



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,
mangiagalli e regina elena - anno XLVI - n. 2 - 2005

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,
mangiagalli e regina elena - anno XLVI - n. 2 - 2005

sommario

pagina

Ai lettori	1
La Festa del Perdono 2005 - La cerimonia religiosa	2
L'adunanza commemorativa - Presentazione <i>Carlo Tognoli</i>	6
Il saluto del Rettore dell'Università degli Studi <i>Enrico Decleva</i>	9
Gli IRCCS e le Fondazioni <i>Girolamo Sirchia</i>	11
La Ca' Granda, ospitalità e speranza <i>cardinale Dionigi Tettamanzi</i>	13
Alle origini dell'Ospedale Grande: il duca, il papa, la città <i>Francesco Somaini</i>	19
Fundatio Hospitalis Magni: la rinascita ospedaliera <i>Giorgio Cosmacini</i>	34
Vita religiosa e assistenza nella storia della Ca' Granda <i>Edoardo Bressan</i>	36
Ricovero e cura: missione istituzionale e di ricerca <i>Ferruccio Bonino</i>	38

* * * * *

Unità biologica e individualità <i>Roberta De Monticelli</i>	43
Asterisco	46
Il "buonsenso" ha ancora senso? Riflessioni di un cardiologo..... <i>Andrea Finzi</i>	47
Il 2005 anno internazionale della Fisica <i>Giuseppe Eulisse, Francesca Eulisse</i>	53
Recensioni <i>Milena Lerma</i>	57
Cronache amministrative.....	60

La copertina

Statua della Vergine Annunziata posta nell'ordine superiore della facciata d'ingresso dell'antica Ca' Granda, eseguita da G.P. Lasagna, noto scultore lombardo attivo nella prima metà del secolo XVII
(da "La Ca' Granda di Milano. L'intervento conservativo del cortile richiniano", SNAM S.p.A., 1993)

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

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

ai lettori

Il fascicolo si apre con la celebrazione tradizionale della Festa del Perdono, sull'organizzazione della quale quest'anno hanno inciso anniversari importanti e coincidenze.

A seicento anni dalla sua nascita abbiamo ricordato Pio II Piccolomini, il grande papa senese al quale si deve la bolla di fondazione dell'Ospedale Maggiore (1458) e, ancora, la bolla "Virgini gloriosae" (1459), con la quale egli fonda questa nostra Festa del Perdono: festa che nei propri fini istituzionali porta l'Ospedale e la sua Città a vivere insieme come alle origini, a comunicarsi vicende, problemi, proposte, programmi a favore della comunità e dei sofferenti, nei propositi migliori per gli uni e gli altri. Straordinaria occasione comunque l'attuale Festa per rifare memoria delle nostre origini (1456) e dell'eccezionale costante "presenza" umana, culturale, assistenziale, scientifica della nostra Ca' Granda nei secoli. Lo ha fatto con particolare documentata partecipazione il prof. Francesco Somaini, docente di Storia Medioevale all'Università di Lecce, nella relazione centrale dell'incontro commemorativo nell'aula magna dell'Università Statale, dopo la celebrazione religiosa nella chiesa secentesca dell'Annunciata, presieduta dal cardinale Dionigi Tettamanzi. "Indispensabile evidenziare e sottolineare qui - ha detto all'inizio il prof. Somaini - l'interdipendenza originale fra la storia dell'Ospedale Maggiore e la storia di Milano...", divenuta indissolubile nel tempo, come dimostrano le realtà dei secoli successivi.

Accenni storici sulla città a noi tanto legata, sulla Ca' Granda e sui valori religiosi-socio-culturali emersi tornano in tutti gli interventi della giornata e sono riportati dall'originale nella rivista. Ed è nella rivista la cronaca della manifestazione, conclusasi con la attesa premiazione dei dipendenti collocati a riposo nel biennio 2003-2004.

* * * * *

Secondo consuetudine la rivista prosegue con interventi culturali e di informazione.

