alla sensazione di divertimento) è l'unico fattore di protezione cardiovascolare di cui è stata dimostrata l'efficacia nel

Tabella 4

contribuire a controllare i valori della pressione e del colesterolo. Anche in questo caso il primo passo è sapere, se e quanto, la popolazione segue le raccomandazioni dei medici e delle campagne di sensibilizzazione sull'opportunità di praticare regolarmente attività fisica. I battiti del cuore, come tutti sanno, aumentano durante uno sforzo fisico in misura decisamente maggiore nei cuori non allenati rispetto ai cuori allenati allo sport. È quindi relativamente facile valutare il grado di allenamento di un campione di popolazione. Nel caso della salita al Duomo di Milano si è osservato che i numerosi turisti stranieri (per lo più giapponesi) hanno recepito in misura maggiore di quanto non abbiano fatto gli italiani la raccomandazione di fare regolarmente attività fisica (tab. 5). Il 47% del "campione italiano" possiede un cuore allenato, mentre il 53% non svolge regolarmente attività fisica. Le donne fanno meno sport degli uomini (39% vs 61%) e il maggior numero di cuori allenati si trova nei primi 40 anni di vita (tab. 6).

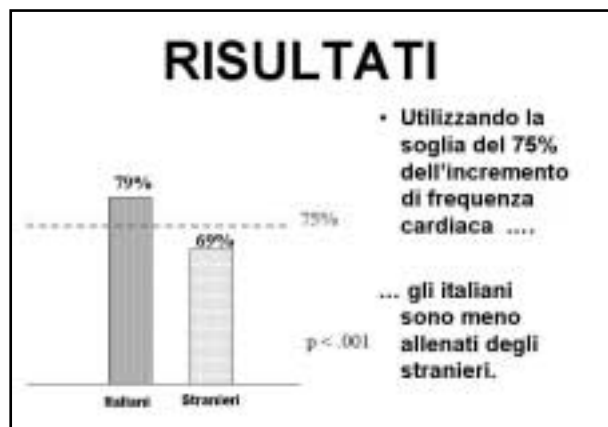


Tabella 5

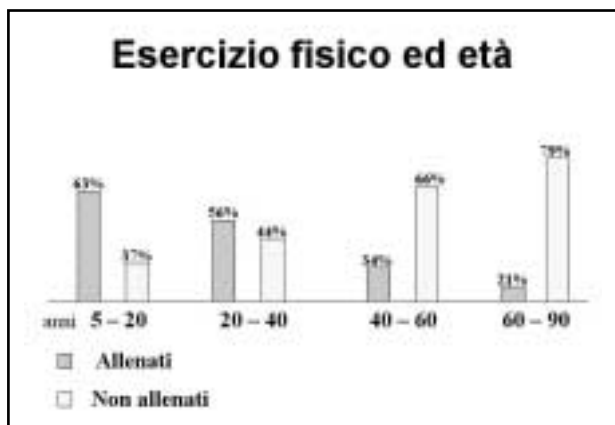


Tabella 6

Rete territorio-ospedale

La sperimentazione e lo sviluppo di tecniche che consentano ai medici dell'ospedale di avere informazioni sullo stile di vita e sulla conoscenza dei fattori di rischio cardiovascolare di una data popolazione rappresentano, come si è detto, il primo passo per poter essere operativi.

L'obiettivo della prevenzione è infatti cronicizzare lo stato di "buona salute" nel singolo individuo. Si è accennato al fatto che cuore e arterie sono "belli" nei giovani (convenzionalmente 18 anni) e diventano "brutti" con il passare degli anni e per una serie complessa di interazioni con i fattori di rischio. Se l'obiettivo è mantenere per tutta la vita i valori di pressione, di colesterolo, di zucchero, etc. dei 18 anni, è indispensabile che si stabilisca un contatto tra chi è in buona salute e il Sistema Sanitario. Questo contatto deve essere con il medico di medicina generale, che sarebbe più opportuno chiamare "*medico personale*" proprio per il lavoro di personalizzazione dei programmi non solo di prevenzione ma anche di cura e di monitoraggio del singolo individuo. Da qui la necessità di una stretta "alleanza" tra ospedale e medico personale.

L'Ospedale Maggiore sta sperimentando e mettendo a punto le tecniche per rendere operativa questa nuova forma di collaborazione con il medico personale di un campione di cittadini milanesi. La possibilità di utilizzare la rete informatica e/o telefoni cellulari dedicati (tab. 7, 8) rappresenta un primo e ancora embrionale strumento per mettere a disposizione del medico personale le informazioni acquisite con le tecniche di sondaggio sui fattori di rischio e di protezione cardiovascolare in campioni di popolazione definiti.



Tabella 7



Tabella 8

Conclusione

Siamo all'inizio di una fase di sperimentazione. L'obiettivo è creare strumenti organizzativo-sanitari in grado di rendere operativo il progetto di prevenzione del danno d'organo secondario alla pressione alta, al colesterolo alto, alla glicemia alta, etc. cioè ad una serie di fattori di rischio per lo più "silenziosi". La difficoltà non è nel controllare i fattori di rischio "silenziosi". La possibilità di eliminarli infatti è assolutamente realistica (modifiche dello stile di vita e farmaci in passato non disponibili sono risultati estremamente efficaci). La difficoltà è identificare, motivare e proteggere i cittadini a rischio. Gli ospedali ed in particolare il nostro ospedale debbono "guidare" questa sperimentazione in stretta alleanza con il medico personale del singolo cittadino.

*Centro Fisiologia Clinica e Ipertensione - Istituto di Medicina Cardiovascolare - Scuola di specializzazione in Cardiologia II - Ospedale Policlinico, Università di Milano.

Fra istituzioni affini esiste una condivisione di ideali che si rende manifesta in figure d'alto profilo, le quali si fanno interpreti protagoniste della realizzazione, in opere concrete, degli ideali condivisi. Una di tali figure fu, tra Ca' Granda e Istituto dei Rachitici, quella di Gaetano Pini.

Due istituzioni, un uomo: la "Ca' Granda", i "Rachitici" e Gaetano Pini

GIORGIO COSMACINI

Nel 1870, "l'anno – si disse – che portò l'Italia a Roma e Roma all'Italia", un giovane livornese ventiquatrenne, neolaureato in medicina, veniva chiamato a Milano dall'editore Vallardi per lavorare alla redazione dell'Enciclopedia Medica italiana e poi al Dizionario etimologico di scienze mediche e veterinarie.

Il giovane medico si chiamava Gaetano Pini ed era figlio di Tommaso, un agiato commerciante poi travolto da un grave dissesto finanziario, e di Larissa, donna – come allora si diceva e scriveva – "di elevato sentire". Dopo gli studi medio-superiori nel Collegio Cicognini di Prato, aveva studiato medicina a Pisa e si era laureato a Napoli, "culla, vivaio e palestra", in quegli anni, del "positivismo medico" di Salvatore Tommasi e Arnaldo Cantani.

Aveva intervallato gli studi in due occasioni: l'una nel 1866, quando volontario ventenne nel 2° Reggimento Granatieri, era accorso a "servire la Patria con il braccio" combattendo da valoroso nell'avversa giornata di Custoza; l'altra nel 1867 quando, con un gruppo di livornesi e pisani capitanati da Nicola Guerrazzi, era accorso a seguire Garibaldi nell'avventura di Mentana.

Era un "giovine uomo alto", un granatiere appunto, che – come scriverà il Corriere della Sera (25-27 settembre 1887) – si presentava "snello nella persona, con lunga barba nera, grossi occhiali, rigorosamente vestito di nero", con "il passo affrettato come chi è chiamato da affari che non ammettono dilazio-

ni", dal "discorso telegrafico", lavoratore indefesso "da mattina a mattina", sempre come "preoccupato di una missione da compiere".

Politicamente era un garibaldino, un mazziniano. E professionalmente, oltretutto nell'attività pubblicistica che aveva accettato di buon grado presso l'editore Vallardi, ben felice di poter dare con quell'impiego maggiore assistenza alla "venerata madre" e alla sua "numerosa e non fortunata famiglia", era impegnato come "dottore dei poveri" in una condotta cittadina del Pio Istituto di S. Corona amministrato e gestito dall'Ospedale Maggiore. In questa veste, era tenuto a compiere almeno quindici visite al giorno, ma spesso non meno di trenta, ai poveri aventi bisogno.

"Medico dei poveri", considerava la cura di costoro come un corollario della legge morale che imponeva a ogni uomo di cuore e di senno di stare dalla parte dei diseredati, oppressi dalle "scorrettezze della natura" tanto quanto dalle "sregolatezze della società". Pini investì la propria vita di una "missione triangolare": l'Igiene, la Cremazione, i Rachitici. Così dirà di lui l'oratore ufficiale Augusto Ghidini, scoprendo nel 1890 la lapide che lo commemorava. Gaetano Pini era infatti morto prematuramente nel 1887, a quarantasette anni, stroncato da un tumore cerebrale. In vita era stato il fondatore della prima Società di Cremazione in Italia, il promotore e il segretario della Reale Società Italiana d'Igiene, nonché il promotore, l'artefice e il direttore dell'Istituto dei Rachitici di Milano.

"Il Rachitismo", ha lasciato scritto nel suo Dizionario dei termini antichi e moderni delle scienze mediche, "in senso stretto significa infiammazione della spina dorsale, ma comunemente indica quel

* Lettura magistrale per l'inaugurazione del Centro di anestesia, rianimazione e terapia del dolore, Istituto Ortopedico Gaetano Pini, Milano 11 novembre 2002

morboso rammollimento delle ossa che invade i bambini, per cui si piegano prima le ossa lunghe, poi la spina dorsale”.

Il fanciullo rachitico, nei versi di un poeta del tempo, Carlo Baravalle,

“... il capo ha grosso
fuor di costume, le gambine volte
in arco, breve il femore, il respiro
affaticato. Il guardo senza raggio,
e un'aria stanca, come di persona
cui lenta febbriciattola pilucca
l'ossa e sconsuma i nervi ...”.

Il rachitismo era una delle “malattie sociali” alligianti nella “Milano dei poveri” e, più in generale, nella estesa “società del malessere” dell'Italia di fine Ottocento, irretita in secolare arretratezza e scossa dai sussulti d'avvio della prima rivoluzione industriale. Malattia da carenza vitaminica come la pellagra, diversamente da questa non colpiva la popolazione rurale, bensì quella urbana nella sua componente più debole: l'infanzia. I figli della “povera gente” scontavano nel fisico carenze molteplici: alimentari, abitative, di aria, di luce. Erano carenze presenti tanto nelle “soffitte” di Milano, la città dove Pini viveva, quanto nei “bassi” di Napoli, la città dove Pini aveva vissuto.

Pini era un “medico sociale” *ante litteram*, un medico per il quale la lotta al rachitismo era un banco di prova della “rigenerazione degli infelici”. Il suo impegno lo portava a vestire, sull'abito rigoroso del medico, il manto prestigioso dell'apostolo. Il suo apostolato era una “andata verso il popolo” dove umanitarismo, solidarismo, naturalismo antropologico, biologia della salute fisica e morale erano categorie coerenti di un miglioramento umano illuminato e progressivo.

Il rachitismo colpiva maschi e femmine; ma per le donne che sopravvivevano al male, questo costituiva una tara ancor maggiore, dal momento che esse, nella gravidanza e nel parto, erano destinate a subire le dolorose, spesso fatali conseguenze e complicanze della malattia, nella fattispecie le deformazioni rachitiche della pelvi, le strettoie, diceva Pini, del “bacino accartocciato”.

Pini pensò dapprima a una scuola, “una scuola come tutte le altre”, egli scriveva nel 1875, ma “più igienica”, allocata in “un locale abbastanza spazio-

so, sano, caldo, con annesso giardino, ben provvisto di acqua”, con banchi addetti alla “varia conformazione” dei fanciulli – da 5 a 10 anni – trattati con “olio di fegato di merluzzo”, “l'olio nel quale siano stati trituriati in date proporzioni altri rimedi – iodio, bromo, fosforo, ferro – accumulando così e variando la sua potenza medicatrice”. Ma gli stessi bambini potevano essere curati anche con “applicazioni elettro – ed idro-terapiche” e sottoponendo i più “contorti” a “manovre ortopediche”, in ossequio al concetto che la nascente ortopedia moderna – *orthòs paidèia* – doveva essere considerata prima di tutto come l' “arte di radrizzare i bambini deformi”. La Scuola dei rachitici, dopo un non breve iter burocratico, nasceva con il concorso della beneficenza pubblica e privata e con l'approvazione del suo statuto, emanato il 20 dicembre 1874. Gaetano Pini aveva allora 28 anni. La Scuola era locata in via S. Andrea; in essa, nel 1875, erano accolti i primi quindici fanciulli. I suoi primi passi furono stentati. L'anno dopo era già trasferita in vicolo Rasini, il diverticolo a fondo cieco di corso Monforte, vicino a S. Babila.

La Scuola era diretta da Pini, che era affiancato dai medici-chirurghi consulenti Cesare Fumagalli ed Edoardo Boccomini, dal medico assistente Alcide Mascetti, dal chirurgo-dentista Amilcare Balerio, dall'ortopedico-meccanico Ferdinando Baldinelli e da Pietro Panzeri, medico-capo dell' “ambulanza”. Assai benemerita era la Società anonima degli omnibus che svolgeva un “servizio speciale” per i bambini abitanti nei quartieri cittadini più lontani. Emergeva prepotente l'importanza e l'esigenza di una “chirurgia ortomorfica”, che non solo contemplava manipolazioni e manovre, ma comportava osteotomie e osteoclasie correttive, supportate da quelle norme di asepsi e antisepsi – di disinfezione e sterilizzazione, come si diceva – che si andavano non senza fatica affermando e imponendo in campo chirurgico.

Necessitavano fondi, occorrevo sostegni finanziari cospicui. Nel 1878 Pini constatava le “gravi angustie economiche”, richiedenti a parer suo una maggiore responsività benefica della generosità milanese. Così pensò di stimolare i benefattori a più consistenti interventi inviando loro una “Strenna”, che servisse, a suo dire, “ad un tempo di augurio per il nuovo anno e di ricordo dei poveretti che con gentile pensiero soccorrevano”.

Nel 1879 il presidente del Consiglio di Amministrazione Giuseppe Sacchi comunicava che il Ministro delle Finanze non era contrario alla “cessione dell’area demaniale detta di S. Teresa in via S. Marco chiesta per l’erezione dell’Ospizio dei Rachitici”; ma il Consiglio, “fatte attivare nuove ricerche”, aveva trovato “nelle adiacenze di via Quadronno un terreno di proprietà privata opportunissimo per erigervi l’Istituto”, un istituto che doveva “servire di modello agli altri congeneri”.

Il terreno prescelto era un’area attigua al Parco dei Melzi, in fondo alla via S. Calimero. Per raggiungere la zona – scriveva Pini nel 1881 – c’è “una lunga strada deserta, sulla quale crescono placidamente le erbe; non un marciapiede, non una lastra di pietra”. Sembrava – concludeva Pini stigmatizzando – che il Comune di Milano abbia “obliato che a Milano c’è la via S. Calimero”.

Gli igienisti italiani, riuniti in assise per la prima volta a Milano nel 1881, dopo una visita al neonato Istituto, erano unanimi nel riconoscere che esso era un’opera “degnata di ogni encomio”, dove la cura dei rachitici era svolta nel migliore dei modi tramite l’ambulatorio, l’asilo, l’infermeria.

L’*ambulatorio* accoglieva tutti i bambini a rischio di rachitismo, anche quelli provenienti dai più lontani Comuni. Li schedava, li censiva, li dotava di una “cedola nosologica”. Gli iscritti potevano ricevere cure, assistenza, medicinali.

La *scuola* accoglieva cento bambini, riconosciuti bisognosi di trattamento congruo, speciale e complesso, non solo ricostituente, ginnastico, idro ed elettroterapico e ortopedico, ma anche ricco di pedagogia fisica e psichica e – com’era espressamente affermato – di “sorveglianza intelligente e amorevole”, assolutamente priva di ogni “asprezza verso i bambini”.

L’*infermeria* rappresentava la vera novità dell’istituzione, il fiore all’occhiello della medicina di fine secolo, luogo di cura e simbolo di un ospedale integrato al territorio di appartenenza, di una scienza avanzata saldata alla sanità territoriale e alla umanità cittadina ed extra-cittadina. Una grande intrapresa, con i suoi trenta fanciulli cui applicare le più aggiornate cure ortomorfiche, cui praticare le più accurate cure osteotomiche.

Gli ultimi anni della direzione di Gaetano Pini furono

non contrassegnati dalla creazione del Padiglione d’isolamento per i piccoli malati contagiosi. Era intitolato al nome di Edvige Frizzi, donna “formata alla scuola del dovere”, i cui meriti – come ebbe a scrivere Anna Radius in arte Neera – “non erano quelli soliti delle persone agiate, che offrono il superfluo per moda”. Morta nel 1884, era stata la moglie di Lazzaro Frizzi, “devoto esecutore del pensiero di lei”, un avvocato triestino ebreo che era stato con Garibaldi a S. Fermo e a Bezzecca e che poi aveva fatto fortuna anche come imprenditore. Sarà presidente dell’Ospedale Maggiore di Milano dal 1905 al 1909.

Le due istituzioni – l’antica Ca’ Granda dei milanesi, presso cui Gaetano Pini aveva esordito come “medico dei poveri” del S. Corona, e il nuovo Istituto dei Rachitici, che Pini stesso aveva fondato e magistralmente diretto fino alla morte – si trovarono così ad essere fra loro congiunte idealmente nella loro inestimabile opera al servizio dei cittadini.

Il consenso informato, partecipazione al progetto di cura

MARCO SEGALA

Concezione diffusa nei medici, ma non solo, è che “il bene del paziente” sia un dato oggettivo, definibile dalla scienza, dalla morale o più in genere dalla società. Si tratta di una convinzione che si radica nel medico lungo tutto il suo percorso formativo; non che il professionista sanitario misconosca il valore del consenso informato, ma lo colloca, generalmente, come appendice alle valutazioni tecnico-scientifiche che il caso clinico richiede. L’atto medico viene considerato autolegittimato per definizione, giustificato dal principio della beneficiabilità (conseguimento di un vantaggio, del miglior interesse del soggetto), ed il consenso informato, spesso, viene richiesto al paziente solo nella fase immediatamente precedente l’atto medico più incisivo del percorso di cura; viene chiesta, cioè, l’adesione ad una decisione già presa. Frequentemente, negli ospedali, questo rapporto coi pazienti viene condotto da giovani medici frequentatori (specializzandi, borsisti), a sottolineare il convincimento diffuso che rappresenti un atto dovuto, un obbligo di legge, una scrittura idonea ad escludere conseguenze penali per il medico. Noiosa anche.

Il consenso informato, come standard legale, nasce negli Stati Uniti intorno agli anni Cinquanta come naturale evoluzione della precedente affermazione del solo consenso nel 1914. Questo importante passaggio, che ha portato il *consent* ad essere *informed* con un ampio dibattito, si sta verificando anche in Europa. Ciò non solo il dovere di chiedere al paziente il consenso ad eseguire qualsiasi procedura sul suo corpo, ma di comunicare al malato tutto quello che serve ad ottenerne un intelligente consenso permettendo l’espressione del libero arbitrio, l’autonomia individuale, rispettando il principio dell’autodeterminazione.

Raggiunta l’accettazione della ineluttabilità del consenso, si pone il problema di come e quali informazioni dare. Il modello che viene affermandosi è



Publica dimostrazione del successo dell’anestesia nel 1846 al Massachusetts General Hospital. Dipinto da R. Hinckley (particolare). Boston Medical Library.

che l’informazione non deve essere centrata sul medico (corretta prassi medica secondo le conoscenze), ma deve essere quella di cui necessita un paziente, in grado di intendere e volere, per decidere sulle cure proposte. Una informazione “su misura” tenendo conto degli aspetti culturali, sociali, religiosi, morali del malato.

E sul come dare informazione occorre usare un linguaggio comprensibile, atecnico, evitando mere statistiche, evitando di generare panico o superficialità; cercando di dare all’interlocutore tutti gli elementi permettendogli di esprimere il diritto della

libera scelta e dell'autodeterminazione fruendo, allo stesso tempo, del diritto alla salute.

In questa sede non si vuole dare un saggio di etica o giuridico o legislativo, esistendo professionalità e ampio materiale specializzati in merito. Né tanto meno ci si riferisce allo stato di necessità o ad altri casi particolari come le malattie incurabili o la sperimentazione clinica. Allo stesso modo ci si rende conto che il consenso centrato sul paziente non è completamente soddisfacente né per il malato, che deve calarsi completamente nei panni del "ragionevole", né per i professionisti sanitari che possono vedere ridotta la loro libertà decisionale.

L'intento è quello di sensibilizzare gli operatori sanitari al problema della miglior cura possibile per il malato interpretando il consenso informato come grimaldello per ottenerla.

Il processo di cura di un paziente prevede diverse tappe che portano, con varie modalità, dalla diagnosi alla terapia, sia medica che chirurgica. In questa linea ideale esistono due punti critici: l'uno rappresentato dalla *indicazione alla cura* sanitaria e l'altro dalla *partecipazione* del malato alla cura stessa. In entrambi i casi il consenso informato, visto come partecipazione, è nodale.

Il problema della appropriatezza della cura, della certezza della necessità delle terapie, è importante ed esiste da sempre nella pratica clinica. L'indicazione ad una terapia vede come interlocutori il disagio vissuto dal paziente, l'evoluzione naturale della malattia, il rischio legato alle terapie mediche, la scienza, la statistica, l'etica, la morale, il sistema sanitario, il sempre maggiore bisogno di salute, la necessità di cure vissuta dal malato, la cultura, il credo religioso, la società, la politica, i media. E l'economia.

Negli ultimi anni è stato introdotto il sistema di retribuzione a prestazione (Diagnosis Related Group, DRG) secondo il quale la struttura sanitaria accreditata, "abilitata" cioè ad eseguire cure per conto del Sistema Sanitario Nazionale, viene rimborsata delle spese sostenute in base alle prestazioni sanitarie eseguite. Pur generando un miglioramento del sistema sanitario nella sua globalità (in precedenza il criterio principale di rimborso era legato alle degenze; da cui si ricoveravano tutti, anche pazienti che potevano essere curati al domicilio con

enormi sprechi e disagi), non è migliorata l'appropriatezza delle cure, anzi si sono generate alcune distorsioni aggiuntive.

L'indicazione ad una cura o ad un intervento chirurgico è oggi facilitata dal vantaggioso rimborso attribuito al DRG e viene dimenticato che il consenso informato, pur correttamente condotto, non rappresenta un alibi ad una cura non appropriata e non solleva il medico dalle responsabilità inerenti l'indicazione alla cura.

Uno dei possibili migliorativi a questo problema potrebbe essere l'introduzione sistematica della valutazione della qualità della vita del paziente al momento della richiesta di cure e quella che si stima possa avere dopo. Esistono molteplici sistemi di misurazione validati, tutti basati su informazioni fornite direttamente dalla persona in studio. In assenza di un evidente miglioramento della qualità di vita di quel paziente, occorrerebbe sempre rivedere l'*indicazione alla cura*.

Va da sé che un tipo specifico di terapia, per le stesse condizioni patologiche, può risultare assolutamente inadeguato per alcuni e più che giusto per altri. Inoltre, un miglioramento della qualità della vita prevedibile a seguito di terapie anche rischiose, ne aumenterebbe il criterio di giustificazione. Una decisione di questo genere non ha ragione di essere lasciata ad uno solo degli attori coinvolti nel processo di cura, presupponendo che il malato non debba più essere considerato solo spettatore di atti praticati sulla sua persona secondo la visione paternalistica della pratica clinica.

Il bisogno di valutare la qualità della vita che nasce già dai vari percorsi formativi dei professionisti sanitari, deve diventare un approccio "normale" allo studio del malato nella pratica clinica. È di sicuro un metodo oneroso, in termini di risorse e di tempo, ma sicuramente contribuirebbe ad una reale "umanizzazione" dei reparti di cura oltre che a rendere più condivisa la terapia stessa e ridurre l'inappropriatezza delle cure ed in ultima analisi il loro costo complessivo per il Sistema Sanitario Nazionale.

Il consenso informato non deve essere un atto limitato nel tempo e riferito solo ad una manovra particolarmente invasiva, ma viene costruito nel percorso di cura con continui coinvolgimenti del malato nell'approfondimento e nelle decisioni cliniche. Il

maggior sforzo, quindi, deve essere culturale e deve essere inteso con il coinvolgimento, la partecipazione del malato al progetto delle cure nella sua totalità. E in questo una diversa chiave di lettura del consenso informato potrebbe rappresentare un cardine su cui imperniare la miglior cura.

Nel consenso informato il problema della *comunicazione* gioca una parte nodale.

Non si intende in questa sede “comunicazione” come dottrina massmediatica volta all’emozionalità, al condizionamento sociale, culturale e politico con l’intento di vestire di apparente dignità e forza l’inconcludenza e la povertà ideologica, ma è vista come rapporto di relazione interpersonale. Né tanto meno viene intesa come arte del convincimento o metodo persuasivo. Chiunque usasse tecniche di comunicazione per ottenere il consenso di una persona, per persuaderla, indurla ad accettare una azione sul proprio corpo che potrebbe essere lesiva (col fine di giustificare il proprio operato), anche operando con garbo, con discrezione, valicherebbe il limite del lecito cadendo nel plagio, nella convenzione; si starebbe usando violenza contro quella persona. È evidente che il problema è di estrema delicatezza.

Il professionista sanitario ha prospettive scientifico-culturali vaste, specialistiche, ipertecnologiche, possiede metodologie di ragionamento cartesiane (basate sull’evidenza), riflette spesso in termini probabilistici, vede il processo di malattia come una serie di elementi fisiopatologici, come lesioni di organi, come complesse relazioni di causa-effetto, come impercettibili reazioni biochimiche.

Il paziente vede la propria malattia come alterazione del proprio mondo, dei suoi affetti, come un tragico cambiamento della vita, come improvvisa presa di coscienza della non invulnerabilità; il malato la vive come squilibrio globale, assoluto, come disagio insostenibile, come una intima lesione della libertà individuale.

Due approcci completamente diversi dunque, il cui punto di incontro (il progetto di cura) deve ogni volta essere reinventato, pesato, misurato. Comunicare al paziente che cosa ha così profondamente turbato il suo equilibrio, spiegarne i rischi, l’evoluzione, unitamente allo sforzo di afferrarne le ansie, le debolezze, le aspettative, i bisogni, non è sicu-

mente una operazione senza responsabilità e priva di oneri.

Ipotizziamo una malattia grave che comporti un solo approccio terapeutico possibile finalizzato alla quantità della vita. Supponiamo una grave mutilazione (come un caso di amputazione recentemente trattato con clamore dai massmedia) come unico rimedio a garanzia della sopravvivenza. La scelta della cura più giusta per quel paziente deve essere una decisione profondamente ed accuratamente condivisa e quindi rispettata, anche se significasse la mancanza di cure.

Non avere la presunzione, anzitutto, di conoscere la soluzione più giusta. Entrare con delicatezza negli equilibri del paziente, spigolare nelle sue inquietudini; spiegare con semplicità evoluzione, percentuali, probabilità di una malattia; afferrare quanto del tecnicismo è stato compreso, accertarsi della ragionevolezza dei suoi pensieri, capire i bisogni, le aspettative; cogliere che tipo di qualità di vita si va realmente ad offrire, percepire se al malato importa più la quantità di vita a discapito della qualità della stessa o il contrario; accertarsi che abbia tutti gli elementi per decidere, che non abbia fraintendimenti o interpretazioni distorsive; verificare il grado di autonomia sociale, l’eventuale necessità di supporto da parte di terzi e la loro disponibilità oltre a quella del malato a dipendere da altri; evitare condizionamenti esterni a sé e al paziente ... e altro ancora, sempre in un rapporto medico-paziente fondato sulla comunicazione e sulla consapevolezza che il malato deve essere protagonista delle decisioni sul proprio corpo.

Questo vuole dire consenso informato. E questo è anche partecipazione e condivisione della cura.

Bibliografia:

Amedeo Santosuosso. *Il consenso informato*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1996

Mario Perniola. *Contro la Comunicazione*. Giulio Einaudi Editore, Torino 2004

Beppe Rocca. *La cura della salute*. Edizioni Minerva Medica Torino, 2004.

La presenza religiosa in ospedale: riflessione-meditazione sul dolore dell'uomo, sulla speranza da infondere, sulla pastorale della consolazione.

Momenti preziosi che un cappellano ospedaliero nel generoso decennale della sua presenza "ventiquattro ore su ventiquattro" fra i malati, nella nostra comunità, accanto ai familiari addolorati quando non disperati, ha desiderato partecipare ad amici cappellani quasi un dono di esperienza, di sofferenza, di vita provata.

Queste pagine scritte "per sacerdoti", pagine ricche, pagine da non dimenticare, richiamano l'attenzione di chi ne vede la "bellezza" da laica, ritiene di non perderle, di non farle perdere e di poterle interpretare per noi.

f.c.

Il cappellano d'ospedale

ELISABETTA ZANAROTTI TIRANINI

"Il ministero del dolore vissuto da un cappellano di ospedale" è l'argomento dell'incontro voluto dal Rettore Vicario dell'Ospedale Maggiore Policlinico mons. Piero Cresseri e destinato a un gruppo di cappellani ospedalieri, svoltosi recentemente.

Questo ambito, lo si può osservare sotto un'ottica ogni volta differente ma, nello specifico caso, è considerato come un "santuario del dolore".

La nostra è una visione laica: come tale deve e vuole mantenersi in questo discorso.

L'umana carità e la solidarietà formano un sentimento che prescinde (o almeno dovrebbe) da qualsiasi credo confessionale, in quanto esso (sentimento) ha origine in una sensibilità interiore e nella consapevolezza della nostra vulnerabilità o caducità in un mondo dove tutto è effimero e precario a iniziare proprio dalla nostra stessa esistenza.

Dissertando di forme di altruismo e di ospedale, ricordiamo che esso, anticamente, era assai differente da quello attuale, soprattutto nello scopo. Infatti, è sorto non come luogo di diagnosi e di terapia, bensì di religiosa carità, accanto a templi, monasteri, chiese, moschee, quale posto di accoglienza-rifugio per i più poveri, i reietti, ed i pellegrini. Tanto è vero che la sua etimologia deriva dai lemmi latini "*hospes*" e "*hospitalitas*" (ospite e ospitalità), dai quali "*hospitalium*".

Ma ospitalità per che cosa? Per arginare un diffuso stato di indigenza e di emarginazione, di malessere fisico, morale, psichico.

Anche all'epoca, accanto agli "*infirmi*", c'era la presenza sia di volontari laici, sia di monaci o monache, i cosiddetti "*infirmari*", che sostenevano

gli ospiti somministrando loro cibo, tisane e alcune altre cure elementari.

I chirurghi e i medici, in ospedale, arrivarono più tardi.

Il dolore e la malattia rispecchiano uno stato di privazione e di sconforto. Esiste un trinomio inscindibile che tormenta da sempre l'umanità: male, sofferenza, dolore; ma per l'innato istinto di sopravvivenza, anche inconsciamente, questa situazione ci dirige verso uno spiraglio di luce che, salvo eccezioni, consente di non impazzire nei casi più gravi: quello della speranza.

Papa Giovanni Paolo II, in una lettera apostolica del 1984, mentre affermava che il dolore accompagna l'uomo, aggiungeva: "In un certo senso, coesiste con lui nel mondo e perciò esige di essere costantemente ripreso".

Il filosofo francese Paul Ricoeur, in una sua sintesi sul male-sofferenza spiegava che "il male è già là", intendendo almeno due cose: il fatto di essere insito nell'uomo, come fenomeno negativo, e problema dal quale non ci si possa liberare che temporaneamente e/o con notevole sforzo.

Qualunque sia il tipo di sofferenza recepito non soltanto dall'uomo ma da ogni creatura, merita attenzione, rispetto, comprensione e compassione.

Nessun interrogativo ci inquieta di più della ricerca sulle motivazioni del patire.

Ognuno tenta di dare una risposta, ma non è mai soddisfacente, né esaustiva. Di fronte al dolore, quello che tocca tutte le componenti del nostro "io" e che i cappellani vedono ad ogni istante, si verificano effetti contrapposti: una parte, quella credente,

continua a sperare nell'assistenza di un'Unità superiore eterna ed infinita sulla cui decisionalità, dogmaticamente, non è ammesso discutere e quindi può solo accettare rassegnatamente. L'altra parte, meno sorretta dalla fede o addirittura atea, si allontana sempre più, anzi assume i fatti come prova della debolezza o dell'inesistenza di un Padre amoroso e giusto che, malgrado la definizione di "onnipotente", è spettatore immobile permettendo tanta negatività tra i suoi figli. Per alcuni, pochi, il dolore è la spinta verso la conversione, cioè l'idea di un Dio e di un possibile dualismo Bene-Male si concretizza in un avvicinamento verso tale Essere superiore.

I sacerdoti sono i depositari della spiritualità; a loro è demandato il non facile compito di reperire le parole adatte a ognuno. Sanno che anche nel credente, le prove più dure sembrano talvolta offuscare l'immagine divina. Illuminante, al riguardo, è la nota vicenda biblica dell'uomo giusto "Giobbe", il quale perde tutto ciò che possiede di più caro un essere umano: i figli, le figlie, i beni terreni, e infine è colpito da una grave malattia. La sua è la sofferenza di un innocente ed è quella di uno che si pone molte domande, con risposte rimaste inevase. Questo è il mistero.

L'uomo ammalato e l'ospedale costituiscono una galassia dove ogni sfumatura possiede valore.

Esprimere il senso del nostro dolore è impossibile, essendo non quantificabile. È proprio la nostra malattia o quella di chi ci sta accanto, a rivelarci o a rammentarci la fragilità, l'impotenza e la solitudine. Materialità e spiritualità si fondono in un'unica personalità, quella del malato che deve intraprendere una lotta, talvolta impari, tra le proprie risorse immunitarie e psichiche contro la patologia.

La presenza religiosa, al di là della propria confessionalità, esprime la vicinanza di una persona che per vocazione si è votata agli altri, vedendo nel malato una rappresentazione del Cristo sofferente in tutta la sua trasposizione umana; e quindi una disponibilità all'ascolto, alla protesta, allo sconcerto che, generato dal dolore, deve trovare sfogo e conforto.

La presenza religiosa non deve mai essere impositiva. Sta all'intelligenza e all'esperienza dei cappellani accostarsi ai degenti con umiltà, discrezione, discernimento, pazienza.

Il male, abbiamo detto, dà la sensazione di solitudine e questa provoca un comprensibile stato d'ansia che può far precipitare verso un sentimento ancora più pericoloso: il baratro della paura.

Forse, non è del tutto sincero chiunque affermi di non avere mai timore. Il sintomo doloroso e la paura, in qualità di spie o di allarmi, sono elementi indispensabili per la nostra incolumità e sopravvivenza. Per evitare equivoci, il coraggio è un'eccellente qualità che esiste, e si manifesta non tanto nell'assenza di paura, quanto nel modo di controllarla e di dominarla usando tecniche di vario genere, la prima delle quali è l'educazione della psiche (autocontrollo), peraltro fondamentale in tutto. Tempo, volontà, carattere individuale e ambiente sono le variabili per ottenere risultati apprezzabili.

Il cappellano ospedaliero è un asceta o un guerriero? L'uno e l'altro, malgrado questo abbinamento suoni strano parlando di un ecclesiastico. Abbiamo modelli del passato, ma in contesti profondamente dissimili, per cui i paragoni non reggerebbero al confronto.

Incontrare una persona, il cappellano, con cognizioni dei disagi del mondo ma non sviato da frivolezze e quindi più disponibile ad instaurare un dialogo, si rivela essere il protagonista incaricato di un ruolo di grande responsabilità morale: quello di saper penetrare nelle coscienze, nella parte più intima e recondita di quell'"io", dove talvolta neanche lo psichiatra o lo psicologo riescono ad avere accesso.

Questo sacerdote vive le sue giornate e anche le notti con grande impegno: al servizio del proprio ministero, cioè secondo le necessità del personale nosocomiale e soprattutto di quelle dei degenti.

È indispensabile essere dotati di una forza d'animo fuori del comune e di grande equilibrio per superare senza cedimenti la propria fragilità di essere umano. Anche la vocazione, di fronte a molte situazioni, può vacillare, in particolare quando si richiede di credere per fede o per dogmi, mentre il desiderio è quello di avere certezze oggettive, concrete, immediate.

Il nostro discorso, pur laico, pensa alla figura del cappellano ospedaliero come a una persona facente parte di "eletti". Accostarsi amorevolmente e con carità accanto ad un paziente, magari nel momento in cui pronuncia le ultime gravi parole della propria

esistenza, guardarlo negli occhi mentre si velano di lacrime, o percepire il respiro sempre più lento perché sta scomparendo l'ultimo soffio di vita, nonché consolare parenti o amici straziati dallo strappo della dipartita di un proprio caro che se ne va per sempre in un viaggio senza ritorno, è una realtà durissima e quotidiana.

Se poi si tratta di un bimbo, già martoriato dal "dolore innocente", non occorrono parole, necessita un'energia che ha del soprannaturale.

Questo sacerdote, in tale particolare aspetto, è la migliore rappresentazione del buon Samaritano, disponibile verso chiunque, perché il principio di amare il prossimo come se stessi e vedere in lui l'immagine di Dio, è il suo credo essenziale.

Il nostro Ospedale, come un universo, è pronto ad accogliere ogni creatura umana ; quindi non esiste il "diverso" e, sotto questo punto di vista, sta il pregio dell'assistenza religiosa che oggi non risponde a ideologie politiche facilmente confutabili o addirittura false.

Ogni paziente, se lo desidera, può vivere un momento quotidiano durante il quale ha l'opportunità di "sviarsi" e di reperire un valido intermediario o interlocutore tra sé e Dio (se crede), o anche tra sé e il medico.

Se ci riferiamo alla tecnica come arte (dal greco antico "*techné*"), abbiamo la compresenza di due figure:

- il medico preposto alla terapia delle patologie che affliggono il corpo e la mente ;
- il cappellano ospedaliero indirizzato a prendersi cura dei dubbi e dei mali dell'anima.

Abbiamo detto arte, e anche raffinata, quella di scandagliare e tentare di intellere l'uomo nella sua globalità; un perfetto connubio tra le famose "*res cogitans*" e "*res extensa*", elementi indispensabili dell'essere razionale.

Il pontefice, tra i messaggi espressi l'11 febbraio scorso corrispondente alla Giornata Mondiale del Malato, dice:

"Compito specifico degli operatori nel campo della Pastorale della salute è sensibilizzare quanti lavorano in questo delicato settore, perché si sentano impegnati a porsi sempre al servizio della vita".

Invece, lo scrittore Luigi Pintor nel suo libro "Servabo" scrive:

"Non c'è in un'intera vita cosa più importante da fare che chinarsi perché un altro, cingendoti il collo, possa rialzarsi".

La vita, ed è una scelta che si deve continuamente fare, è un "*chinarsi*" - il "servire evangelico"- verso chi è in crisi, chi è debole e ferito fisicamente e soprattutto nello spirito, perché costui possa cingerti il collo e, così, rimettendosi in piedi possa tornare a percorrere la strada della vita.