Vissute e straordinariamente attuali le pagine del dottor Andrea Finzi, cardiologo, con le quali egli richiama la nostra attenzione sul valore di ieri, di oggi, di sempre, del "buonsenso".

Impossibile fare citazioni o fermarci su qualche concetto. Vi gira attorno la storia di una scelta professionale voluta e in piena attuazione, vive in ogni pagina la cardiologia in tutte le sue fasi terribilmente affascinanti di questi anni, e vive per l'autore, ove necessario, anche nell'amarezza critica.

(...) "Ciascuno di noi è unico. Lo sappiamo, vagamente. Non stiamo su tanto a pensarci. E saperlo, quando abbiamo a che fare con l'automobilista della fila di fianco o il vicino in autobus, non cambia molto alla nostra faticosa coesistenza con loro. Lo sappiamo, ma come non sapendolo, distrattamente: nel modo svagato e un po' assente in cui ci portiamo dietro tutto il sapere che non ci serve. Anche il nostro sapere implicito è un po' quello di un sonnambulo (...)" Una citazione volutamente incompleta dall'intervento prestigioso di Roberta De Monticelli, perché il lettore vi sia subito chiamato con interesse e alta curiosità e non perda una riga dall'inizio.

L'anno internazionale della Fisica: considerarlo "... punto d'arrivo di una lunga serie di scoperte e teorie che caratterizzano la scienza del Novecento, oppure immaginarlo come punto di partenza delle future conquiste scientifiche?" Ne scrivono qui per noi Giuseppe e Francesca Eulisse.

"Il Millennio e le promesse non mantenute contro la povertà", nella meditata puntuale recensione di Milena Lerma; l'asterisco e le cronache amministrative chiudono il fascicolo.

La Festa del Perdono 2005



L'arrivo di Sua Eminenza il cardinale Dionigi Tettamanzi nella sede amministrativa dell'Ospedale Maggiore. Lo accompagna il presidente della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Carlo Tognoli.

Eventi determinanti conseguenti alla dolorosa scomparsa del Sommo Pontefice hanno portato la celebrazione della Festa del Perdono al 24 maggio. La Messa solenne presieduta dal cardinale Dionigi Tettamanzi ha dato inizio al tradizionale incontro del Parroco con la comunità ospedaliera e coi rappresentanti istituzionali della città. Presenti in chiesa, per la Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, il presidente Tognoli, i consiglieri Bandera, Borloni, Ornaghi, Villani, Zanconato, il direttore generale Di Benedetto, il direttore scientifico Bonino, il direttore

amministrativo Midolo, il direttore sanitario Maltagliati, funzionari, dirigenti, visitatori, medici, rappresentanze delle associazioni volontaristiche e del personale religioso e laico ospedaliero.

Monsignor Cresseri, rettore vicario dell'istituzione, ha rivolto al Cardinale il saluto affettuoso della comunità:

«Eminenza reverendissima, è la seconda Festa del Perdono che celebriamo con Lei; diciamo “finalmente” perché per ben due volte abbiamo dovuto rinviare la data. Noi tutti La accogliamo con gioia, La ringraziamo per aver accolto il nostro invito e siamo desiderosi di ascoltare la sua calorosa e chiara parola, tra poco in questa celebrazione eucaristica e poi nell'Aula Magna dell'Università Statale, che gentilmente è stata messa a nostra disposizione.

Colgo l'occasione per anticiparle, anche a nome di tutto l'ospedale, gli auguri di buon onomastico; domani faremo memoria di san Dionigi, vescovo di Milano – quindi suo predecessore – vissuto poco prima del patrono Sant'Ambrogio. Auguri, Eminenza. La Festa del Perdono, che continua nel tempo dal lontano 1459, è stata voluta e sostenuta dal Papa di allora Pio II, *Enea Silvio Piccolomini*, di cui commemoriamo i 600 anni della nascita. È nostro fermo proposito conservare questa storica ricorrenza, perché sia sempre faro luminoso per l'avvenire che ci attende.