Bibliografia:

- Giorgio Cosmacini, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Editori Laterza, Bari 1997, pp. 399 .
- Luigi Pintor, *Servabo, memoria di fine secolo*. Bollati Boringhieri, Torino 1991, pp. 95
- Paul Ricoeur, *Il male. Una sfida alla filosofia e alla teologia*, Editrice Morcelliana, Brescia 1993, pp. 77 (titolo originale "*Le mal. Un défi à la philosophie et à la théologie*", Labor et Fides, Genève, 1986, trad.it. Ilario Bertolotti)

San Pantaleone, medico martire

FRANCESCO FIORISTA

In un precedente numero di questa stessa rivista (n. 1-2, pag. 55-58, 1999) ci occupammo dei santi medici Cosma e Damiano, protettori dei medici. Vogliamo ora ricordare un altro santo protettore dei medici, vissuto nella seconda metà del III secolo d.C., e dunque contemporaneo ai santi medici. Trattasi di san Pantaleone (Pantaleimone in greco, Pantaleo in latino), medico morto per la sua fede a Nicomedia, in Bitinia, nel 305 d.C. Egli condivise con Cosma e Damiano l'epiteto di "anargiro", ossia di medico che presta la propria opera senza richiedere alcun compenso (letteralmente il vocabolo greco significa "senza argento"). Secondo la tradizione, convertitosi al cristianesimo, guariva in modo miracoloso; distribuito il proprio patrimonio ai servi e ai poveri, per l'esercizio gratuito della professione suscitò l'invidia e l'odio dei colleghi, che lo denunciarono all'imperatore Massimiliano. Per la sua ribadita insistenza nel preferire Cristo ad Asclepio, Dio della Medicina, fu martirizzato: narra la leggenda che dalla ferita mortale infertagli uscì sangue misto a latte. Era implorato, come i santi medici, per ritrovare la salute corporea. Il suo culto era soprattutto diffuso in Oriente e nell'Africa cristiana, ma non solo. Nel Duomo di Ravello, presso Amalfi, è conservata, come reliquia, un'ampolla vitrea contenente il suo sangue mescolato ad una spuma lattescente; essa sarebbe stata portata dall'Oriente per via mare da mercanti amalfitani. Nella ricorrenza della festa (27 luglio) avviene il fenomeno della liquefazione: il contenuto dell'ampolla appare sciolto e di un colore rubino. Al fenomeno è sempre stata data un'interpretazione divinatoria, che vede nel ritardo o nella mancata effettuazione della liquefazione un pronostico infausto di qualche prossima calamità. Altre sue reliquie sono conservate a Genova, Venezia, Roma, Napoli, Brindisi e Madrid. Patrono di Crema, il suo culto



fu assai diffuso a Venezia, dove il suo nome ebbe tanta fortuna da designare la maschera tipicamente veneziana della Commedia dell'Arte.

Nella santa icona qui presentata, databile circa alla metà del XIV secolo (Monte Athos, monastero di Chilandari), egli è raffigurato come un giovane dai fini lineamenti e dall'ampia capigliatura ondulata. Regge nella mano sinistra il tipico cofanetto da medico, destinato a contenere gli unguenti medicinali. Nella mano destra ha probabilmente la spatola per raccogliere gli unguenti, o, in alternativa, un sottile ferro chirurgico. Nonostante egli sia raffigurato nella veste di chi esercita la professione e l'arte medica, dal suo volto emana tutta l'ascesi e la spiritualità della classica pittura bizantina.

Medicina e diritto: un dialogo difficile ma possibile!

GIORGIA DEPEDRI

Correva l'anno 2001, ero arrivata come al solito in anticipo sull'orario di inizio di quel Convegno dedicato al consenso informato ed alle problematiche relative ai Comitati Etici.

Me ne stavo lì, sprofondata su quella poltroncina di velluto rosso, nell'attesa che qualcuno prendesse la parola e si decidesse ad iniziare le danze.

La sala pullulava di gente in fermento. Vedevo volti noti aggirarsi qua e là, con l'aria di chi è lì per condividere il suo sapere o forse per imporre garbatamente la sua esperienza.

Riconobbi un uomo tante volte apparso in televisione, sempre uguale a se stesso, dolcevita bianco e capelli brizzolati gli davano un'aria davvero rassicurante.

Ispirava quella fiducia piena che solo chi è stato paziente ignaro ed inerme nelle mani di medici ed infermieri ha profondamente sentito.

Intanto io continuavo a stare lì, ferma, immobile ad osservare quanto avveniva intorno a me.

Uno strano dubbio cominciava a pervadermi: cosa ci faceva una semplice laureata in giurisprudenza in mezzo a tanti mostri sacri della medicina?

Ero davvero all'altezza di occupare un posto in quella sala colma di persone dalle quali traspariva l'idea di onnipotenza che sta sui volti di chi ha salvato tante vite umane?

Chi ero io, in fondo?

Un intenso rossore cominciò a pervadermi il viso e ad un tratto ebbi l'impressione che l'infermiera accanto a me (non sapevo se lo fosse davvero ma l'avevo soltanto deciso!) mi guardasse con aria interrogativa e stupita.

Stavo quasi per dirle che l'unica ragione che mi aveva portato in quel luogo era che dovevo "sostituire" la persona con cui collaboravo, un professore, nonché presidente del Comitato Etico dell'Ospedale Maggiore di Milano, che mi aveva chiesto di partecipare a quella giornata perché era "oberato di impegni".

Stavo per dirle che, certo, io non ero all'altezza di stare lì, ma che avrei cercato di assorbire più informazioni possibili sull'argomento, in modo tale che la mia relazione del giorno dopo potesse essere depositata sul tavolo del direttore della mia borsa di ricerca ed apprezzata da chi mi aveva mandato in quella missione confidando nelle mie capacità.

D'un tratto mi ricordai della mia borsa di studio...

Mi era stata assegnata a seguito di una tesi di laurea sui Comitati Etici Ospedalieri e la sperimentazione dei farmaci.

In un primo tempo, quando il correlatore me l'aveva proposta (cioè: imposta!) non ero affatto contenta, ricordo che ero tornata a casa colma di rabbia, non era certo l'argomento che avrei voluto trattare.

Cosa c'entrava la sperimentazione dei farmaci con il ruolo della donna nella mafia o la rieducazione dei minori devianti, temi che tanto mi erano cari e che pure mi erano stati bocciati dal professore della facoltà di filosofia del diritto?

Decisi di parlarne a cena con mio padre che, in qualità di tecnico di radiologia, mi avrebbe certo capita ed avrebbe concordato con me sull'inutilità di tale argomento di ricerca.

Contrariamente a quanto mi aspettavo, egli mi disse che il tema era interessante, che c'erano tanti aspetti da analizzare ed approfondire, e che quindi forse valeva la pena di sopportare il compito con maggior entusiasmo.

Fu così che mi laureai discutendo la tesi sull'argomento inizialmente tanto avversato.

Ecco perché ero lì, sprofondata su quella poltroncina rossa, non perché fossi la più qualificata esperta su temi medico-giuridici, ma perché certamente avrei potuto mettere a frutto quanto appreso durante gli studi universitari.

Le mie riflessioni vennero interrotte dal gracchiare di un microfono, che segnava anche l'inizio del convegno.

Dopo le prime battute, dedicate ai ringraziamenti a sponsor generosi, si entrò nel vivo della questione.

Era da poco stata presentata una proposta legislativa relativa ad una riforma della sperimentazione clinica dei farmaci ed i presenti scuotevano la testa, sostenendo che si trattasse di una proposta mal formulata, e soprattutto poco attuabile nella realtà concreta.

In particolare prese la parola un medico impegnato in prima linea nel campo della sperimentazione farmacologica, che fece notare come solo chi non avesse mai operato in tale settore avrebbe potuto dar vita ad una proposta tanto avulsa dalla realtà.

Vi fu un dibattito in cui, da un lato, i rappresentanti del sapere medico si soffermavano in tono piuttosto polemico sulla inutilità di ingabbiare la sperimentazione clinica entro termini e limiti troppo ristretti e, dall'altro, i rappresentanti del Ministero della Salute cercavano di spiegare come ciò costituisse elemento di tutela dei diritti dei soggetti reclutati nelle sperimentazioni.

Ne seguì un accavallarsi di interventi, quasi tutti rivolti ad un medesimo scopo: convincere i presenti che l'idea espressa fosse la più giusta, la più vera, la più meritevole di essere accolta.

Mi persi nei miei pensieri, cullata dalle voci di quanti continuavano ad affannarsi nella discussione. Pensai: ma il mondo della medicina e quello del diritto sono davvero incompatibili? Parlano davvero linguaggi così diversi? Sarà mai possibile un dialogo tra medici e giuristi?

Personalmente penso che non solo tutto ciò sia possibile, ma anche necessario. In una realtà sempre più complessa, con una scienza medica che si propone come obiettivo la cura dell'essere umano nel suo complesso, e non solo nella sua realtà corporea, con una giurisprudenza sempre più attenta alle istanze provenienti dalla medicina per una corretta risoluzione dei casi concreti, credo fermamente che si possa e si debba perseguire la strada del dialogo tra personale sanitario ed operatori del diritto.

È importante che le leggi di settore tengano conto delle reali esigenze di chi si trova a contatto con il malato, di chi cura non solo la malattia, ma anche la sofferenza.

Perché ciò avvenga è però indispensabile che cadano le barriere del pregiudizio, che si faccia strada l'idea che un medico o un infermiere possano impa-

rare qualcosa da un giurista e che questi tragga dalla scienza medica gli insegnamenti necessari per fornire strumenti legislativi concreti e non destinati a restare lettera morta.

Il mio impegno prosegue pertanto in questa direzione, convinta che il dialogo, a tutti i livelli, sia ciò che ci salverà (forse!) da un sapere settoriale ed autoreferenziale.

Dal sentimento della vergogna verso un nuovo umanesimo

GIOVANNA SEMINARA GRASSO

Una rapida sequenza d'immagini è passata sul teleschermo, s'è staccata da tante d'altro segno, mi raggiunge ovunque, sono mesi ormai: "Bevi, bimbo mio, bevi" sussurra sommessa una voce di madre "dormirai più tardi ... domani". Ed un bambino nero abbandonato tra le sue braccia apre immensi occhi senza più richiesta, senza sorriso né rimprovero, occhi immensi come specchi, dove mi pare di cogliere, in un attimo, a ritroso, pezzi scollati di innumerevoli vite, ma d'un unico, infinito dolore.

In quegli occhi – pungono dentro, nel silenzio d'un pianto continuo – precipita, quasi in sequenza circolare, la strage degli innocenti d'Africa, l'infanzia violata da povertà, fame, guerre, emigrazioni forzate, malattie d'ogni tipo fino al flagello dell'Aids, genocidi.

Ora racconta la voce di un medico gesuita, missionario in Kenya, ora quella di un direttore di Medici Senza Frontiere. Essi denunciano, ancora una volta, l'azione sinergica delle multinazionali farmaceutiche e dei paesi ricchi con i loro accordi bilaterali, che impediscono di fatto il decollo del mercato povero degli antiretrovirali. I finanziamenti occidentali, infatti, sono condizionati all'acquisto dei prodotti ancora occidentali, sia pure "scontati", mentre sarebbero proprio i farmaci-copia, realizzati in Brasile, India, Thailandia, l'unica cura economicamente sostenibile dai derelitti del mondo.

Il petrolio è la ricchezza maledetta di tanti paesi d'Africa, dal Sudan alla Nigeria al Congo all'Angola, onusta anche di diamanti, oro, uranio. Ma è la ricchezza delle ristrette élites locali, dei trafficanti di armi o preziosi, delle compagnie petrolifere – basta ricordare la Elf in Congo o la Shell in Nigeria – e di un sistema di aiuti poco trasparente. Il tutto, nella distrazione della Comunità internazionale.

Le plutodemocrazie – è noto – danno quando vogliono il pesce, non il libro, non insegnano a pescare, perché quanto più dipendente resterà l'A-

frica, tanto più potrà continuare il flusso di denaro che nasce dalla corruzione, dallo sporco affare delle armi, dalle privatizzazioni anche dell'acqua... mentre il popolo-massa manca di tutto, mangia quasi soltanto in modo virtuale con gli occhi, non può curarsi perché gli ospedali pubblici sono privi di medicine, bende disinfettanti... "Il mio bambino aveva solo il morbillo... Ho cercato, ho cercato di salvarlo". Nude, scabre parole di povera madre.

Ma è solo l'Africa l'inferno del mondo?

Crollano le torri gemelle a New York, salta il treno dei pendolari a Madrid. Deflagrano guerra e terrorismo.

Immensi occhi di sconfinato dolore sono quelli di Giada, bimba rom morta di freddo in una roulotte alla periferia di Milano, quest'inverno; sono quelli del piccolo Jacopo abbandonato alla pioggia, sull'erba, nudo e ancora umido del liquido vitale; sono quelli di Maria di Città di Castello, piccola Maria violata, torturata, uccisa. Aveva due anni.

Che cos'è la vergogna?

"Un sentimento? Un'emozione? Un pensiero? Uno stato psicofisico che coinvolge l'intera personalità?". Così s'interroga nel suo bel libro, "Le ferite dell'anima"¹, Carlo Lorenzo Cazzullo, padre della psichiatria italiana. "Raramente" – continua – "è ciò che appare: alle sue spalle nasconde un muro, nel quale è sempre presente una sorta di bipolarismo...", il bene e il male, i pro e i contro di tutti i fenomeni vitali dell'universo, la luce e il buio, il giorno e la notte, l'ansia e la depressione, la gioia e il dolore, la salute e la malattia... "E' un segnale d'allarme per l'io con la funzione di richiamarlo ad un dovere essenziale: l'integrità della persona di fronte ad una scelta imperativa per le situazioni della vita".

Certo è un valore, la vergogna, ed oggi troppo spesso temiamo d'averlo perduto... anche solo

quando incontriamo i tanti, riconosciuti corrotti, invitati e salutati tra gli altri o intervistati in televisione con il garbo una volta riservato a chi faceva semplicemente il suo dovere, testimoniando un vivere dignitoso... Così considera Ernesto Sabato²: “*Esta es la gran obscenidad! ... esta confusion ...*”.

Eppure, il pungolo sotterraneo della vergogna a tratti si risveglia ed incrina la generale indifferenza, l’insensibilità dinanzi alla compromissione dei valori più intimi della vita. Questo suo timido riaffiorare è come il sussulto d’un sentimento di dignità personale, rode verso noi stessi o per gli altri; tenta di proteggere il nostro Io ideale, di rimediare ai nostri errori, di sintonizzarci con la realtà esterna.

Dalla vergogna per la mancata protesta verso l’ingiustizia, o l’orrore, può nascere la poesia, estremo tentativo di raggiungere attraverso l’intuizione il motivo vero, il senso di tanta incomprensibile sofferenza o, addirittura, ancora con le parole dello scrittore argentino, di questo terremoto che minaccia non solo il sistema capitalistico, ma la condizione umana.

Oggi, i gravi problemi dell’ecosistema e dell’economia mondiale, la sovrappopolazione, la disoccupazione e, d’altra parte, le aspettative esagerate legate all’idolatria per la tecnica ci portano ad una drammatica preoccupazione per l’aspetto economico della vita, rischiando ogni momento di trasformarci in semplici ingranaggi della macchina di produzione e di consumo, massificandoci sempre più in una società risucchiata dalla globalizzazione e allontanata dal nucleo delle cose.

Siamo in cammino, tutti. Ma non a passo sia pure sostenuto. Siamo come trasportati da un treno lanciato a folle velocità. Così, ci spostiamo da automi, non liberi, non responsabili, intimoriti, incapaci di riconoscere gli altri, di parlare agli altri, mentre le cifre e i sondaggi sostituiscono le parole e il messaggio pubblicitario scalza la comunicazione. Abbiamo perduto il dialogo, la serenità e quella certa lentezza che è inseparabile dalla nostra vita come il succedersi delle stagioni.

Noi, uomini della postmodernità, incatenati oltre che a questo panico di fondo al sentimento della solitudine vestito dei panni dell’efficienza, ai

miraggi promessi dal progresso scientifico, alla necessità di partecipare a questo capitalismo selvaggio che certo, per qualche verso, consente ad una fetta di umanità di crescere i figli e provvedere ai vecchi, non ci apriamo facilmente all’esperienza dell’amore e della solidarietà.

Ma, paradossalmente, troveremo la salvezza solo se ognuno di noi saprà mettere a rischio la sua vita per l’altro, per il suo prossimo, per il suo vicino, solo se riscoprirà come la libertà è strettamente legata al senso della responsabilità e come essa, poi, è l’unico potere in grado di vincere la paura.

“Anch’io ho rischiato la morte, negli anni – dice l’aedo di Buenos Aires. Non senza timore. Ma non ho potuto retrocedere per i miei compagni, per la povere gente con la quale mi ero scommesso”.

La storia – si dice – è il più grande connubio di aberrazioni, guerre, persecuzioni, torture, ingiustizie. Però, a volte, per questo stesso, milioni di uomini e di donne si sono sacrificati per prendersi cura dei più sventurati e con l’unico soccorso della tenacia e del coraggio hanno lottato e vinto sanguinose dittature.

Essi incarnano la resistenza. Come loro dobbiamo resistere ed interrogarci sul significato da dare a questi termini, *resistere, resistenza, ...*”

“Quando la vita era meno dura – continua il grande vecchio argentino – avrei detto che equivalevano ad un atto eroico, come sarebbe, magari quello di non salire su questo treno che ci trascina nella *vertigo*. Ma oggi intuisco che altro è il senso da dare a questi termini, un po’ meno formidabile, più piccolo, come la fede in un miracolo...”.

Del resto, l’essere umano sa trovare nella stessa crisi la forza sufficiente a superarla e sa trasformare gli ostacoli in nuovi cammini, perché alla vita basta lo spazio di una crepa per rinascere.

Il minimalismo della vecchiaia non ci permette di disperdere la grazia dei piccoli momenti di libertà che tutti possiamo godere: una tavola ed un pane condivisi, una passeggiata tra gli alberi, la gratitudine di un abbraccio ed uno sguardo agli altri che sia colmo della gioia d’appartenere ad un’unica, grande opera che ci include tutti.

In questo terremoto che minaccia la condizione umana il tentativo di ricreare l’uomo ed il suo mondo diventa non una scelta tra altre, ma “un

gesto tanto indifferibile come la nascita della creatura quando è giunta la sua ora”.

Ci sono, infatti, nella vita di ciascuno di noi ed in quella di un popolo momenti decisivi che ripudiano l'indifferenza, o la rassegnazione indegna e codarda, e reclamano l'accettazione della verità, della storia, di uno e di tutti, coi suoi limiti naturali, come la vecchiaia e la morte; e reclamano, anche un atto di libertà responsabile.

In quell'atto ognuno riconoscerà il luogo dove è chiamato a opporre resistenza. Lì si schiuderanno orizzonti insperati e la paura darà posto alla speranza d'un altro futuro.

Per creare un altro modo di vivere. Un altro umanesimo.

Asterisco

Schiacciati e infranti

Rabbí Moshe di Kosnitz diceva: “Sta scritto nel libro dell'Esodo: Olio d'oliva, puro, di frantoio, per far luce (27, 20). Bisogna essere schiacciati e infranti, ma non per giacere per terra, bensì per far luce!”.

Ecco una piccola perla della tradizione dei Chassidim, gli ebrei mitteleuropei noti per la loro spiritualità gioiosa, i cui testi – sorti a partire dal Settecento – sono stati raccolti dal filosofo ebreo Martin Buber (1878-1965). La riflessione prende spunto da una norma liturgica del libro dell'Esodo, destinata a fissare la qualità dell'olio della lampada del candelabro da tener acceso davanti al velo che celava l'arca dell'alleanza nel santuario di Israele. Per avere olio puro è necessario che le olive vengano stritolate e spremute nel frantoio. Rabbí Moshe conclude: così deve avvenire anche per il giusto. Egli è sottoposto ad aspre prove nella vita, è spesso isolato ed emarginato, schiacciato sotto il peso delle sofferenze e della povertà. Ma è proprio attraverso questa “triturazione” interiore che brilla la purezza, la forza, l'intensità della sua testimonianza di luce. Certo, quando si è “schiacciati e infranti”, si può correre il rischio di “giacere per terra”, nello scoraggiamento e persino nella disperazione. Ma il fedele si aggrappa alla fiducia e sa che il suo dolore – come ha insegnato Cristo – può essere fecondo e illuminante, proprio secondo la legge della maternità e delle sue doglie (Giovanni 16, 21). Kafka, un altro ebreo mitteleuropeo, giungeva al punto di scrivere: “La sofferenza è l'elemento positivo di questo mondo; è anzi l'unico legame tra questo mondo e il positivo”.

Bibliografia:

1 - Carlo Lorenzo Cazzullo, Cesare Peccarisi: *Le ferite dell'anima*, Frassinelli, Milano 2003

2 - Ernesto Sabato: *La resistenza*, Seix Barral, Barcellona 2000

GIANFRANCO RAVASI
(da *Avvenire* del 21/5/2004)

L'Ospedale del Brolo

VINCENZO BEVACQUA

Prima dell'Ospedale Maggiore, a Milano c'era l'Ospedale del Brolo che, secondo Bonvesin de la Riva (1230 circa-1315), già ai suoi tempi era il più importante fra i numerosi ospedali della città e del suburbio⁽¹⁾.

L'Ospedale di San Barnaba in brolo era stato fondato nel 1145 da Goffredo da Bussero, parente di quell'altro omonimo che, un secolo dopo, all'inizio del suo *Liber Notitiae Sanctorum Mediolani* avrebbe scritto⁽²⁾:

Et orent ut meum nomen in celis scribatur cum illo qui incepit hospitale di Brolio

e ancora

Canonica in brolio, apud hospitale Guifredi.

Nel 1150, all'Ospedale di San Barnaba in brolo Goffredo da Bussero aggiungeva l'ospedale di Santo Stefano alla ruota e insieme, nel 1158, i due ospedali ne avrebbero formato uno solo chiamato Ospedale del Brolo.

Situato nei paraggi dell'odierna chiesa di Santo Stefano e perciò fuori dalle mura romane, ma dentro la cerchia dei Navigli⁽³⁾, l'ospedale unificato ospitava pellegrini, viandanti e derelitti di ogni sorta: vecchi e meno vecchi, affamati malandati o malati (*pauperes o egrotantes*), bambini e lattanti (*infantes e pupilli*)⁽⁴⁾.

Come riferito a Bonvesin de la Riva dagli amministratori dell'ospedale, alla fine del Duecento il Brolo accoglieva *più di cinquecento malati poveri a letto e un numero ancora maggiore di non obbligati a letto*. Tutti erano mantenuti a spese dell'ospedale, il quale provvede[va] inoltre a *più di trecento cinquanta bambini affidati fin dalla nascita ad altrettante nutrici*⁽⁵⁾. Tra i ricoverati – riferiva ancora Bonvesin – quelli *malati trova[va]no un letto, vitto in abbondanza e benevole assistenza*. Per chi aveva bisogno di cure chirurgiche, *il Comune stipendia[va] tre chirurghi, che si dedica[va]no con premura a tali malati*. Salvo lebbrosi

e appestati che venivano avviati agli appositi ospedali, nessun povero o sofferente era respinto.

All'assistenza diretta di tutti i ricoverati provvedevano *fratres e sorores* civili o religiosi, comunque dipendenti dall'autorità religiosa cittadina. Alcuni *fratres*, detti anche *conversi*, andavano per strada in cerca di derelitti per condurli in ospedale e qui confortarli secondo necessità⁽⁶⁾. Nel 1168, per statuto *fratres e sorores* erano venti; nel 1191, sempre per statuto, erano cinquanta. In ogni caso, per due terzi dovevano essere maschi e per un terzo femmine. Nel 1194, a turno quattro conversi dovevano dedicarsi *ad servitium pauperum* durante la notte. Diurna o notturna la loro assistenza doveva essere comunque assidua e rispettosa verso il ricoverato, obbediente verso il *ministro o maestro* loro superiore e da loro stessi eletto con l'approvazione dell'arcivescovo⁽⁷⁾.

All'amministrazione dell'ospedale invece, provvedevano i *decani*. Al fine di essere affidabili e ben accettati da assistiti assistenti religiosi e cittadinanza, i decani erano dai milanesi nominati in numero di ventiquattro che, a turno di quattro, prestavano servizio attivo. A loro spettava la gestione delle entrate e delle uscite. Le entrate erano rappresentate da donazioni e oblazioni. Le uscite erano rappresentate dal mantenimento della struttura ospitaliera con relativo personale amministrativo assistenziale e assistito⁽⁸⁾. In caso di necessità e su indicazione dei *fratres*, i *decani* potevano chiedere la consulenza di chirurghi o di medici *qui fixici vulgo dicantur*⁽⁹⁾.

Al finanziamento di tutto e di tutti, infine, provvedeva la beneficenza che già d'allora per i milanesi era punto d'onore congenito e irrefrenabile. Milanese esemplare, sotto questo aspetto, quel *balosso* di Bernabò Visconti che nonostante le sue marachelle, il 22 marzo 1359 concedeva agli ospedali milanesi del Brolo e di Santa Caterina alcuni

terreni di Lodi e Cremona e le tenute di Bertonico Ceradello Vinzasca e San Martino con diversi privilegi come la riscossione delle decime, la giurisdizione feudale, il diritto sulle acque per lo sviluppo agricolo e per la pesca. Donazioni di questo tipo volevano dire quattrini e prodotti in natura: dai cereali alla frutta e verdura; dai polli ai suini e bovini, dal latte al vino; dalla paglia alla legna. In cambio, l'ospedale doveva ogni anno: provvedere alla dote di fanciulle povere in età di matrimonio; distribuire pane ai mendicanti della strada e assistere i carcerati. Quello che restava doveva essere speso per i ricoverati in ospedale. In caso di mancata esecuzione delle volontà di Bernabò, immobili con privilegi e relativo reddito sarebbero passati alla istituzione elemosiniera delle *Quattro Marie* ⁽¹⁰⁾.

La stessa organizzazione esistente nell'Ospedale del Brolo esisteva in tono minore anche nell'altra decina di ospedali milanesi, distribuiti nella città con criterio razionale sia per ubicazione (per esempio: un ospedale per ognuna delle sei porte cittadine) sia per nosologia (per esempio: l'ospedale di San Lazzaro, fuori Porta Romana, sulla strada di ritorno dei pellegrini e crociati eventualmente colpiti da peste o lebbra) ⁽¹¹⁾.

Con il passar del tempo e con l'aumentare della beneficenza, nonostante ripetuti interventi dell'autorità religiosa, la grazia di Dio che passava in mano amministrativa suscitava cupidigia nel personale assistenziale tanto da provocare tre fenomeni sotto gli occhi di tutti: la lotta a sangue per la conquista del potere amministrativo degli ospedali; la trattenuta dei beni amministrati nelle tasche di chi li amministrava; il rapido degrado degli ospedali e l'incuria, se non disaffezione, per i loro ospiti ⁽¹²⁾.

Di questa situazione si faceva interprete l'autorità civile che, nella persona del duca Filippo Maria Visconti, chiedeva a papa Eugenio IV di intervenire direttamente per risanare la fallimentare e corrotta gestione degli ospedali milanesi. Alla esplicita richiesta, il pontefice rispondeva nominando nel 1445 una commissione presieduta dall'allora arcivescovo di Milano Enrico Rampini che, dopo tre anni, avrebbe riformato da cima a fondo il sistema ospitaliero della città imponendovi un assetto così efficiente che, con poche modifiche, avrebbe retto per oltre tre secoli ⁽¹³⁾.

La riforma Rampini (9 marzo 1448) si basava sui seguenti punti ⁽¹⁴⁾:

1. Tutte le amministrazioni ospitaliere della città dovevano confluire in un'unica amministrazione con sede nell'Ospedale del Brolo *maius in hedificatiis et honorabilius quam sint alia hospitalia*.

2. L'insieme (*consiglio o capitolo*) degli amministratori (*decani o deputati*) doveva essere rappresentato da 24 cittadini (*notabiles viri*) con almeno trent'anni di età, scelti dall'arcivescovo fra 48 milanesi (8 per ogni porta della città) segnalati dall'Ufficio di Provvisione e dalle Pie Opere Elemosiniere ⁽¹⁵⁾. Ogni anno il capitolo doveva essere rinnovato.

3. I 24 amministratori, d'accordo con il *ministro* di ogni ospedale, dovevano:

a. Finanziare gli ospedali a vantaggio soprattutto degli assistiti.

b. Nominare in ogni ospedale un *massaro o cellario* di fiducia, responsabile della locale gestione economico-finanziaria.

c. Abolire, limitare o controllare rigorosamente il vecchio personale amministrativo.

d. Visitare spesso e accuratamente tutti gli ospedali satelliti.

e. Chiudere o accorpate ad altre istituzioni gli ospedali con reddito insufficiente a mantenersi da soli.

f. Ove necessario, costruire corsie larghe e lunghe con altare *in capite* per celebrarvi le necessarie funzioni religiose e con testiere dei letti accostate alle pareti più lunghe della corsia.

g. Ogni sei mesi, presentare all'arcivescovo il bilancio consuntivo.

Con decreto aggiuntivo del 27 aprile, la riforma Rampini assegnava annualmente 810 ducati d'oro da distribuire a tutto il personale addetto all'assistenza ospitaliera.

La riforma Rampini, confermata il 5 luglio 1448 da bolla papale di Nicolò V, veniva poi accettata sia dalla Repubblica Ambrosiana sia, con qualche aggiunta dell'arcivescovo Giovanni Visconti (1453), da Francesco Sforza IV duca di Milano dal 1450.

La riforma Rampini, in conclusione, non solo ripuliva e riordinava l'amministrazione degli ospedali milanesi, ma promuoveva nel frattempo anche l'Ospedale del Brolo elevandolo a centro di soccorso e assistenza per i poveri, bisognosi di cure

Bernabò Visconti (sec. XIV), donatore di territori feudali della Bassa lombarda agli Ospedali milanesi del Brolo e di Santa Caterina, territori che nel 1456 passarono in proprietà all'Ospedale Maggiore di Milano.
Qui il ritratto del Visconti nella rievocazione di Agostino Caironi (1880), per la Quadreria dei Benefattori.



alimenti e alloggio. Tuttavia la centralità del Brolo sarebbe durata solamente otto anni perché nel 1456, con la fondazione del nuovo ospedale sforzesco, qui la centralità si sarebbe trasferita e qui sarebbe rimasta fino a quasi tutto il Novecento.

La fondazione dell'ospedale sforzesco sarebbe anche coincisa con un'importante evoluzione ospitaliera⁽¹⁶⁾ consistente: nella sostituzione definitiva dell'assistenza religiosa con l'assistenza laica caratterizzata da maggior interesse per la malattia del ricoverato e per il recupero della sua salute; nel miglioramento della classificazione nosologica con distinzione fra malattie acute croniche contagiose senili mentali ecc.; nella presenza costante in ospedale di medici sia in accettazione sia in corsia. In accettazione per smistare i malati secondo il tipo di malattia; in corsia per curare e non per sorvegliare servire e confortare i malati.

Anche se ridotto a ospedale satellite, alla fine del Quattrocento il Brolo manteneva il suo rango e assumeva la qualifica di ospedale specializzato per la *egritudine delle brossole*⁽¹⁷⁾, manifestazione cutanea della lue, malattia venerea e contagiosa ancora sconosciuta quanto a causa, ma ormai diffusa nel nuovo e vecchio mondo.

In milanese "*brossola*" significava *piccolo enfiatello cagionato da umori acri*. "*Fa d'ona brossola on bugnon*" voleva dire *far di una bolla acquaajuola un canchero o un fistolo*, ossia esagerare⁽¹⁸⁾. Purtroppo senza esagerare, le brossole curate al Brolo erano più *cancheri o bugnoni* che *bolle acquaajuole*.

Nei primi anni del Cinquecento i malati di brossole erano avviati all'*hospital de Brolio como in loco più capace et quale, per essere dentro la città, con più comoditate frequentato da li medici soi*. I medici soi eran doi... *uno phisico quale ultra l'ordine, con agionta de stipendio... et l'altro chirurgo*. Per essere *più capace ad questi brossolosi*, l'ospedale riduceva *lo numero de li infirmi di altra sorte*, cioè malati con croniche ulcerazioni o piaghe, malati debilitati per vecchiaia, malati fratturati lussati anchilosati ecc.⁽¹⁹⁾. Oltre a questi, nell'Ospedal del Brolo finivano ancora i trovatelli che nel 1508 erano più di mille⁽²⁰⁾.

Come forse altri ospedali, il Brolo disponeva di *dormitori in comune et infermerie separate; etiam*

loci idonei per qualche persona melio qualificata per alzarla fora de turba, con qualche specie de honore⁽²¹⁾. Naturalmente, date le infermerie separate, i degenti maschi erano rigorosamente separati dalle degenti femmine.

Nelle infermerie, giornalmente si svolgeva la visita medica di durata *quanto la gravità delli casi richiedesse*⁽²²⁾. Dopo la visita i medici prescrivevano *remedi de omne medicinale qualitate come all'infermi nel hospitale grande*. Questo per sottolineare che anche al Brolo i malati avevano grande disponibilità di rimedi, anche se diversi da quelli in uso all'Ospedale Maggiore. Nel caso delle *brossole* infatti, rimedio principe era il decotto di legno santo (legno di guaiaco) associato a unzioni mercuriali.

Oltre ai medici, fra il personale del Brolo si contavano infermieri inservienti *canepari e cocinere*. Le cocinere provvedevano al vitto quotidiano, ma se occorreva qualche cosa *fora de l'ordinario*, questo era pagato *a dinari cunctanti dal fattore* (o economo) che poi, *a omne capo del mese, presentava in scripto la spesa extraordinaria facta al mese precedente ad uno de li deputati dell'Ospedal Maggiore* per essere *approbata sottoscripta* e rimborsata. Il pane invece, veniva fornito ogni giorno dal grande ospedale provvisto com'era di cereali e di un mulino con forno per la panificazione.

Nell'Ospedale del Brolo, infine c'era un religioso sempre *pronto ad amministrare li sacramenti* sia dei vivi sia dei morti⁽²³⁾. I morti venivano inumati in un proprio cimitero dietro la chiesa di Santo Stefano, regalato da tale Algisio fin dal 1184⁽²⁴⁾.

Con la regressione della peste di San Carlo (1576-1577), l'Ospedale del Brolo si illuminava per la presenza di Ludovico Settala.

Ludovico Settala (1550/52-1633)⁽²⁵⁾ era nato a Milano e da ragazzino era stato uno dei primi allievi delle scuole di Brera tenute dai Gesuiti. Aveva poi continuato gli studi a Pavia laureandosi in medicina nel 1572 e collegiandosi tra i fisici milanesi nel 1573. A quei tempi lo studio della medicina comprendeva corsi di filosofia dialettica e morale in modo che alla fine degli studi il medico usciva dall'università con una preparazione non solo specifica, ma anche umanistica.

Due anni dopo la laurea (1575), l'università pave-

se offriva al Settala una cattedra straordinaria di pratica medica. Lui però rinunciava, forse chiamato a Milano dietro suggerimento di San Carlo che temeva la peste scoppiata a Venezia⁽²⁶⁾. Quando poi la peste nel 1576 raggiungeva Milano, il Settala si sarebbe prodigato nella sua zona di Porta Orientale distinguendosi tra i fisici milanesi *deputati alle visite et ai giuditij de gli infermi, et morti*⁽²⁷⁾. Curiosamente il Settala, pur convinto della diffusione della peste per *pura contagione sia per non guardarsi le persone dal trattare con infetti sia per non avere la debita cura e circospezione di sé*⁽²⁸⁾, non condivideva, come altri famosi colleghi⁽²⁹⁾, l'applicazione della quarantena ad appestati e a sospetti contagiati.

Regredita la pestilenza, l'Ospedale Maggiore assumeva il Settala e lo destinava al Brolo per lo studio e cura delle *brossole*. A questo scopo il Settala avrebbe promosso una *congregazione* di fisici e chirurghi per far il punto della malattia e della sua terapia. La *congregazione* aveva luogo il 16 marzo 1578⁽³⁰⁾ e si concludeva con la stesura di un documento contenente l'elenco delle diverse manifestazioni luetiche, la loro terapia e la relativa dieta. L'elenco delle manifestazioni luetiche andava dalle *brossole* alla *pellarella* (calvizie circoscritta come una tonsura), dalle croste alle *gomme* e alle *piaghe*. La terapia era sempre rappresentata dal legno santo e dal mercurio; ma poiché con l'insistere era risultata dispendiosa e pericolosa, la stessa terapia doveva essere indicata solo dai medici, per iscritto *e con lo intervento de uno dei Signori Deputati*⁽³¹⁾. In ogni caso la terapia doveva essere preceduta da una novena di purganti *siroppi* *succhiasangue* e seguita da dieta appropriata. Ecco per esempio la dieta *per quelli che si mettono nelle stufte per l'ontione o profumo: minestra (panarella, pangrattato, farro o vivarolo), carne di vitello, o vero ovi*. Il pasto andava servito *quattro hore dopo l'ontione*. Facilmente però, i malati tendevano ad *abhorrire il cibo e bramar il vino*. E allora vino a piacere per *nettar loro la bocca*⁽³²⁾.

Non si sa per quanti anni il Settala abbia esercitato la professione nell'Ospedale del Brolo, né si parla di medici in un *compendio* pubblicato dall'Ospedale Maggiore nel 1604-1605. Dal *compendio* tuttavia, si ha notizia che al Brolo lavoravano quasi

quaranta dipendenti fra ministro priora (ministro della corsia femminile) barbieri infermieri servienti curato e chierico. Quanto ai ricoverati, 102 erano maschi e 112 femmine così classificati: febbricitanti feriti rognosi lazarosi *con quei del mal francese (quei delle brossole, pellarelle ecc.)*. Personale non medico di assistenza e malati, pertanto, nella prima decade del Seicento raggiungevano il *sommario di 252 bocche*⁽³³⁾.

Se non si conoscono gli anni di professione medica esercitata nel Brolo, del Settala si conosce però l'enciclopedica attività extraospedaliera. Il 10 giugno 1594, per esempio, nell'abitazione del marchese Muzio Colonna si inaugurava l'*Accademia degli Inquieti* da lui fondata e presieduta. Fra i soci dell'accademia che aveva orientamento prevalentemente scientifico, c'era anche Ludovico Settala che, in una delle successive riunioni, avrebbe presentato una Pixis (scatola) *nautica*⁽³⁴⁾. Chiamato per la sua fama dalle università di Pisa Bologna e Padova con proposte economicamente principesche, il Settala preferiva restare a Milano dove nel 1605 gli veniva affidata la *lettura* di etica e politica nelle locali Scuole Canobiane gestite dall'Ospedale Maggiore⁽³⁵⁾.

Certamente connesse all'insegnamento presso queste scuole sono le sue pubblicazioni d'ordine morale e politico⁽³⁶⁾ e certamente connesse all'esperienza medica maturata durante la peste di San Carlo e il successivo servizio nell'Ospedale del Brolo sono le pubblicazioni d'ordine medico-scientifico⁽³⁷⁾. Tanto le prime come le seconde sono opere di grande dottrina che del loro autore manifestano cultura profonda e versatilità estesa.

Ma oltre all'attività svolta in strutture pubbliche, il Settala svolgeva anche attività privata come nel *caso Caterina Medici*, avvenuto nel Seicento, qualche anno prima della peste manzoniana, ma per la sua risonanza ricordato nel Settecento da Pietro Verri e ancora nell'Ottocento da Alessandro Manzoni.

Caterina Medici, nata a Brono (Pavia) da Giovanni maestro di scuola, era una servetta che a Milano prestava servizio in casa del capitano Vacallo. Per lei il capitano si era preso una solenne imbarcata da non stare più nella pelle. Sperando liberarsene, un giorno confessava tutto al curato di San Giovanni in Laterano che nella passione del penitente

ravvisava un caso di *fattucchieria*. Riferita all'autorità competente, la faccenda si concludeva con la condanna alla reclusione nel *Rifugio del pericolante* per Caterina Medici; alla sofferenza di *tutti i parossismi dei desideri insoddisfatti* per il capitano Vacallo^{(38) (39) (40)}.