E infatti dall'inizio di quest'anno 2005, il nostro Ospedale Maggiore Policlinico è diventato “*Fondazione*”: ha unito cioè le sue forze con una parte considerevole degli Istituti Clinici di Perfezionamento raddoppiando così i suoi ospiti – i degenti – che si rivolgono a noi chiedendo attenzione al loro caso umano, competenza nella diagnosi e cura nella soluzione delle loro patologie.

Sappiamo, e concludo, che il nostro Ente ospedaliero è di fronte ad una sfida, ma siamo anche consapevoli di avere tutte le potenzialità necessarie per

costruire un glorioso futuro. Noi cappellani e religiose vogliamo dare il nostro contributo per il bene di chi soffre e vogliamo contribuire all'umanizzazione del nostro Ospedale, Istituto di cura e ricerca."

Al Vangelo, l'omelia di Sua Eminenza che qui riportiamo:

«Saluto tutti e ciascuno di voi nel nome del Signore Gesù e con l'affetto del suo cuore.

Vorrei iniziare questa meditazione religiosa con il ricordo di tre Sommi Pontefici. Il primo è Pio II. Anche Monsignor Cresseri ha fatto memoria di questo eminente Pastore, di cui ricorre quest'anno il VI centenario della nascita. Egli fu il fondatore di questo Ospedale insieme a Francesco Sforza, e a questa circostanza fece riferimento l'allora Monsignor Giovanni Battista Montini che li chiamò i "genitori" dell'Ospedale Maggiore.

Il secondo Pontefice che vorrei ricordare è proprio Paolo VI che, prima di essere chiamato al soglio di Pietro, fu per nove anni Arcivescovo di questa città.

Quest'anno ricorre il 50° del suo ingresso in diocesi, e noi tutti facciamo grata memoria del suo servizio, un servizio sapiente e generoso che prestò anche in questo Ospedale. Diventando Arcivescovo di Milano, infatti, egli diventava anche Parroco dell'Ospedale Maggiore, il Parroco di questa chiesa. Nei suoi scritti emerge la coscienza viva, vorrei dire insieme trepidante ed esaltante, di questo suo compito pastorale, che svolse sempre con una dedizione e un'attenzione particolare. Egli visitò più volte l'Ospedale Maggiore e all'Ospedale Maggiore dedicò alcuni interventi magisteriali e pastorali davvero molto significativi e importanti.

Noi tutti, e io per primo, ci sentiamo oggi impegnati a raccogliere questa preziosa eredità. Anch'io nelle mie intenzioni, nelle mie preghiere, nella mia preoccupazione insieme pastorale e umana voglio riservare un posto privilegiato all'Ospedale Maggiore e oggi desidero, in particolare, dedicare la celebrazione di questa santa Messa all'avvenire di questa istituzione.



La celebrazione eucaristica nella secentesca chiesa dell'Annunciata, presieduta dal Cardinale Arcivescovo.

Desidero infine ricordare Giovanni Paolo II, da poco scomparso. Come possiamo dimenticare che fu l'unico Pontefice che, come Vicario di Cristo, visitò questo Ospedale? Nella sua prima visita alla Diocesi, infatti, il 22 maggio 1983, quasi in questi stessi giorni, volle recarsi in quest'Ospedale e davanti al padiglione Granelli pronunciò un breve ma intenso discorso rivolto ai medici, al personale tutto e in particolare agli ammalati.

Nell'incontro successivo mi dedicherò ai complessi problemi della sanità e alle sfide che la situazione odierna ci pone, ma qui, in questa Eucaristia, desidero insieme a voi pregare il Signore affinché le tante risorse materiali, spirituali e umane, di cui questo Ospedale è ricco, siano messe davvero a frutto nel segno della libertà, della responsabilità, della solidarietà e della generosità proprie della tradizione di questa Ca' Granda. Penso che possiamo usare anche oggi questo termine, che sta veramente a cuore non soltanto a noi milanesi, ma anche a tutti coloro che nel passato cercano le radici sempre vive e vivificanti del loro impegno. Solo così potremo infatti costruire un futuro coerente con la nostra storia e capace di rispondere ai nuovi problemi che l'evoluzione dei tempi ci pone.