Vent'anni dopo (1616), il capitano andava a trovare il senatore Luigi Melzi, vecchio amico sessantacinquenne, afflitto da un male misterioso che lo consumava. E qui si imbatteva ancora nella Caterina stavolta a servizio del senatore. Naturalmente la prima ipotesi del Vacallo che causa della malattia dell'amico fosse ancora la stregoneria della servetta, era abbastanza logica; ma ad affermarlo *in scientia et conscientia* ci si metteva anche l'autorevole Ludovico Settala. Chiamato infatti a consulto con il dottor Giacomo Antonio Clerici, dopo aver visitato il malato, il Settala sentenziava trattarsi di *malefici ad mortem come [si] sogliono fare e promettere in grazia del desiderio del demonio. Ed è quanto posso dire* – proseguiva l'ulteriore deposizione giudiziaria del Settala – *colto dall'esperienza e pratica che ho avuto in simili casi, e per quello che ho letto ne' gravi scrittori che di questa materia trattano.*

Da regolare tribunale riconosciuta *strega pratica et professa* ossia *dottorata in simil arte*, il 4 marzo 1617 l'innocente Caterina Medici moriva sul patibolo in piazza della Vetra. Quanto al senatore e al capitano, il primo, probabilmente sofferente di ulcera peptica, moriva settantacinquenne dodici anni più tardi (1629); del secondo, da sano o imbarcato, non si sentiva più parlare.

Dieci anni dopo la diagnosi di *maleficio ad mortem*, per tutti i suoi meriti medico-scientifici Ludovico Settala era nominato profisico (1627).

Quando nel novembre del 1629 a Milano già serpeggiava la pestilenza, giungeva notizia della nascita di un erede al trono di Spagna, la cui dinastia da ormai quasi cent'anni dominava anche il ducato di Milano. Dicono che per l'evento la città impazzisse, dal 17 novembre al 10 dicembre, con *Te Deum* messe processioni caroselli luminarie danze fuochi pirotecnici e altri rischiosi assembramenti. L'unico ad astenersi dalla baldoria sembra sia stato il Settala che volendosi accertare del sospetto che in Lombardia circolasse la peste,

intraprendeva un viaggio cognitivo. Purtroppo la ricerca aveva esito positivo: solo a Lodi infatti, rilevava undici casi mortali di sicura peste. Naturalmente, tornato a casa il Settala informava (anche se indirettamente) le autorità competenti invitandole a *stare con gli occhi aperti* pronte ad adottare i relativi provvedimenti attuati per la precedente pestilenza. È probabile che da questo atteggiamento realista dipendesse la fama di guastafeste e menagramo affibbiata al Settala dalla maggioranza dei concittadini.

Fama del resto affibbiata anche al collega Alessandro Tadino perché quando in compagnia del profisico e figlio (anche lui medico) gli capitava di passare *per i carobij*, veniva accolto, se non a salsate, *con male et dishoneste parole*⁽⁴¹⁾.

Su questo argomento, nel capitolo XXI dei *Promessi Sposi*, ritorna anche Alessandro Manzoni: *Il terrore della contumacia e del lazzeretto aguzzava tutti gli ingegni: non si denunziavan gli ammalati; si corrompevano i becchini e i loro soprintendenti; da subalterni del tribunale stesso, deputati a visitar i cadaveri, s'ebbero falsi attestati* perché formulare diagnosi di peste equivaleva sequestrare ed espropriare l'apestato vivo o morto. L'odio principale cadeva su due medici: Alessandro Tadino e Senatore Settala figlio del profisico Ludovico. Tuttavia anche quest'ultimo, *allora poco meno che ottuagenario... un giorno che andava in bussola a visitare i suoi malati*, veniva circondato da gente minacciosa che lo accusava di *essere il capo di coloro che volevano per forza che ci fosse la peste... tutto per dar da fare ai medici*. Quella volta, *la folla e il furore andavano crescendo* tanto che *i portantini, vedendo la mala parata, ricoverarono il padrone in casa di amici*. Ed ecco il commento del Manzoni: *Questo toccò a Ludovico Settala per aver veduto chiaro, detto ciò che era, e voluto salvar dalla peste molte migliaia di persone*. Quando invece, *con un suo deplorabile consulto cooperò a far torturare, tanagliare e bruciare come strega una povera infelice sventurata perché il padrone pativa dolori strani di stomaco*, allora il Settala *riscoteva nuova lode di sapiente e nuovo titolo di benemerito*.

Si dice che di questa seconda pestilenza il Settala rimanesse vittima insieme alla moglie, due figli e sette persone di servizio⁽⁴²⁾. Vero è che moriva

poco tempo dopo (1633) emiparetico e disartrico. Regredita la pestilenza e due anni prima che Ludovico Settala morisse, il 12 dicembre 1631 l’Ospedale Maggiore deliberava il disarmo dell’Ospedale del Brolo (*stante le sue miserrime condizioni finanziarie*) assorbendone, quattro mesi più tardi, i degenti. Brossolosi compresi. Nel 1634 il Brolo veniva riaperto provvisoriamente, ma ormai il suo destino era segnato. Il 9 agosto del 1683 infatti, il *fabbricato ad uso dell’ospedale del Broglio* era venduto a favore del conte Rovida⁽⁴³⁾.

Nel frattempo l’Ospedale Maggiore era stato costruito per due terzi del progetto originale. Oltre alla prima parte cominciata dal Filarete, infatti, nel Seicento era stata costruita la seconda parte del Richini, consistente nel solenne cortilone porticato sui quattro lati, con chiesa dell’Annunciata sul fondo. Mancava la terza parte finale per la quale si sarebbe dovuto aspettare fino all’Ottocento.

A questo punto ci si può domandare perché Francesco Sforza conquistando Milano che disponeva di un sistema sanitario efficiente sotto ogni punto di vista, abbia fondato l’Ospedale Maggiore tra l’altro a pochi passi dall’Ospedale del Brolo.

Alla prima parte della domanda risponde lo storico Giorgio Cosmacini⁽⁴⁴⁾: *Gradito alla nobiltà..., ingraziatosi il ceto produttivo con accorta politica d’incentivazione, il nuovo duca aveva bisogno di legittimazione per cui si rendeva necessario ampliare il consenso e ottenere il favore del popolo. A ciò... recò giovamento... la decisione di dare il via alla edificazione di un grande ospedale “per i poveri di Cristo” che facesse da contraltare al nuovo castello sforzesco, simbolo del potere autoritario, in fase di costruzione.*

Quanto alla vicinanza con l’Ospedale del Brolo, contava un elemento decisivo: il terreno sul quale sarebbe sorto il nuovo ospedale costava niente. Apparteneva infatti a Bianca Maria, per questo motivo doverosamente citata nella lapide murata sull’antico ingresso dell’Ospedale Maggiore:

FRANCISCUS SFORTIA DUX IIII O.M.P.P.
ET EIUS UXOR BIANCA MARIA VICECOMES
QUI SITUM AEDESQUE DEDERUNT
UNA CUM MEDIOLANENSI POPULO
HOC HOSPITALE POSUERE



Atto originale (6 gennaio 1366) della donazione di Bernabò Visconti agli Ospedali del Brolo e di Santa Caterina. Dagli archivi risulta che l’atto era stato redatto nel Convento degli Umiliati a Mirasole, oggi proprietà dell’Ospedale Maggiore di Milano.

Bibliografia:

- 1 - Bonvesin de la Riva: *Le grandezze di Milano*. Testo latino con versione italiana a cura di A. Paredi. Pizzi ed., Milano 1967, capitolo III, § VI, pag. 52
- 2 - Bardi G. L.: *Milano verso l’egemonia* in *Storia di Milano*. Fondaz. Treccani degli Alfieri, vol. III, pag. 381.
- 3 - Cosmacini G.: *La Cà Granda dei Milanesi*. Laterza Ed., Roma-Bari 1999, pag 20 e seg.
- 4 - Pecchiai P.: *L’Ospedale Maggiore di Milano nella Storia e nell’Arte*. Arti Grafiche Pizzi e Pizio, Milano 1927, pag. 27 e seg.
 - Cosmacini G.: *op. cit.*
- 5 - Bonvesin de la Riva: *op. cit.*
- 6 - Pecchiai P.: *op. cit.*
 - Bascapé G. C.: *L’assistenza e la beneficenza a Milano dall’alto Medioevo alla dinastia sforzesca* in *Storia di Milano*. Fondaz. Treccani degli Alfieri, vol. VIII, pag. 391 e seg.
- 7 - Cosmacini G.: *op. cit.*
 - Bascapé G. C.: *op. cit.*, pag 97.
- 8 - Pecchiai P.: *op. cit.*
 - Bascapé G. C.: *op. cit.*
 - Cosmacini G.: *op. cit.*
- 9 - Bonvesin de la Riva: *op. cit.*
- 10 - Bascapé G. C.: *op. cit.*
- 11 - Cosmacini G.: *op. cit.*, figura a pag 25.
- 12 - Pecchiai P.: *op. cit.*
- 13 - Bascapé G. C.: *op. cit.*, pag 402 e seg.
 - Cosmacini G.: *op. cit.*
- 14 - Bascapé G. C.: *op. cit.*,
 - Cosmacini G.: *op. cit.*
- 15 - Santoro C.: *Organizzazione del Ducato* in *Storia di Milano*. Fondaz. Treccani degli Alfieri, vol. VII, pag. 532 e seg.
 - Cosmacini G.: *op. cit.*
- 16 - Cosmacini G.: *op. cit.*, pag. 65

- 17 - Gilino G. G.: *La relazione ai deputati dell'Ospedale Grande di Milano*. Ristampa dell'edizione in volgare del 4 novembre 1508. Tipografia Cordani S. A., Milano MCMXXVII, Capit. XXI.
- 18 - Cherubini F.: *Vocabolario Milanese-Italiano*. Milano 1839.
- 19 - Gilino G. G.: *op. cit.*
- Belloni L.: *La medicina a Milano fino al Seicento in Storia di Milano*. Fondaz. Treccani degli Alfieri, vol. XI, pag. 624 e seg.
- 20 - Gilino G. G.: *op. cit.*, capit. XXXIII.
- 21 - Gilino G. G.: *op. cit.*
- 22 - *Visita medica è la pratica fondamentale del rapporto medico-paziente, una pratica svolta fra sintomi e storie: fra le storie del passato e del futuro e la sintomatologia del presente; una pratica svolta ai fini di restauro e guarigione* (Cosmacini G.: *op. cit.*, pag. 83-84). Da notare che ancora oggi la visita medica si svolge con le stesse modalità e per gli stessi fini.
- 23 - Gilino G. G.: *op. cit.*
- 24 - Bascapè G. C.: *op. cit.*
- 25 - Bendiscioli M.: *Politica, amministrazione e religione nell'età dei Borromei. Vita sociale e cultura in Storia di Milano*. Fondaz. Treccani degli Alfieri, vol. X, pag. 456-80
- Belloni L.: *op. cit.*
- Giannessi F.: *Letteratura dialettale e cultura in Storia di Milano*. Fondaz. Treccani degli Alfieri, vol. XI, pag. 427
- Spinelli S.: *La Cà Granda 1456-1956*. A cura degli Istituti Ospitalieri di Milano, Milano 1956, pag. 168.
- *Dizionario Biografico della Storia della Medicina e delle Scienze Naturali*. FMR Ed., Milano 1989.
- 26 - Belloni L.: *op. cit.*
- 27 - Belloni L.: *op. cit.*
- 28 - Besozzi L.: *Guida sulla quarantena pubblicata il 15 ottobre 1576 in Le magistrature cittadine milanesi e la peste del 1576-77*. Capelli Ed., Bologna 1988, pag. 54.
- 29 - Famosi medici contemporanei del Settala erano Gerolamo Mercuriali e Cesare Rincio.
- 30 - Oltre a Ludovico Settala, i congregati fisici erano: Agosto Terzago, Fabio Albutio, Ottaviano Besozo, Teodoro Croce e Gio. Battista Selvatico. I congregati chirurghi invece erano: Gio. Battista Chiodo (forse proprio quello chiamato in causa da don Rodrigo quando, rincasato dopo aver fatto bisboccia, si accorge di essere appestato), Diomede Borro, Gio. Giacomo Villano e Gio. Battista Pallavicino (Belloni L.: *op. cit.*)
- 31 - Spinelli S.: *op. cit.*
- 32 - Belloni L.: *op. cit.*, pag 625-26
- 33 - Bendiscioli M.: *op. cit.*, pag 429 e seg.
- 34 - Bendiscioli M.: *op. cit.*, pag 464
- 35 - Bendiscioli M.: *op. cit.*, pag 479-80
- Belloni L.: *op. cit.*, pag 635
- Giannessi F.: *op. cit.*
- 36 - Opere di argomento etico e politico sono: *De ratione istituendae et governandae familiae* (1626), *Della Ragion di Stato* (1627) e forse altre pubblicazioni su questioni di filosofia e storia naturale sotto forma di commenti e discussioni peripatetiche (Bendiscioli M.: *op. cit.*, pag. 469. Belloni L.: *op. cit.*).
- 37 - Opere di argomento medico-scientifico sono: la versione del greco del *De aeribus, aquis et locis* di Ippocrate; il trattato *De peste et pestiferis effectibus* (1622) dal quale, sotto minaccia della nuova pestilenza manzoniana (1630-31), sono poi stati ricavati due opuscoli, uno dal titolo *Cura locale dei tumori pestilenziali che son il Bubone, l'Antrace o Carboncolo e i foruncoli* (1629) e l'altro dal titolo *Ad uso e profitto per ogni persona*, sorta di vademecum sulle cause e sintomi della peste e soprattutto sul comportamento da adottare per evitare il contagio. Inoltre: *Animadversionum et cautionum medicarum* in sette libri con l'aggiunta di altri due da parte di Alessandro Tadino e da questi tutti tradotti in lingua volgare; *De Naevis*, trattato sui nei con disquisizione sulla connessione delle diverse parti del corpo con il capo; *De margaritis*, sull'impiego delle perle orientali; argomentazioni varie, infine, sulla labilità del feto all'ottavo mese (Bendiscioli M.: *op. cit.*; Belloni L.: *op. cit.*).
- 38 - Verri P.: *Storia di Milano continuata da Pietro Custodi*. Sansoni Ed., Firenze 1963, vol. II, capit. XXX, in nota a pag. 371-76.
- 39 - Verri P.: *op. cit.*
- Bendiscioli M.: *op. cit.*, pag. 294
- 40 - Il senatore Luigi Melzi, sofferente di probabile ulcera peptica, era padre di Ludovico Vicario di Provvisione citato nei *Promessi Sposi* a proposito del tumulto di San Martino.
- 41 - Nicolini F.: La peste del 1629-32 in *Storia di Milano*. Fondaz. Treccani degli Alfieri, vol. X, pag. 509.
- 42 - Dei figli del Settala, quello di nome Senatore era medico e nel 1627, insieme ad Alessandro Tadino, aveva curato la pubblicazione del *De lactibus sive lacteis venis* di Gaspare Agnelli, lo scopritore dei vasi linfatici. Purtroppo moriva ancor giovane nel 1636. L'altro figlio, di nome Manfredo e canonico (1600-1680), continuava per tutta la vita a conservare e accrescere libri, opere d'arte e oggetti curiosi raccolti dal padre, fino a costituire un vero museo di curiosità noto in tutto il mondo di allora e nel Settecento passato all'Ambrosiana. Manfredo, abile costruttore di oggetti di precisione, avrebbe anche dato impulso all'artigianato scientifico milanese in concorrenza all'analogo artigianato toscano (Belloni L.: *op. cit.*, pag. 638 e seg.).
- 43 - Canetta P.: *Cronologia dell'Ospedale Maggiore di Milano*. Tipografia Lodovico Cogliati, via Pantano 26, Milano 1884.
- 44 - Cosmacini G.: *op. cit.*, pag. 45.

“... Il dialetto è il latino di oggi”: sorprendente affermazione che da oltre un secolo si trasmette da emeriti linguisti e che troverà nelle pagine che seguono probabile motivata spiegazione.

Quello che importa qui a noi oggi è considerare e ricordare il grande interesse che, in tutto il Paese, proprio nei confronti degli idiomi dialettali, negli anni è andato crescendo.

Ovunque gruppi attivi di locali appassionati d’ogni età, compagnie teatrali, accademie del dialetto, circoli filologici di ricerca e di studio a livelli non solo comunali, ma provinciali e regionali, sono segno di civiltà e cultura.

Milano è città particolarmente citata per l’importanza del suo dialetto, per le opere che nel tempo lo hanno valorizzato, per i linguisti che ne hanno “consacrato” il valore dalle origini lontane ai nostri giorni: esemplare la traduzione dei quattro Vangeli del 1995 e quella recentissima della Divina Commedia.

La Ca’ Granda non è nuova a questi culturali interessi (i lettori ricorderanno le pagine dedicate nel 2000 a Carlo Maria Maggi, alla Milano di fine Seicento, e altre) ed è attenta, la sua parte, alle testimonianze di vita, alla memoria, alle “voci della Città”.

Qui si è fermata su uno studio di grande impegno e prestigio, lungo oltre vent’anni, del noto filologo Claudio Beretta: studio che Elisabetta Zanarotti Tiranini interpreta per noi e per i nostri lettori.

Le voci di Milano

Letteratura dialettale milanese

ELISABETTA ZANAROTTI TIRANINI

Nel vasto, variegato, ricco mondo della letteratura italiana e in quella più particolare, regionale, risalta il prestigioso volume di Claudio Beretta *“Letteratura dialettale milanese. Itinerario antologico-critico dalle origini ai nostri giorni”*.

Da un punto di vista tecnico-scientifico, gli studiosi di linguistica che vantano il loro *“Gotha”* dal 1583 (come data di inizio) nella celebre e autorevole Accademia della Crusca, avvalendosi di parametri convenzionali, classificano forme differenti di italiano, con distinzioni fra bilinguismo e diglossia.

Nel repertorio linguistico (insieme di sistemi linguistici e loro varietà), quando i suddetti sistemi sono due o più, si verifica una situazione di bi-plurilinguismo. Non è molto semplice dare una definizione netta di bilinguismo e di diglossia, talvolta i due fenomeni coincidono all’interno di una comunità, altre volte bisogna tenerli distinti. Dipende dal valore funzionale, dalla connotazione sociale, culturale, politica, non dal valore linguistico in quanto, in tale senso, i due sistemi sono equivalenti.

I dialetti sono considerati delle vere lingue che, con l’avvento della modernità, delle nuove tecnologie a causa delle quali si inseriscono spesso anche a spro-

posito neologismi stranieri, rischiano di perdersi o di vedere offuscato il loro smalto.

Le caratteristiche di un dialetto consistono nella ricchezza di sfumature che, dovendo sottostare meno severamente a rigide regole grammaticali, permettono di cogliere gli aspetti più variopinti della vita vissuta e dei costumi locali. Le espressioni dialettali, prevalentemente, nascono dal cuore anziché dalla mente, perché si estrinsecano sentimenti o avvenimenti in modo più diretto; la comunicazione è senza fronzoli, è *“alla mano”* o *“alla buona”*.

Ma questo non significa assolutamente che il dialetto appartenga a classi sociali meno elevate. Moltissime persone di notevole cultura o altolocate possiedono questo prezioso patrimonio linguistico, forse hanno minori occasioni di farne uso.

Ognuno di noi percepisce la conoscenza di questa seconda lingua come il cordone ombelicale che lo lega indissolubilmente alle proprie radici etnicofamiliari, alle proprie tradizioni, cioè alla propria cultura. Tutti questi valori che auspichiamo vengano conservati, li troviamo esaustivamente esplicitati nel ponderoso libro di Claudio Beretta, un autore conosciuto e assai stimato per i suoi accurati studi storico-

linguistici e per la sua competenza pluriennale nonché completezza di immagine.

Come in ogni buona introduzione ad una lingua, si inizia con le regole di pronuncia e di accento che risentono, oltre delle radici latine e greche, anche delle varie dominazioni straniere subite nel corso dei secoli dalla Lombardia.