Quest'oggi vorrei meditare brevemente con voi su questo racconto così bello dell'evangelista Luca, il racconto dell'Annunciazione che, come sappiamo, ha ispirato migliaia e migliaia d'artisti. Anche noi possiamo ammirare in questa chiesa il bel quadro che il Guercino gli ha dedicato. Gli artisti, a loro modo, hanno contemplato il mistero dell'Annunciazione e anche noi, come loro, vogliamo sostare in contemplazione e in preghiera davanti a questo incontro nell'umile casa di Nazareth, un incontro che è molto lontano nel tempo, ma che anche oggi è vivo, è efficace, è per tutti noi fonte di gioia e di grazia.

Sì, questo racconto inizia con un invito alla gioia. L'angelo Gabriele si rivolge a Maria e la invita a gioire perché è piena di grazia, perché con lei c'è il Signore. Il racconto si apre dunque con un Vangelo, con una lieta notizia. Ma questa non è una lieta notizia come tante, è la lieta notizia per antonomasia perché viene svelato un fatto che è decisivo per la storia dell'umanità intera e per la storia di ciascuno di noi: il Figlio eterno di Dio si fa uomo come noi nel grembo e nel cuore di Maria.

Questa è dunque una notizia di gioia, ma stranamente la risposta di Maria ci parla di turbamento, di paura, di uno strascico di difficoltà e di disagio. Tocca all'angelo dire a Maria: "*Non temere*" e spiegarle perché non bisogna avere paura. Non bisogna avere paura proprio perché il disegno d'amore del Padre vuole che il Figlio prediletto diventi uno di noi per la nostra salvezza. "*Nel tuo grembo nascerà una nuova vita e la nuova vita sarà del Figlio di Dio*".

Questa è una notizia ancora più gioiosa, ma di nuovo questa gioia è velata di fronte all'oscurità e all'incomprensibilità dell'annuncio. La Madonna risponde dicendo: "*Non capisco, io non conosco uomo. Com'è possibile che tutto questo avvenga?*". E l'angelo di nuovo ribadisce questo annuncio di gioia e le spiega che nulla è impossibile a Dio: Egli fa nascere in una ragazza vergine una fecondità straordinaria e meravigliosa, una fecondità che rende Maria da vergine madre, Madre di Dio.

Ma di nuovo il Vangelo si chiude con un chiaro accenno alla sofferenza e al dolore. La Madonna esprime tutta la sua disponibilità di fronte all'annuncio dell'angelo. Ella infatti risponde dicendo: "*Ecco, io sono la serva del Signore; si faccia di me secondo la tua volontà*". Noi sappiamo qual è la volontà di Dio. Anche Maria, lei tutta pura e tutta innocente, deve portare il suo personale contributo alla salvezza di questo mondo stando anche lei ai piedi della croce e contribuendo con il suo dolore di Madre alla redenzione operata da Cristo sulla croce.

È davvero strano, o meglio suggestivo, questo racconto dell'Annunciazione, perché vi troviamo mescolati ed espressi sentimenti contrastanti. Da un lato troviamo la gioia ma, dall'altro, troviamo il disagio di fronte all'annuncio di cose oscure e incomprensibili e troviamo, soprattutto, la paura, perché il racconto ci dice che il cammino della vita riserva a tutti noi la salita al Calvario, e che a noi è chiesto il coraggio di accogliere la volontà di Dio anche nei momenti faticosi e inquietanti della prova, della malattia, della sofferenza.

Penso, in termini molto semplici e immediati, che questo sia il messaggio che può essere di grande utilità per tutti e per ciascuno di noi. Sì, carissimi,

siamo invitati alla gioia; il nostro è un destino di vita, di libertà, di felicità piena, però questo destino va pagato quotidianamente anche attraverso l'accoglienza della prova, della fatica, del disagio, della paura, dell'angoscia, talvolta persino della disperazione. Va pagato con la croce. Penso che questa riflessione così semplice possa aiutare ciascuno di noi nel suo servizio in quest'Ospedale. Ciascuno nel suo ambito, con la propria intelligenza e scienza e con la propria cura, deve impegnarsi a fare in

modo che il momento della sofferenza non sia un momento che deprime e rende ancora più faticoso il cammino della vita, ma sia un momento che si armonizza sempre con la speranza, anzi con la fede certa che il nostro destino è il destino della vita, della gioia, della felicità. Invochiamo insieme la Madonna perché interceda per gli ammalati, per i medici, per tutti, per l'avvenire del nostro Ospedale.»

Trascrizione dalla registrazione non rivista dall'Autore



Altri momenti della celebrazione eucaristica.
Il Cardinale tiene la sua omelia.

Il Gruppo musicale “Settimo Suono” guidato dalla dott.ssa Anna Dell’Orto ha accompagnato la celebrazione eucaristica con canti liturgici.

* * * * *

Le autorità e le persone convenute si sono quindi portate nell’aula magna dell’Università Statale, gentilmente concessa, per il proseguimento dell’attesa manifestazione.

Anniversari importanti e coincidenze hanno inciso quest’anno sull’organizzazione della Festa del Perdono.

A seicento anni dalla sua nascita viene ricordato Pio II Piccolomini, il grande Papa senese al quale si deve la bolla di fondazione del nostro Ospedale Maggiore (1458) e, ancora, la bolla “*Virgini gloriosae*” (1459), con la quale egli istituisce questa nostra secolare festa: “Un giubileo solenne che richiamava e richiama l’attenzione, allora, del Ducato, oggi della Città, della Provincia, della Diocesi, sulla utilità e la validità della Ca’ Grandà”, tanto più nell’occasione, oggi, della nuova Fondazione ospedaliera.

Straordinaria occasione, quindi, per rifare memoria delle nostre origini (1456) e dell’eccezionale costante “presenza” umana, culturale, assistenziale, scientifica della nostra Ca’ Grandà nei secoli.

Presenti, fra le personalità in aula, il prefetto dott. Bruno Ferrante, il presidente del Consiglio comunale Vincenzo Giudice in rappresentanza del Sindaco. Sul palco, accanto al presidente della Fondazione Carlo Tognoli, il cardinale Dionigi Tettamanzi, il rettore dell’Università prof. Enrico Decleva, il prof. Girolamo Sirchia, i relatori professori Francesco Somaini, docente di Storia medioevale dell’Università di Lecce, Giorgio Cosmacini, storico della Medicina e della Sanità, Edoardo Bressan, docente di Storia contemporanea dell’Università di Milano, Ferruccio Bonino, direttore scientifico della Fondazione.

Dà avvio alla cerimonia il presidente Carlo Tognoli

Com’è noto non abbiamo potuto far svolgere la Festa del Perdono nella data prestabilita del 4 aprile di quest’anno per la sopravvenuta scomparsa di Sua Santità Giovanni Paolo II.

Non potevamo non manifestare i sentimenti del nostro affetto e del nostro cordoglio nei confronti

di un Pontefice, che, oltre ad avere lasciato un segno determinante nella storia della Chiesa e in quella del mondo intero, ha avuto un rapporto particolare con la nostra città.

Ho avuto l’alto onore e la gratificazione di ricevere Sua Santità nelle visite milanesi del maggio 1983 e del novembre 1984.

Il primo di questi incontri avveniva dopo 565 anni dal passaggio a Milano di Martino V di ritorno dal Concilio di Costanza. Fu l’incontro con la città ambrosiana e con la sua comunità religiosa, civile, economica, sociale e culturale.

La successiva presenza di Karol Wojtyła, in occasione del quinto centenario della morte di San Carlo, doveva avere un carattere prevalentemente religioso, in omaggio al principe della Chiesa, protagonista del Concilio di Trento e Pastore della diocesi milanese. Ebbe invece un significato particolare, poiché si svolse alcuni mesi dopo l’attentato di Ali Agca, in singolare analogia con quello che era stato consumato cinque secoli prima nei confronti di San Carlo.