Il primo capitolo intitolato “Le origini” descrive un quadro storico che, anche a mio parere, non può mai prescindere dallo studio di ogni disciplina costituendone la base fondamentale per la comprensione della stessa.

A pag. 10 si legge:

“Linguisti emeriti, da Ascoli a Salvioni a Pisani, hanno affermato da oltre un secolo che il dialetto è il latino di oggi: in effetti, il latino delle classi popolari di epoca romana imperiale è fluìto nei dialetti che ancora oggi si parlano in tutta l’area romanza, dalla Francia, alla Spagna, alla Svizzera romanza, ladina, italiana, fino ovviamente, all’Italia. E ancora oggi dai dialetti regionali si potrebbe indagare in quale epoca ogni zona fu colonizzata dai Romani, perché anche il latino cambiò, allora, di secolo in secolo”.

Nella pianura padana si avvicendarono molte popolazioni: Liguri, Sumbri, Etruschi, Celti. I Romani assoggettarono le città nel 222 a.C. conquistandole definitivamente nel 196 a.C.⁽¹⁾

Da questo momento Mediolanum entrava pienamente nella storia e il latino parlato ne assorbiva tutti gli influssi precedenti.

Esisteva un latino colto parlato dalle classi più elevate, un latino burocratico, un latino usato dai militari e un latino parlato da schiavi provenienti da ogni parte dell’impero. Ma quello parlato nelle varie zone presentava differenze rispetto a quello della città, così poco per volta si formarono i dialetti. Comunque il latino rimase elemento unificatore.

Influssi si ebbero dalle lingue germaniche gotica e longobarda.

I Goti conclusero la loro permanenza in Italia nel 553 d.C. alla fine della guerra greco-gotica (535 - 553), sconfitti definitivamente dalle armate dei Bizantini durante il regno dell’imperatore d’Oriente Giustiniano I (527 - 565) e non lasciarono che poche tracce linguistiche consolidate dai Longobardi. Questi, guidati dal loro re Alboino ed entrati nel 568 d.C. attraverso il Friuli, spadroneggiarono per oltre

due secoli, finendo per confondersi geneticamente e culturalmente con la popolazione locale.

I Franchi, popolo di origine germanico-occidentale, al comando del futuro imperatore del Sacro Romano Impero, Carlo Magno (800 - 814), entrarono nel 774 d.C., anno in cui sgominarono i Longobardi con i quali poterono intendersi solo nella nuova parlata neolatina, perché questi da lungo tempo avevano perso la loro.

Molti secoli dopo, nel 1759, si verificò un’accesa polemica detta “*Brandana*” dal nome dell’autore che l’aveva innescata: padre Onofrio Branda (1710 - 1776), purista intransigente e professore di belle lettere nel ginnasio Arcimboldi, il quale si era permesso di fare del sarcasmo sul dialetto milanese, sottovalutandolo. Immediatamente, si risentirono i poeti milanesi o comunque lombardi, insorti a difesa della lingua, tra cui Giuseppe Parini (1729 - 1799) che asserì la legittimità di ogni letteratura lombarda, in particolare della milanese. Fu un intervento del governo austriaco a spegnere la polemica. Ricordiamo che il contesto era quello del clima dell’Illuminismo, mentre scientismo e razionalismo dominavano influenzati dalla “*Encyclopédie*” francese, in una società europea idealizzata, dove lo Stato si reggeva sulla scienza come per esempio in quello asburgico, in linea con le idee di Giuseppe II d’Asburgo-Lorena figlio dell’imperatrice d’Austria Maria Teresa, associato al trono e futuro imperatore dal 1780 al 1790.

Gli scritti dialettali rappresentavano uno sfogo allo spirito di indipendenza, in un clima coatto di collaborazione, e gli intellettuali andavano maturando le basi ideologiche del Risorgimento ottocentesco. A tutti i Milanesi è nota la frase del patriota Amatore Sciesa (1814 - 1851, al quale è dedicata una via della città), “*Tiremm innanz*”, simbolo di grande forza morale, incorruttibile, infrangibile.

Parlando di o in dialetto milanese, ci si domanda quale sia stata l’origine di Milano e del suo nome.

“Il documento più antico che ci sia pervenuto della nostra parlata è il nome stesso di *Milan*. [...] Tenuto conto della posizione dei vari centri, gli studiosi sono d’accordo nel riconoscere grandi linee di comunicazione che dovevano incrociarsi naturalmente nel territorio attuale di Milano in una zona tra piazza del Duomo, piazza della Scala, piazza Cordusio e piazza Missori” (pag. 21).

Secondo lo storico-geografo greco Strabone (ca 64 a.C. - 24 d.C.), i Galli Insubri avevano come metropoli *Mediolànon*, anticamente un villaggio (tutti infatti abitavano in villaggi) ora città ragguardevole, al di là del Po, quasi ai piedi delle Alpi (VI. 6); da cui *Mediolanium* e poi *Mediolanum*. Secondo una congettura dotta, viene segmentata la forma in due parti: *Medio-* (= in mezzo), *-lanium*, o *-lanum* (= pianure, facendo 'lanum' voce celtica corrispondente al latino 'planum'). Altri interpretano come luogo mediano tra corsi d'acqua, spiegazione più attendibile.

L'autore cita una testimonianza di Bonvesin de la Riva: nel suo "*De magnalibus Mediolani*" (XIV sec.) scrive che nell'antichità questa città si chiamava Alba, nome riferibile in fase preceltica, forse ligure, verso l'inizio del VII secolo a.C, significante un insediamento di una certa importanza in posizione elevata rispetto al territorio sottostante "come attesta lo stesso Strabone (IV.6.2) che accosta Alba ad Alpes", (pag. 22).

Esistono diversi scrittori antichi, i quali nelle loro opere affermano che Milano abbia il suo nome dal suino (cinghiale o scrofa) semilanuto, cioè *mediolanea*.

"Nel 1228, quando iniziò la costruzione del Broletto Nuovo (nell'attuale piazza dei Mercanti), dagli scavi emerse un marmo di antica fattura medioevale che venne incastrato nei conci d'arco del Palazzo della Ragione che raffigurava proprio la scrofa semilanuta" (pag. 25).

Nel XIII secolo, si assiste allo sbocciare della letteratura italiana in un clima dove anche la società è in evoluzione e proiettata gradualmente verso una grande apertura.

Nell'età dei Comuni, si verifica l'insediamento in città dei "*burgenses*": famiglie provenienti dal contado agricolo per dedicarsi a più redditizi e gratificanti mestieri artigianali riunitisi e organizzati in ordini o corporazioni, fuggendo così dal cupo stato di soggezione feudale medioevale secolare. Il fenomeno investe tutta la penisola, grazie anche alle iniziative di sovrani colti, potenti e dotati di mecenatismo.

Nel 1211, a Milano, il podestà Guglielmo de' Landi migliora l'esazione fiscale attenuando o sopprimendo privilegi nobiliari feudali; nel 1216, viene promulgata la codificazione delle "*Consuetudini milanesi*" una

base di diritto scritto adeguato alle nuove esigenze. Ma i due sommi vertici, papato e impero, con la loro costante competizione, anzi antagonismo, mostreranno ripetutamente l'accanimento.

In tale contesto storico-geografico, Milano diventa un polo di primaria importanza. La sua posizione, al centro della fertile e irrigua pianura lombarda, favorisce gli scambi commerciali e il grande sviluppo produttivo, strettamente collegati, interdipendenti.

Sappiamo che, da sempre, il maggiore benessere economico-finanziario richiama anche la corruzione o viceversa. Il polo oppositivo è costituito dal sorgere di ordini religiosi: Flagellati, Disciplinari, Francescani in Umbria; Patarini, poi Umiliati a Milano, dediti alla carità verso i più poveri e gli ammalati ⁽²⁾.

A questo ordine si associò come terziario laico il professor Bonvesin de la Riva (1240 - 1313 o 1315); in città nella zona di Porta Vittoria, una via ha il suo nome. Maestro di belle lettere, benestante, stipulò un accordo proprio con l'Ordine degli Umiliati per rice-



Frontespizio delle *Rimm Milanese de Meneghin Balestreri*, Milano, 1744. (L'illustrazione qui riprodotta e quelle delle pagine che seguono sono tratte dal volume *Letteratura dialettale milanese* di Claudio Beretta).

vere assistenza quando da anziano ne avesse avuto necessità e quindi si fece terziario laico. Fu contemporaneo di Dante Alighieri, ovviamente molto più modesto, ma ci ha lasciato opere poetiche in dialetto milanese riprendendo il motivo dei tre regni dell' al di là, usando la perfezione del verso (doppio settenario alessandrino). In altre opere, riprende il tema cortese medioevale, familiare alla scuola provenzale. Non manca di manifestare orgoglio per la ricchezza della città, cantata nell'operetta dal titolo latino ma scritta in volgare "*De magnalibus Mediolani*", già citata.

Ritiene utile sia l'apporto della borghesia al benessere e all'equilibrio della società, così come la necessità della pace sociale, temi sviluppati nella "*Disputatio mensium*" (la disputa dei mesi).

Nel 1288, compie una descrizione di Milano, con molta cura, in latino, tale da poter essere compresa anche altrove⁽³⁾.

Ricordiamo una nota importante detta dall'autore a pag. 46 "Bonvesin de la Riva godeva in città del prestigio che gli avevano procurato la rettitudine, la cultura, le opere, come si comprende dai documenti che lo riguardano conservati nell'archivio dell' Ospedale Maggiore"!

Bonvesin de la Riva non scrisse in "dialetto", ma in un volgare padano, nobilitato al livello di lingua letteraria benché con giustificati influssi della lingua parlata che, allora, era il dialetto locale, cioè il milanese.

Il capitolo che tratta del periodo tra Duecento e Quattrocento compreso, descrive letterati non lombardi, i quali si sono cimentati nel nostro dialetto dopo un soggiorno milanese, come i fiorentini Benedetto Dei (1418 - 1492) e Luigi Pulci (1432 - 1484). Il primo stese un catalogo delle famiglie nobili milanesi e un glossario del milanese. Il secondo ebbe un impatto linguistico e gastronomico della cui esperienza scrisse in poesie.

Lancino Curti (1460 - 1512), milanese, insegnante a Pavia come lettore di metafisica, ricoprì importanti cariche culturali e civiche; scrisse alcuni volumi di poesie in latino e una ventina di sonetti in dialetto milanese.

Dal Cinquecento, si può constatare la presenza di un filone dialettale critico costante nei suoi valori morali ed estetici tipici di Milano fino a oggi.

Sono molto numerosi gli avvenimenti tra il XVI e il XVII secolo. Milano, potente culturalmente, è però

priva di forza militare e politica e quindi diventa facilmente oggetto di contesa da parte di due grandi potenze: la Francia con i Valois da un lato e la Spagna con gli Asburgo dall'altro.

L'egemonia su Milano è alterna, ma dalla seconda metà del Cinquecento, Filippo II d'Asburgo, figlio ed erede di Carlo V, tra le zone del suo immenso dominio annovera il Ducato di Milano. Il XVI secolo è anche caratterizzato da eventi politico-religiosi di eccezionale gravità: nel 1517, il monaco agostiniano tedesco Martin Lutero, rilevando la palese corruzione della Chiesa, provoca la Riforma protestante, alla quale si opporrà una severa Controriforma sancita dal Concilio ecumenico di Trento (1545 - 1563) per tentare di arginare il movimento anticattolico che, con nomi differenti, toccherà tutta l'Europa ed esporterà gradualmente un numero cospicuo di dissidenti anche oltre oceano.

L'oro e l'argento americani determinano momenti di crescita e momenti di forte inflazione. Vessazioni fiscali e tributarie causeranno rivolte e guerre. Il Ducato di Milano è retto da un governatore di norma spagnolo responsabile direttamente verso i sovrani di Madrid; si avvale della collaborazione di alcuni istituti: senato, cameretta, ufficio di provvigione e relativo vicario. A Madrid, l'Ufficio d'Italia è l'interlocutore e soprintendente.

Il XVII secolo è contrassegnato da molte guerre, carestie e da un'epidemia di peste, di manzoniana memoria, che decimerà l'Europa nel 1630 - 1631.

Il turbinio di eventi sarà lo stimolo per nuove ideologie, per la formazione di Stati moderni e per gli scritti di numerosi autori.

Le prime documentazioni del milanese risalgono a scrittori toscani: Dante (XIII - XIV sec.), Pulci e Dei (XV sec.).

Nel Cinquecento troviamo i primi studi linguistici e, alla fine di esso, quelli compiuti da Milanesi. Tra i filologi più noti citiamo due veneti: Pietro Bembo (1470 - 1547) e Gian Giacomo Trissino (1478 - 1550).

Il lombardo oriundo di Domodossola, Giovanni Capis (1550 - 1610) studiando presso l'Università di Pavia e soggiornando a Milano, formula un glossario di cinquecentosettanta articoli con etimologie. Il suo soprannome, identico a quello della sua opera "*Varon Milanese*", richiama Marco Terenzio Varrone (116 -

27 a.C.) celebre per i suoi preziosi trattati in vari rami dello scibile, tra cui l'analisi della lingua latina. Infatti Giovanni Capis cerca di correlare le voci milanesi a quelle di etimologia latina o gallo-romana. Scrive anche sonetti che antepone al suo trattato.

Da ricordare è il milanese Giovanni Ambrogio Biffi che nella sua opera "*El Prissian de Milan*"⁽⁴⁾ ovvero "*De la Parnonzia milanese*" esegue una descrizione molto accurata della fonetica del milanese, ancora valida oggi.

Tra i poeti, spicca Fabio Varese (1570 - 1630), colto e il cui dialetto risulta estremamente vivace.

Il personaggio che dà un impulso decisivo alla letteratura e non soltanto dialettale è Carlo Maria Maggi (1630 - 1699) padre del teatro meneghino. Percepisce gli influssi dei classici antichi (Euripide, Seneca) e dei moderni (Cervantes, Corneille, Molière, Racine, Shakespeare), di filosofi (Bacon), di teologi, ecc. Laureato in Giurisprudenza, associato all'Accademia dell'Arcadia di Roma, alla Crusca di Firenze, docente presso le Scuole Palatine di Milano e all'Università di Pavia, segretario del Senato di Milano, mostra il suo contributo prezioso, dato all'evoluzione dal Barocco all'Illuminismo. Per Carlo Maria Maggi, è importante far parlare ogni personaggio con il linguaggio quotidiano del suo ceto, quindi il suo mondo culturale è assai esteso. Scopo dell'arte è il piacere ma con fine educativo e attraverso la catarsi, grazie alla quale anche le vicende immorali possono essere descritte e si risolvono nel trionfo della morale.

Non citiamo qui le sue numerosissime opere; nel testo di Claudio Beretta è presente da pag. 148 alla pag. 151 una dettagliata e utile descrizione bibliografica.

Una precisazione degna di nota: il "*Concorso dei Meneghini*" (1698 - 1699) di Carlo Maria Maggi è il primo riconoscimento del milanese come lingua, una lingua che merita, per di più, una scuola.

Il periodo dei "lumi della ragione" caratterizza il Settecento, lungo momento di elaborazione e di assimilazione provocato dalle enormi conseguenze delle scoperte scientifiche, dal maggiore contatto con altre civiltà e nuove terre tramite lo spostamento dello scacchiere dal mar Mediterraneo all'oceano Atlantico, e quindi dagli Stati che stanno confermando la propria identità nazionale anche a costo di lunghe, cruenti guerre dinastiche.

Permane l'assolutismo monarchico, ma con un volto diverso: sarà illuminato, cioè più aperto alle nuove esigenze.

Dopo i trattati di Utrecht (1713) e di Rastadt (1714), la Lombardia è passata completamente dal dominio spagnolo a quello austriaco e un tentativo di indipendenza avrà un effetto effimero; soltanto nella seconda metà dell'Ottocento, l'Italia sarà una nazione unificata e sovrana a tutti gli effetti.

Ma nell'ambito della compagine asburgica, la Lombardia non si farà mai intimidire; mostrerà le sue qualità industriali, la sua vivacità, impossibile a spegnersi, perché questa è da sempre la sua peculiarità. Alcune sue doti sono messe in rilievo dal conte Pietro Verri nella sua "*Storia di Milano*". La descrizione continua dei contatti del nobiluomo tra la regione di origine e il governo di Vienna costituisce un quadro prezioso degli avvenimenti dell'epoca. Inoltre la Lombardia è finanziariamente redditizia, perché possiede un invidiabile patrimonio zootecnico, zone ubertose, un buon sistema idrico con fiumi, laghi, canali.

Numerose e ricche famiglie proprietarie di ville, sedi amministrative di grandi tenute agricole, curano questi beni incrementando i fattori economici di sviluppo. Tra il 1718 e il 1764 viene riordinato il catasto, perché i concetti fisiocratici identificano come fonte primaria di reddito la proprietà terriera. Gli oppositori saranno i latifondisti e la curia, che vedono sfumare i propri privilegi fiscali.

Poiché in economia tutto è interdipendente, anche la cultura lombarda è brillante. Soprattutto benestanti



Insegna tipografica dello stampatore milanese Federico Agnelli, sec. XVII (Milano, Raccolta Stampe Bertarelli).

e/o nobili detengono l'appannaggio. Molti sono docenti all'Università di Pavia o nelle Scuole Palatine a Milano.

Danno vita a nuove istituzioni, le Accademie, che operano accanto a quella più vecchia dell'Arcadia: l'Accademia dei Trasformati e l'Accademia dei Pugni. Viene edito "Il Caffè", un periodico di breve durata (1764 - 1766) i cui autori sono scienziati, scrittori e politici assai famosi: i fratelli Pietro e Alessandro Verri, Alessandro Volta, Paolo Frisi, Ruggero Boscovich, Giuseppe Parini, Cesare Beccaria nonno materno di Alessandro Manzoni, Johann Peter Frank capo della polizia sanitaria, ecc. Grazie all'intervento di Pietro Verri presso il governo austriaco, viene riorganizzato il sistema delle esazioni fiscali. Nel 1776 Maria Teresa abolisce la tortura; mentre suo figlio Giuseppe II, nel 1784, la pena di morte. Questi, filosofo ed economista, al quale si devono molte riforme, assistito a Milano dal plenipotenziario conte Carlo di Firmian, riorganizza le province, statalizza la scuola elementare, abolisce i vari conventi, dei quali lo Stato avocava a sé le funzioni di beneficenza e di cultura, nonché di sostegno per vecchi e inabili; vengono aboliti molti ordini religiosi, soprattutto quelli dei contemplativi. Finalmente scompare anche l'Inquisizione.

Con l'imperatore Giuseppe II rivive una forma moderna, cioè riveduta e corretta, dell'antico "cesaropapismo". Alla sua morte, nel 1790, il fratello Pietro Leopoldo succedutogli con il nome di Leopoldo II, avrà un atteggiamento più democratico. Aveva già dimostrato questa sua apertura quando era stato a capo del governo della Toscana con le sue numerose ed illuminate riforme. Ma Leopoldo II morirà dopo brevissimo tempo, nel 1792.

In questo clima culturale, si raccolgono i massimi intellettuali della letteratura milanese. Per loro, luogo di ritrovo è l'"osteria" dove il vino scioglie la lingua (*in vino veritas*), disinibisce e abolisce crucci e malinconia, dà libertà. Ogni soggetto è allegorico, ma più tardi, già nel 1764, alcuni accademici scelgono come luogo di incontro non più l'osteria, bensì il Caffè emblema di un'apertura nuova dell'Europa verso l'oltremare.

Fattore di disinibizione non è più il vino, ma la spezia esotica che stimola la mente dell'intellettuale borghese a nuove conquiste razionali.

Gli autori del Settecento sono tanti, ma un posto di privilegio spetta a Carlo Porta (1728 - 1822). I suoi modelli sono i maestri Giovanni Capis (Varon), Carlo Maria Maggi, Domenico Balestrieri, Carlo Antonio Tanzi, Giuseppe Parini.