In quella occasione Giovanni Paolo II, parlando di San Carlo, citò il cardinale Seripando, contemporaneo del Borromeo: “... uomo di frutto e non di fiore, di fatti e non di parole ...”.

È quanto noi possiamo dire del Papa che ci ha recentemente lasciati e che per noi è stato anche il Papa della libertà.

Oggi i nostri auguri vanno a Benedetto XVI, che tanta consuetudine di fede, di pensiero e di azione ha avuto con il suo predecessore.

La Festa del Perdono si incrocia quest’anno con il seicentesimo anniversario della nascita di Papa Piccolomini, Pio II, senese, cui si deve, com’è noto, la bolla fondativa dell’Ospedale Maggiore e la bolla “*Virgini Gloriosae*”, istitutiva dell’evento spirituale e civico che ancora oggi celebriamo e che ricorda l’alleanza tra la carità cristiana e la società civile e politica.

Affidando il progetto al Filarete (che doveva essere “*architectus, fabricator, director et ingenierius*”), Francesco Sforza pensava ad ospedali come quelli di Siena o di Firenze, Santa Maria Nuova. E proprio quest’ultimo fu il modello iniziale.

L’Ospedale Maggiore nacque peraltro dall’unione di un gran numero di ospedali preesistenti alcuni dei quali destinati ad accogliere bambini.



Conclusa la cerimonia religiosa, ha inizio nell'aula magna dell'Università Statale l'adunanza commemorativa della Festa. Al tavolo della presidenza il Cardinale Arcivescovo, il presidente Carlo Tognoli e, da sinistra, Ferruccio Bonino, Francesco Somaini, Enrico Decleva, Girolamo Sirchia, Edoardo Bressan, Giorgio Cosmacini.

Nella seconda metà del milleseicento, venne creato all'interno del Maggiore il "quarto delle balie", e nel 1780, sotto Maria Teresa, sorse la Pia Casa di Santa Caterina alla Ruota, per l'assistenza alle gestanti e ai bambini.

Autorevoli storici ripercorreranno nei loro interventi le vicende della vita della Ca' Granda, della Festa del Perdono e illustreranno l'importanza del magistero di Pio II.

A noi tocca ricordare che oggi questo giubileo cade a quattro mesi dalla trasformazione dell'Ospedale Maggiore in un nuovo ente che comprende il Policlinico e una parte significativa degli Istituti Clinici di Perfezionamento, la Mangiagalli, la De Marchi, la Regina Elena e la Clinica del Lavoro.

L'evoluzione moderna della sanità milanese e nazionale ha avuto qui il suo teatro, raggiungendo vette ragguardevoli di eccellenza.

Se la storia antica ci richiama alla Ca' Granda,

che già comprendeva l'ospitalità per i bambini e per le donne, la storia più recente della medicina e della sanità appartiene sia alla componente degli Istituti Clinici che al Policlinico.

Una fortunata coincidenza, tra l'altro, ci permetterà di ricordare, nel 2006, il centenario della Mangiagalli e il 550° della fondazione del "Magnum Mediolani Hospitale".

Del resto, il complesso ostetrico e ginecologico è intitolato all'illustre clinico che fu anche Sindaco di Milano e che fu determinante per l'istituzione dell'Università Statale nella nostra città nel 1924, come è stato suggestivamente documentato nella recente mostra allestita alla Besana.

Il "dottore delle donne" iniziò la sua attività proprio all'Ospedale Maggiore dove, dal 1874 al 1882, si recava tutti i giorni, a piedi da Porta Nuova, come ricorda Cosmacini riportando brani autobiografici del Mangiagalli.

Ci sono tanti motivi unificanti che giustificano l'accorpamento dei Clinici e del Policlinico.

La Fondazione - che non è una rifondazione, ma un' istituzione con forme giuridiche nuove che deve svilupparsi su presidi sanitari e scientifici funzionanti - è nata per potenziare le prestazioni di ricovero e cura di alta specialità e la ricerca clinica orientata a ricadute concrete per il malato, attraverso strumenti moderni ed efficienti.