Da Domenico Balestrieri ereditò una paternità spirituale e poetica alla quale rimase sempre fedele. Di altri apprezza ed eredita l'impegno concettuale e civico. Di Francesco Gerolamo Corio gli piacerà la *vis* satirico-critica.

Per Carlo Maria Maggi rivive il senso della venerabilità della cultura degli antenati. Su Giovanni Capis, detto "El Varon milanese" abbiamo già dato cenni in precedenza.

Giuseppe Parini è un autore talmente celebre che non necessita di ulteriori approfondimenti, perché rappresenta un ironico fustigatore dei costumi di un certo tipo di nobiltà frivola.

La virtù di Carlo Porta sta nel cogliere il meglio della poesia o della prosa di scrittori italiani e stranieri, come per esempio Voltaire, Shakespeare, e altri.

Ammira la passione di Vittorio Alfieri, di Pietro Metastasio, la recita di Carlo Goldoni e così via. La tecnica poetica di Carlo Porta si rifà all'endecasillabo, dove la parola ha un suo spazio agiato che acquista una pronuncia distinta e distesa.

A pag. 272 Claudio Beretta dice:

"... Il dialetto di Porta sa essere vernacolo quando necessario, ma acquisisce sempre più con il passare degli anni e con l'inasprirsi del contrasto culturale con la classe al potere, la funzione di una lingua [...] la cui funzione era identificare un'etnia, dare alla nazione lombarda, a fianco della veneta e dell'austriaca [...] un volto proprio e una propria autonomia culturale e amministrativa."

In letteratura, quando si parla di Ottocento, la mente corre rapida al suo movimento più eclatante: il Romanticismo. La vena malinconica che lo delinea è un po' lo specchio di tutti quegli avvenimenti attraverso i quali è passata l'Italia, da secoli di dominazioni straniere fino alla sua indipendenza. Ma ciò non è quasi mai stato indolore o semplice. Quante lotte, lacrime, sangue e sacrifici per ritrovare la propria identità e unità di nazione !

Ci sono state le guerre di indipendenza, i moti rivoluzionari, le società segrete, gli esili volontari o forzati,

Legii la neuva Bosinada
 Che deping quella giornada
 Piena de guai de bulardee
 Clamada el dì de S. Michee.



M I L A N .

Cent approvazio.

NEUVA
BOSINAA
 Sora i grandezz
 della magnifica
POLENTA.



In Milan, Per Francesco Bolzan,
 Con licenza di Superior.

Frontespizi di bosinate stampate a Milano alla fine del sec. XVIII
 (Milano, Raccolta Stampe Bertarelli).

le reclusioni in carcere duro, i martiri e ovviamente molteplici scritti.

Il Piemonte e il Lombardo-Veneto sono forse le zone che hanno risentito maggiormente il peso delle ultime dominazioni, forse perché come abbiamo già asserito, sono sempre state centro propulsore di attività e produttività.

Però la rivoluzione ha investito tutta la Penisola, è stato un moto di fratellanza dalle Alpi agli Appennini e alle isole. Lo scopo, quello della libertà, ha cementato gli affetti, ha abbattuto le barriere e finalmente nel 1870 ha visto la nazione italiana acquisire la sua dignità di Stato sovrano. Un bel traguardo. Nessuno avrebbe mai immaginato l'arrogante principe Klemens-Wenzel-Lothar von Metternich-Winneburg (1773 - 1859) fuggire su un carretto da lavandai, abbandonando le proprie carte sulla scrivania.

Alcuni scrittori celebrano in dialetto milanese gesti della vita quotidiana: i canti dei soldati sono in dialetto lombardo, ma anche quelli degli operai, la cui esistenza si presenta molto difficile a causa dei salari minimi e dell'indigenza in generale che colpisce la gran massa dei lavoratori; questa cerca una remunerazione congrua al proprio lavoro.

Famosa è la "Scapigliatura milanese" (1858 - 1862), termine coniato da Carlo Righetti, che accoglie individui di ogni ceto, condizione e grado della scala sociale.

Mostra il volto brioso oppure smunto della società. Non un movimento organizzato, bensì una corrente libera e progressista, che chiede l'abbattimento dei pregiudizi, l'affrancamento della donna, la lotta contro la corruzione.

Sono proprio Carlo Righetti e Camillo Cima a creare un teatro milanese che sia interprete dei sentimenti raccolti nella Scapigliatura.

Questo riempie una lacuna del teatro italiano, se pensiamo che a Milano più della metà degli spettacoli rappresentati è di scrittori stranieri di avanguardia; così, il teatro milanese riprende la lingua italiana a fine Ottocento.

Claudio Beretta a pag. 636 dice:

"Il termometro di questa situazione ci è dato dal teatro amatoriale: decine di compagnie nella sola provincia di Milano sono impegnate tutto l'anno; gli attori sono all'ottanta per cento discendenti di immigrati e hanno imparato decorosamente il meneghino

o le sue varianti lombarde [...] rimane il fatto che la lingua locale è veicolo insostituibile di valori morali, familiari e civici. Nel 1869, per merito dei già citati Camillo Cima (detto Pinzo) e Carlo Righetti (detto Cletto Arrighi), nella nuova Accademia del Teatro Milanese viene data la prima rappresentazione con il concorso di attori provenienti dall'Accademia dei Filodrammatici, con la commedia "El zio scior".

L'altro ruolo, da non dimenticare, è quello delle maschere, burattini e marionette, che avendo una notevole forza evocativa non solo per i bambini ma anche per gli adulti, trionfavano soprattutto al Teatro Gerolamo, dove Meneghin e Cecca rappresentano Milano.

Il Novecento è un secolo così ricco di avvenimenti da far optare gli storici per la sua suddivisione in quattro fasi:

- il primo anteguerra;
- la prima guerra mondiale;
- il periodo tra le due guerre e la seconda guerra mondiale;
- il secondo dopoguerra.

In ogni campo dello scibile si avvicendano diverse correnti contrapposte.

Anche il dialetto subisce alterne sorti. Dopo il 1945, il teatro dialettale riproduce la vita quotidiana con maggiore libertà. I poeti meneghini si riuniscono in simposi conviviali. Dal 1970 chiedono e ottengono una sala del Circolo Filologico Milanese per riunirsi una volta al mese, grazie a Claudio Beretta presidente del Circolo.

Nel 1975, celebrano i duecento anni dalla nascita di Carlo Porta, indipendentemente da altre manifestazioni.

Come è stato precisato all'inizio, considerando l'importanza dei dialetti quali vere lingue a tutti gli effetti, si è dato ampio spazio al loro studio

Nella principale metropoli lombarda, già da molti anni sono stati istituiti corsi di storia e di filologia del dialetto milanese anche presso le università; sono edite grammatiche, dizionari, raccolte di proverbi, di ricette di arte culinaria, di fiabe e di tutto ciò che possa essere strumento, soggetto e oggetto di cultura milanese o comunque lombarda.

Claudio Beretta ha il pregio indiscutibile di saper valorizzare questa nostra cultura o tradizione che non deve esser prerogativa soltanto dei Milanesi. Poiché

la fama della generosità dei Lombardi non si smentisce, chiunque voglia accostarsi a questo prestigioso volume, può farlo tranquillamente: i testi in milanese hanno a fianco la traduzione in lingua italiana, rendendosi così accessibili anche ai non Lombardi.

Abbiamo detto e ribadiamo prestigioso, perché è completo di notizie storiche, sociali e, ovviamente, linguistico-letterarie. Un lavoro capillare, scrupoloso, durato circa vent'anni, insomma un viaggio che abbraccia l'evoluzione dalle origini a oggi.

E' da gustare ed apprezzare poco alla volta, centellinandolo come tutto ciò che è culturalmente prezioso.

Note:

1 - Nel 222 a.C. il console Marco Claudio Marcello vinse l'esercito gallico degli Insubri a *Clastidium* (Casteggio); nel 196 a.C. la loro capitale *Mediolanum* venne occupata dal proconsole Lucio Valerio Flacco.

2 - Il movimento degli Umiliati nacque quale forma di autodifesa dei lavoratori più poveri che, associandosi a fini religiosi, potevano in qualche misura sottrarsi ai duri obblighi imposti dagli statuti delle corporazioni e dai potenti *mercatores*. Dapprima in sospetto di eresia e poi colpiti da scomunica, gli Umiliati ottennero nel 1201 il riconoscimento della loro regola da papa Innocenzo III, diffondendosi grandemente soprattutto in Lombardia negli anni successivi. Verso il 1300 possedevano a Milano oltre venti "case" attorno alla maggiore e più antica, quella di Brera. Ve ne erano altre fondate nei dintorni, come a Mirasole. Proprio questa abbazia sorta a sud della città, fuori Porta Vigentina e oggi compresa nel comune di Opera, costituisce una parte del patrimonio dell'Ospedale Maggiore-Policlinico. Questo, insieme all'Associazione per l'Abbazia di Mirasole con il sostegno di enti pubblici e privati, sta per concludere un'accurata opera di restauro e valorizzazione per poter accogliere la Quadreria con i ritratti di oltre mille benefattori dell'Ospedale Maggiore di Milano (la *Ca' Granda*) a partire dal 1602.

3 - Gli studiosi dell'epoca, (e durante i successivi secoli), scrivevano le proprie opere scientifiche in latino.

4 - Dal nome del grande grammatico latino Prisciano di Cesarea, vissuto a Costantinopoli tra il V e il VI sec. d.C., la cui grammatica monumentale aveva dominato tutto il Medioevo ed era in auge nel Rinascimento.

Claudio Beretta, "Letteratura dialettale milanese. Itinerario antologico critico dalle origini ai nostri giorni". Con CD audio. Editore Ulrico Hoepli, Milano 2003, pp. 1000. Euro 40,00.

La strumentazione sanitaria antica

Una importante testimonianza storica presso l'Ospedale Maggiore

PAOLA ZOCCHI

Il 12 novembre 1938 il segretario generale degli Istituti ospitalieri di Milano, Giuseppe Castelli, proponeva di istituire anche a Milano, come a Roma e in altri paesi europei, un Museo dell'arte sanitaria che raccogliesse gran parte del materiale storico dell'Ospedale Maggiore e le diverse raccolte pervenute negli ultimi anni al grande nosocomio grazie a lasciti e donazioni diverse¹. Il progetto - già ventilato nel 1935, quando gli Istituti ospitalieri di Milano avevano partecipato al IV Congresso internazionale e alla Mostra degli ospedali italiani a Roma² - mirava a riunire ed esporre in una apposita sezione di un più ampio "museo ospedaliero artistico e sanitario" la raccolta di reperti dell'Istituto anatomico-patologico (poi dispersa durante la guerra), gli strumenti donati nel 1935 dal prof. Pietro Avoledo, gli arredi e le suppellettili dell'antica farmacia ospedaliera (i preziosi vasi di maiolica, i mortai in bronzo, la cassetta per le vipere, la bilancia), nonché i vari materiali (tra cui il papiro egizio) conservati presso le sedi dell'archivio, della biblioteca e di alcuni padiglioni dell'ospedale.

Si pensava allora di collocare il nuovo museo nel locale del dispensario centrale della farmacia, che si affacciava sul portico del cortile maggiore dell'edificio sforzesco e che con la sua ricca ed artistica scaffalatura in noce massiccio costituiva indubbiamente un ambiente storico adatto, simile a quelli ricostruiti a Roma in Castel S. Angelo e nel Museo storico dell'arte sanitaria annesso all'Ospedale di S. Spirito.

La proposta suscitò subito l'adesione di Giorgio Nicodemi, membro della Commissione artistica ospedaliera e sovrintendente degli Istituti di storia ed arte del Castello Sforzesco di Milano, il quale si disse convinto che il nuovo museo avrebbe finalmente messo in risalto presso il pubblico "la mirabile funzione civile, sociale, scientifica dell'Ospedale Maggiore"³. Egli, del resto, aveva da poco ter-

minato l'inventariazione delle opere e degli oggetti d'arte dell'Ospedale, da destinare anch'essi ad un'esposizione museale permanente⁴.

Un articolo comparso sul "Sole" il 1° gennaio 1939, inoltre, diede visibilità all'iniziativa, annunciando che il museo sanitario sarebbe stato allestito in quella parte dell'edificio sforzesco che dopo il trasferimento del nosocomio a Niguarda avrebbe ospitato anche la quadreria dell'Ospedale⁵.

L'auspicio di Castelli, inoltre, di ottenere con il tempo anche numerose donazioni di privati, non rimase senza seguito, tanto che già nei giorni successivi del gennaio 1939 il dott. Carugati, direttore della farmacia Brera-Porati, comunicava la sua disponibilità a donare due serie complete di antichi pesi farmaceutici austriaci ed inglesi, tuttora conservati presso l'archivio storico dell'Ospedale⁶.

Successivamente, nel giugno 1940, pervenne la preziosa donazione di una cassetta di ferri chirurgici da viaggio che il medico toscano Ottaviano Giovanni Targioni Tozzetti aveva ereditato dall'illustre avo Anton Giovanni, fisico, chimico, botanico, geologo e medico chirurgo, nonché pioniere dell'innesto del vaiolo nel 1755 a Firenze⁷. Dono del granduca Ferdinando III, la strumentazione era stata conservata, dopo la morte del medico, dai suoi discendenti, rispettivamente i medici e naturalisti Ottaviano (1755-1829), propugnatore della bonifica dei terreni paludosi in Toscana e della coltivazione del cotone; Antonio (1785-1856); Adolfo; Federico (1886-1902) e infine Ottaviano Giovanni, ultimo erede e donatore della raccolta. Quest'ultimo consegnò all'Ospedale Maggiore, insieme alla cassetta dei ferri chirurgici, anche due riproduzioni di *ex libris* e un biglietto da visita dell'avo. La donazione fu accettata con deliberazione n. 1631 del 3 luglio 1940⁸ e i ferri furono da allora conservati nell'archivio dell'Ospedale Maggiore, dove si trovano tuttora, venendo anche esposti in occasione della mostra a Palazzo Reale del 1981⁹.

Nel giugno 1941 fu invece la vedova dell'ex primario otiatra Pietro Avoledo a consegnare all'Ospedale gli strumenti e gli apparecchi che già dal 1935 il marito aveva destinato al museo, oggi purtroppo andati perduti¹⁰.

Nonostante le iniziative e i progetti per la conservazione e la valorizzazione dei beni culturali, artistici e storico-sanitari dell'Ospedale avessero dunque conosciuto in quegli anni un'accelerazione notevole - culminata nel 1941 con l'istituzione della qualifica di "Sovrintendente alla Galleria dei benefattori" e l'inaugurazione della prima esposizione permanente d'arte nei locali dell'ala Macchio - le vicende belliche giunsero improvvisamente ad interrompere ogni attività in questo settore. Alcuni materiali allora raccolti, purtroppo, sono stati dispersi durante la guerra, ma molto rimane ancora a disposizione degli storici della medicina e della sanità che intendano ripercorrere le vicende degli strumenti e dei metodi di cura sperimentati nell'Ospedale Maggiore nel corso dei secoli.

Spesso unici e rari testimoni dell'esistenza di patologie, malformazioni e forme morbose del passato oggi pressoché scomparse, gli strumenti raccontano infatti il lungo e spesso faticoso percorso evolutivo delle discipline mediche nei secoli, la storia di metodiche e tecnologie che hanno portato ad innovazioni e scoperte fondamentali, che hanno caratte-



Strumenti chirurgici antichi (Foto Diego Motto)

rizzato la vita scientifica stessa all'interno del Policlinico e meritano quindi di essere conservati per le generazioni presenti e future. Questa sensibilità trova riscontro anche nelle più recenti disposizioni legislative in materia di beni culturali e ambientali, che inseriscono, tra i beni oggetto di specifiche disposizioni di tutela, anche "i beni e gli strumenti di interesse per la storia della scienza e della tecnica aventi più di cinquant'anni"¹¹.

Negli ultimi anni sono state numerose le strutture sanitarie e museali che hanno intrapreso, sia in Italia che all'estero, il lavoro di raccolta, di catalogazione e di valorizzazione di tali materiali: si pensi all'attività del Centro universitario per la tutela e la valorizzazione dell'antico patrimonio scientifico senese, a quella del Centro di documentazione di storia della sanità fiorentina, ai musei universitari di Pavia e Torino, alle antiche spezierie di San Giovanni Evangelista a Parma e di Antonio Corvi a Piacenza, alla raccolta di strumenti chirurgici dell'Istituto geriatrico "C. Golgi" di Abbiategrasso, al Museo Gorini presso l'Ospedale di Lodi, per non citare il Museo storico dell'arte sanitaria di Roma o, in ambito europeo, lo spettacoloso Hôtel Dieu di Beaune in Borgogna.

Mancano invece iniziative in questo settore a Milano, nonostante la città sia stata per secoli un punto di riferimento, con il suo grande ospedale, dell'assistenza sanitaria e dell'avanzamento della scienza medica italiana.

Per questo il Servizio Beni Culturali dell'Ospedale Maggiore, nell'ambito delle operazioni di conoscenza e salvaguardia del patrimonio culturale ospedaliero, ha deciso di promuovere un'opera di censimento, catalogazione e valorizzazione degli oggetti sanitari di interesse storico. A partire dal novembre 2002, si è provveduto ad effettuare sopralluoghi presso tutti i padiglioni del Policlinico, procedendo, ove possibile, al ritiro degli strumenti¹². Si è dato avvio, inoltre, a una prima schedatura sommaria del materiale, alla quale seguirà una inventariazione più analitica e uno studio storico specifico sugli strumenti più significativi, per evidenziarne la funzione di "memoria storica" al servizio delle generazioni presenti e future, soprattutto in un'epoca ormai largamente caratterizzata dall'utilizzo di materiali monouso.

I risultati di questo primo censimento si sono rivelati superiori alle aspettative, grazie all'adesione e alla collaborazione del personale ospedaliero e di molti medici che hanno contribuito non solo all'identificazione degli strumenti, ma anche all'incremento della raccolta stessa mediante donazioni di oggetti privati, spesso appartenuti alla famiglia da generazioni. È questo il caso, ad esempio, della preziosa collezione di strumenti urologici donata dal prof. Enrico Pisani, ma anche degli apparecchi donati dal prof. Francesco Saverio Dioguardi, tra i quali meritano una menzione i tre microscopi d'epoca e l'antica macchina fotografica a soffietto; come pure la raccolta anestesilogica del prof. Pier Giuseppe Sironi anch'essa frutto di un'attenzione personale per lo strumento antico, di una volontà di recupero dell'oggetto in disuso che ci permette oggi di conservare materiali altrimenti destinati alla distruzione.

Grazie alla particolare cura del personale dell'Istituto di Neurochirurgia e del direttore, prof. Roberto M. Villani, inoltre, è pervenuta al Servizio Beni Culturali una serie di strumenti neurochirurgici appartenuti al prof. Paolo Emilio Maspes e alla sua équipe, mentre il dott. Massimo Mauri, il prof. Antonio Pagano e il sig. Giovanni Tafuni hanno messo a disposizione strumenti e oggetti esistenti nei rispettivi reparti.

Altro materiale, infine, è stato raccolto grazie alla disponibilità dei prof. Gemino Fiorelli e Luigi Cantalamessa, della dott.ssa Deborah Mannavola e della signora Raffaella Dossena.

Nel ringraziare tutti coloro che hanno contribuito all'arricchimento della collezione, ci si impegna a mettere la strumentazione acquisita a disposizione del pubblico interessato, studiando il sistema più idoneo per garantire sia la salvaguardia dei materiali, sia la più ampia possibilità di visione.

Note:

1 - Relazione in AOM, *Uffici ed officine, Quadreria e Museo d'arte*, Atti 10635/1938.

2 - Salvatore Spinelli, *La partecipazione degli Istituti Ospedalieri di Milano e del Sanatorio Vittorio Emanuele III del Comune di Milano in Garbagnate, al IV Congresso internazionale e alla Mostra degli ospedali italiani in Roma*, in "L'Ospedale Maggiore", maggio 1935, n. 5, pp. 301-314.

3 - Lettera di Nicodemi a Castelli, 14 dicembre 1938, Atti 10635/1938, in AOM, *Quadreria*.

4 - Salvatore Spinelli, *Relazione del segretario del reparto II sulla istituzione e l'ordinamento del museo artistico ospedaliero*, luglio 1935, Atti 715/1933, all. 1.

5 - Cfr. *Un Museo sanitario alla Ca' Granda*, in "Il Sole", (1° gennaio 1939).

6 - Si vedano le lettere dell'archivista Bascapè alla Presidenza del Consiglio degli Istituti ospitalieri, 2 gennaio 1839, 28 gennaio 1939 e 2 febbraio 1939, Atti 10635/1938, in AOM, *Quadreria*.

7 - Cfr. Atti 10635/38, all. 19 e la lettera di Ottaviano Giovanni Targioni Tozzetti alla Direzione dell'Ospedale Maggiore, 7 giugno 1940, in AOM, *Quadreria*.

8 - Cfr. Atti 10635/1938, all. 20.

9 - Scheda in *La Ca' Granda. Cinque secoli di storia e d'arte dell'Ospedale Maggiore di Milano*, Milano, Palazzo Reale, marzo-agosto 1981, (da: Milano, Electa, 1981), p. 818.

10 - Lettera di Ada Pozzi, vedova Avoledo, al Consiglio degli Istituti ospitalieri, 11 giugno 1941, Atti 10635/1938, all. 22, in AOM, *Quadreria*.

11 - Codice dei beni culturali e del paesaggio (D. lgs. 22/01/2004, art. 65); e T.U. delle disposizioni legislative in materia di beni culturali e ambientali (D. Lgs. 29/10/1999, n. 490, art. 3/f).

12 - Un fondamentale aiuto è stato fornito in questa fase, a titolo di puro volontariato, dal dott. Giancarlo Monterisi, del Gruppo Archeologico Milanese. Un sincero ringraziamento a Marina Negri, direttrice del Corso di laurea in Infermieristica, per lo spazio messo a disposizione in via Pace 9.

Cronache amministrative

secondo trimestre 2004

a cura del Commissario straordinario dell'IRCCS Ospedale Maggiore

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

a - direzione amministrativa

- comodato d'uso di due congelatori verticali della ditta AHSI Spa al Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti: accettazione.

b - direzione scientifica

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore al progetto di ricerca finalizzata 2003: "Susceptibilità all'infiammazione come fattore di rischio di cancro", convenzione n. 146 assegnata dal Ministero della Salute all'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori;

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore al progetto di ricerca finalizzata 2003: "Identificazione e caratterizzazione di bersagli molecolari nelle malattie linfoproliferative", convenzione n. 200, assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Istituto Dermopatico dell'Immacolata;

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore con l'IRCCS Fondazione Casimiro Mondino al progetto di ricerca finalizzata "Rete regionale d'eccellenza per l'assistenza alla malattia di Parkinson" assegnata dal Ministero della Salute alla Regione Lombardia;

- Ministero della Salute, progetti di ricerca finalizzata ammessi al finanziamento per l'esercizio finanziario 2003: ricerca finalizzata RF/252: "Ottimizzazione del rapporto costo/beneficio del trattamento neurochirurgico con stimolazione cerebrale profonda della malattia di Parkinson e della distonia mediante un approccio neurofisiologico innovativo"; presa d'atto dell'assegnazione dei singoli finanziamenti alle singole unità operative partecipanti e approvazione dei protocolli di intesa con le unità operative esterne;

- Ministero della Salute - Finanziamento dei program-

mi speciali ex art. 12 comma 2 lett. B) D. LGS. 502/92 per l'esercizio finanziario 2003, convenzione n. 159: "Tecnologia al servizio dell'uomo per organizzazione, gestione e governo della salute (tecnosalute): approvazione della collaborazione tra l'Ospedale Maggiore di Milano e le unità operative interne e unità operativa esterna ASL Città di Milano e del relativo protocollo d'intesa;

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore al progetto di ricerca finalizzata 2003: "Le linee guida spread per l'ictus cerebrale: infrastruttura informatica di validazione", convenzione n. 192 assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS "Fondazione Casimiro Mondino";

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore al progetto di ricerca finalizzata 2003: "Studio della complessità fenotipica delle epilessie attraverso un approccio integrato di genetica, biochimica e farmacogenetica", convenzione n. 187 assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Eugenio Medea - Associazione La Nostra Famiglia;

- Ministero della Salute - Finanziamento dei programmi speciali ex art. 12 comma 2 lett. B) D. LGS. 502/92 per l'esercizio finanziario 2003, convenzione n. 157: "Distrofie muscolari dei cingoli: correlazioni clinico-genetiche, meccanismi patogenetici del danno muscolare e fattori prognostici" e convenzione n. 158: "Polimorfismi dei geni dell'infiammazione nell'infarto miocardico giovanile": approvazione della collaborazione tra l'Ospedale Maggiore di Milano e le unità operative esterne e dei relativi protocolli d'intesa.

c - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi

- indicazione di trattativa privata per la realizzazione di due corsi di formazione per operatore socio sanitario di mille ore, riservati agli ausiliari specializzati dell'Ente;

- convenzione con l'Università degli Studi di Milano per l'attivazione del tirocinio pratico valutativo di medicina e chirurgia quale parte integrante dell'esame di Stato per l'abilitazione alla professione di medico-chirurgo: approvazione;
- convenzione con l'Università degli Studi di Milano per l'effettuazione di tirocinio di studenti e di laureati o diplomati universitari da non più di diciotto mesi;
- rinnovo della convenzione tra l'Ospedale Maggiore, l'Azienda ospedaliera Ospedale Fatebenefratelli e oftalmico di Milano e l'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di perfezionamento di Milano, per l'espletamento del tirocinio pratico degli studenti del corso di diploma universitario per tecnico sanitario di radiologia medica in applicazione dell'accordo attuativo con l'Università degli Studi di Milano;
- convenzione di tirocinio di formazione e orientamento con l'Istituto tecnico statale industriale "Ettore Molinari";
- autorizzazione al corso di perfezionamento in dermatologia plastica anno accademico 2004-2005;
- convenzione con il Politecnico di Milano per il tirocinio di formazione e orientamento;
- concessione di patrocinio al corso di aggiornamento "The Resnick Course on joint MRI Imaging: part two", Milano 3-4-5 giugno 2004;
- rinnovo delle convenzioni tra l'Ospedale Maggiore di Milano, l'Istituto Europeo di oncologia di Milano, l'Azienda ospedaliera Ospedale San Carlo Borromeo di Milano e l'Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano per l'espletamento del tirocinio pratico degli studenti del corso di diploma universitario per tecnico sanitario di radiologia medica in applicazione dell'accordo attuativo con l'Università degli Studi di Milano;
- convenzione con il consorzio Scuole Lavoro Milano Scarl per lo svolgimento di tirocinio di formazione ed orientamento del corso per installatore manutentore hardware e software;
- in merito al corso ECM "Tecniche per la gestione e comunicazione dei rapporti interpersonali" organizzato dal consorzio "IRCCS MI. CO";
- convenzione tra l'Università degli Studi di Pavia e l'Ospedale Maggiore di Milano per lo svolgimento dell'attività di tirocinio didattico e di tirocinio orientativo per la conoscenza diretta del mondo del lavoro;

- approvazione del documento programmatico sulla sicurezza dei dati personali redatto ai sensi del decreto legislativo 30.6.2003, n. 196;
- indizione di trattativa privata per la fornitura ed installazione di un nuovo gruppo frigorifero per l'unità di trattamento aria alla MOC presso il padiglione Granelli;
- programma di taratura dosimetri e di taratura strumentale per la durata di un anno.

d - unità operativa approvvigionamenti

- trattativa privata triennale per la fornitura di sensori monouso e pluriuso SPO2 per saturimetri di marche diverse e relativa riparazione, generazione: aggiudicazione;
- indizione di 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;
- trattativa privata per l'acquisizione di due centrifughe per la centrifugazione delle donazioni di sangue intero, da installare presso l'U.O. Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti, padiglione Marangoni: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per l'acquisto di apparecchiature varie con fondo derivante da sperimentazioni cliniche di farmaci a favore dell'U.O. oculistica;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di arredi e attrezzature diverse da destinare alle sezioni di allergologia dell'U.O. Medicina interna 2, sita in via Pace 9 pad. II;
- indizione di trattativa privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per la determinazione della presenza di helicobacter pylori (breath test) comprendente le apparecchiature in uso unitamente agli accessori, il relativo diagnostico e i materiali di consumo complementari nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, per tre anni;
- indizione di trattativa privata diretta per la fornitura di defibrillatori impiantabili automatici (AICD) e stimolatori biventricolari, a carattere di unicità;
- pubblico incanto per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per chimica clinica (substrati,

enzimi elettroliti e proteine specifiche), comprendente l'apparecchiatura in uso unitamente agli accessori, i relativi reagenti (compresi i reagenti ausiliari), calibratore/i, i diluenti, materiale di controllo, materiali di consumo necessari nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso per tre anni: aggiudicazione definitiva;

- trattative private dirette per la fornitura di materiale di consumo per specifiche apparecchiature sanitarie: aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura di: sostanza visco elastica per chirurgia oculare (aggiudicazione); strumentario chirurgico per un anno (aggiudicazione); dispositivi medici per anestesia e rianimazione a carattere di unicità (aggiudicazione); tamponi in schiuma di acetato di polivinile e lancette per microchirurgia (aggiudicazione);

- trattativa privata per l'acquisizione di diverse apparecchiature da installare presso il padiglione Zonda, reparto di degenza 1° e 2° piano e camere operatorie: aggiudicazione;

- licitazione privata per la fornitura di materiali d'uso per dialisi per due anni: aggiudicazione; indicazione di trattativa privata per la fornitura di sacche di fisiologica a tutto il 30.4.06;

- indicazione di trattativa privata per la fornitura annuale di dispositivi medici per CPAP, casco per CPAP e spazzolini per l'igiene orale dei pazienti in rianimazione;

- indicazione di trattativa privata per la fornitura di protesi vascolari (annuale); dispositivi medici per l'U.O. trapianto di fegato; dispositivi per il laboratorio di elettrofisiologia dell'U.O. cardiologia; spremisacche (triennale);

- pubblico incanto per la fornitura di prodotti diversi monouso in tessuto non tessuto (TNT) per tre anni: aggiudicazione;

- indicazione di trattativa privata triennale per la fornitura di provette per la determinazione della velocità di eritrosedimentazione e fornitura "in service" del relativo lettore;

- indicazione di trattative private dirette per la fornitura di: materiale di consumo "capsule monouso ingeribili Given" per il sistema diagnostico per immagini Given Imaging installato presso l'U.O. di epatologia medica di via Pace e materiale di consumo per l'iniettore angiografico Acist medical

system installato presso l'U.O. S. di emodinamica;

- trattativa privata triennale per la fornitura di generatori di tecnezio 99 M a secco e a umido, tallio 201 cloruro e gallio 67 citrato: aggiudicazione;

- licitazione privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per chimica clinica (metaboliti, enzimi, elettroliti, marcatori cardiaci e monitoraggio farmaci) per l'U.O.S. laboratorio di urgenza comprendente 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;

- indicazione di trattative private per la fornitura di: preparati antisettici e disinfettanti con carattere di unicità (per un anno); medicazione specialistica con carattere di unicità; dispositivi diversi per ortopedia/traumatologia (per due anni, aggiudicazione); impianti cocleari a carattere di unicità per l'U.O. di otorinolaringoiatria, pad. Moneta (aggiudicazione); cateteri Swan Ganz per monitor vigilance Edwards (aggiudicazione); materiale di consumo per specifiche apparecchiature da laboratorio;

- trattativa privata per la fornitura di filtri per la leuco-deplezione dei concentrati eritrocitari e piastrinici per l'Unità operativa centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti (per due anni): aggiudicazione;

- fornitura di sacche sterili per conservazione e/o trasporto organi, per due anni: aggiudicazione;

- trattativa privata diretta per il noleggio di apparecchiatura per emodialisi in dotazione a paziente in trattamento dialitico domiciliare: aggiudicazione;

- indicazione di trattativa privata per la fornitura di: consumabili in plastica per colture cellulari, sierologia, batteriologia ecc. da laboratorio e di soluzioni sterili per un anno;

- indicazione di trattativa privata per la fornitura di: aghi trancianti tipo Meneghini automatici per biopsia istologica; sistemi di riscaldamento di sangue e fluidi con acquisizione "in service" delle relative apparecchiature;

- pubblico incanto per la fornitura di aghi per biopsia e alcolizzazione per tre anni: aggiudicazione;

- trattative private per la fornitura di: dispositivi medici per clisma opaco (biennale, aggiudicazione); materiale diverso per l'U.O. neurochirurgia (aggiudicazione); terreni di coltura pronti all'uso in provetta (aggiudicazione); fattori della coagulazione diversi (aggiudicazione);

- indizione di trattativa privata per la fornitura di: materiale per i diversi tipi di endoscopia; strumentario chirurgico (annuale);
- trattative private dirette per la fornitura di: dispositivi per l'U.O. chirurgia generale ad indirizzo toracico (aggiudicazione) e dispositivi per anestesia e rianimazione a carattere di unicità originali Tyco/Mallin-crodt/Dar (aggiudicazione);
- pubblico incanto per la fornitura sistema chiuso (provette sterili e materiale di prelievo complementare) per la raccolta ed il trasporto di campioni di sangue per l'esecuzione di determinazioni analitiche in chimica clinica, ematologia, coagulazione, microbiologia per tre anni: approvazione del verbale di gara e aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di: sacche per drenaggio urinario (per due anni); dispositivi medici per anestesia e rianimazione a carattere di unicità; materiale per fisiopatologia digestiva; elettrodi per E.C.G. e monitoraggio cardiaco (per tre anni); cateteri venosi centrali (per tre anni);
- indizione di trattativa privata triennale per la fornitura di coperte termiche scalda-paziente e relative apparecchiature "in service";
- trattativa privata per la fornitura di: dispositivi medici diversi per l'U.O. urologia (aggiudicazione); pipette diverse di marca Eppendorf e Gilson e relativo materiale di consumo (per due anni, aggiudicazione); sistemi impiantabili (Porth e Cath) per terapia infusoria venosa e arteriosa (per due anni, aggiudicazione); lancette pungidito per due anni, aggiudicazione);
- trattativa privata diretta per la fornitura di dispositivi per la determinazione del tempo di emorragia Simplate originali Biomerieux: aggiudicazione;
- trattativa privata diretta per la fornitura annuale di dispositivi vari per elettroencefalografia (E.E.G.), elettromiografia (E.M.G.) e potenziali evocati (E.P.): aggiudicazione;
- stampa rivista "la Ca' Granda" per un anno;
- trattativa privata per la fornitura annuale di tappeti decontaminanti ad azione battericida: aggiudicazione;
- trattativa privata diretta per la fornitura di materiali di consumo per umidificatori per un anno: aggiudicazione;
- fornitura di nastri per suture cutanee e telini per incisione per un anno: aggiudicazione;
- licitazione privata per l'aggiudicazione del servizio noleggio, lavaggio, manutenzione, consegna e

- ritiro della materasseria occorrente all'Ospedale per tre anni e aggiudicazione;
- fornitura arredi diversi per la realizzazione della nuova sala di rappresentanza dell'Ospedale Maggiore, Palazzo Uffici: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di arredi diversi per la nuova segreteria/refertazione del padiglione Sacco dell'Ospedale Maggiore: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di armadietti spogliatoio per il personale infermieristico e assimilabile del pad. Zonda: aggiudicazione.

e - ufficio marketing sanitario

- convenzione per l'esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l'Azienda USL di Ravenna e presso l'Azienda ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda e Azienda ospedaliera Ospedale San Gerardo di Monza (rinnovo);
- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neurochirurgica a favore di pazienti dell'Azienda ospedaliera Ospedale di Melegnano P.O. "Vizzolo Predabissi" (rinnovo) e dell'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di perfezionamento;
- convenzione per l'effettuazione di prestazioni di consulenza urologica per pazienti ricoverati agli Istituti Clinici di perfezionamento;
- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza anestesologica per pazienti dell'Azienda ospedaliera Ospedale San Gerardo di Monza, P.O. Bassini;
- convenzione per l'esecuzione di analisi di laboratorio e di consulenza epatologica per pazienti ricoverati presso l'Azienda ospedaliera Istituto ortopedico "Gaetano Pini" (rinnovo);
- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neuroradiologica diagnostica ed interventistica per pazienti dell'Azienda ospedaliera Maggiore della Carità di Novara e di consulenza radiologica per pazienti dell'Ospedale di Treviglio Caravaggio (rinnovo 2004);
- protocollo di collaborazione per attività di cardiocirurgia tra l'Ospedale Maggiore di Milano, l'Azienda ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda e l'Istituto Policlinico San Donato;
- convenzione per l'esecuzione di test enzima eritrocitario PK a favore dell'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di perfezionamento;
- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale San

Paolo di Milano per prestazioni di citopatologia e di anatomia patologica;

- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale civile di Vimercate per consulenza neuroriabilitativa e conseguente trasferimento in ambiente riabilitativo di pazienti neurolesi, ricoverati presso il Policlinico e per determinazioni di amianto in campioni massivi (rinnovo);

- convenzione con l'Istituto ortopedico "Gaetano Pini" per prestazioni di consulenza ortopedica e traumatologica per pazienti degenti presso l'Ospedale Policlinico;

- convenzione con l'Istituto nazionale neurologico Carlo Besta per l'esecuzione di prestazioni di consulenza radioterapica e effettuazione di radioterapie a favore di pazienti oncologici dell'Ospedale Policlinico;

- convenzione con l'Associazione "ASME Onlus" per il sostegno all'assistenza e allo studio dei malati ematologici;

- convenzione per prestazioni di consulenza neurochirurgica a titolo gratuito a favore di pazienti dell'Azienda ospedaliera Ospedale San Carlo Borromeo;

- convenzione con l'Ospedale Niguarda Ca' Granda - presidio ospedaliero Villa Marelli - per l'esecuzione di test tubercolari;

- convenzione con gli Istituti Clinici di perfezionamento per prestazioni di consulenza di ostetricia e ginecologia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e ricostruttiva ed altre branche specialistiche non presenti nell'Istituto, da effettuarsi a favore di pazienti dell'Ospedale Policlinico, rinnovo;

- convenzione con gli Istituti Clinici di perfezionamento per prestazioni di chirurgia vascolare a pazienti afferenti al Pronto Soccorso e pazienti degenti dell'Ospedale Maggiore di Milano.

f - unità operativa patrimonio

- convenzione urbanistica tra il Comune di Milano, l'Ente e la Fondazione LU.V.I. Onlus per la ristrutturazione della Cascina Brandezzata sita in Milano, da destinare all'insediamento di un Hospice per pazienti terminali e di un centro aiuti e formazione per le cure palliative.

g - ufficio relazioni con il pubblico

- approvazione del progetto di applicazione della DGR. VII/8504 del 22.3.2002 sulla qualità percepita dei servizi sanitari e sui metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione dei pazienti degenti e ambulatoriali per l'anno 2004.

h - unità operativa sistemi informativi e informatici

- indizione per la fornitura di licenze software anti-virus per l'Ospedale Maggiore;

- aggiudicazione della trattativa privata per la fornitura di due sistemi per la gestione del protocollo informatico e per la gestione elettronica dei documenti per l'Ospedale Maggiore di Milano e per l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano.

i - servizio beni culturali

- redazione di saggi introduttivi e realizzazione di una pubblicazione illustrata a carattere storico-scientifico dedicata al Policlinico di Milano;

- restauro del dipinto "Ritratto di Camilla Litta Lomellini", autore Matteo Picasso, proprietà dell'Ospedale Maggiore;

- ritiro di un vaso di farmacia, proprietà dell'Ospedale Maggiore, depositato presso le Raccolte d'arte applicata del Comune di Milano al Castello Sforzesco.

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