Della Fondazione, che è finalmente nata, parlò due anni fa il prof. Decleva ricordando che ne venne concepita una già negli anni Trenta, nell'ipotesi di realizzare un Policlinico universitario. La guerra cancellò tutto.

L'ente nato da poco mantiene la natura pubblica, non ha scopo di lucro, ma può associare altri soggetti pubblici e privati che vogliano contribuire alle finalità della Fondazione con la loro partecipazione al capitale oltretutto con le generose donazioni che hanno accompagnato e accompagnano l'attività assistenziale dei nostri complessi ospedalieri.

Ministero della Salute, Regione Lombardia e Comune di Milano (e io voglio ringraziare il Presidente Formigoni, il prof. Sirchia e il sindaco Albertini per la loro iniziativa) hanno collaborato per dar vita ad un ente autonomo e indipendente, che sia dinamico e aperto al nuovo per rispondere ai bisogni dei cittadini; che sia basato sull'integrazione tra ricerca e assistenza, tra ospedale e territorio, tra personale e malato; che sia capace di prendersi cura dei pazienti e dei loro problemi, curando il malato e non la malattia; che abbia una grande attenzione verso il personale, medico e non medico, perché le risorse umane sono tanto importanti quanto quelle tecnologiche; che sappia mettere a frutto i risultati della ricerca anche sotto il profilo economico, con vantaggi per la Fondazione e per i ricercatori.

Come già accennato, non si parte da zero. Le ristrutturazioni effettuate in questi anni - sotto la guida pragmatica del commissario Di Benedetto (anche Francesco Sforza, pretese il "ducalis commissarius", Cicco Simonetta) cui va il nostro ringraziamento, e con l'attenzione di due ministri milanesi, il prof. Veronesi nella fase iniziale e il prof. Sirchia in questi anni (e a lui va, tra l'altro,

il nostro apprezzamento per la sua opera al Ministero della Salute) - sono la prova che il rinnovamento di tutto il complesso ospedaliero non è un'utopia lontana, ma un traguardo raggiungibile in tempi ragionevoli.

Certo, bisogna reperire le risorse economiche da aggiungere a quelle già stanziare dal governo e dalla Regione per gli investimenti. Le possibilità offerte dal patrimonio esistente, che non va dissipato, ma valorizzato, sono molte: con questa concreta garanzia bisogna trovare nuovi soci e impostare operazioni di finanziamento che coinvolgano la società civile e i cittadini.

In occasione della Festa del Perdono del 2003, il Commissario fece un elenco minuzioso di opere realizzate, di lavori in corso e di quelli programmati, riferiti al Policlinico. Si può dire che quasi tutto è stato portato a termine mentre altre ristrutturazioni sono in corso, come quella del padiglione Cesarina Riva per l'Urologia e la Nefrologia, avviata grazie a una donazione della Fondazione per la Ricerca e la Terapia in Urologia.

A tutto ciò vanno aggiunti gli interventi nei presidi ex ICP che negli ultimi cinque anni sono stati rilevanti. Ne cito alcuni come il reparto di patologia neonatale, la nuova sala parto, il nuovo centro trasfusionale, la nuova accettazione, il completo ammodernamento e umanizzazione dei reparti puerpere, il nuovo reparto di patologia della gravidanza - alla Mangiagalli. È di questi giorni l'inizio dei lavori di ampliamento e ristrutturazione del pronto soccorso pediatrico alla De Marchi, realizzabile anch'esso grazie al contributo di associazioni "no profit", emanazioni della società civile milanese.

Nelle scorse settimane il Consiglio di Amministrazione della Fondazione ha approvato il progetto per il rifacimento del Padiglione Monteggia, destinato ad ospitare il dipartimento delle neuroscienze e degli organi di senso, con un investimento di circa 35 milioni di Euro. L'inizio dei lavori, espletate le gare, è previsto per le prossime settimane.

Anche per il "pronto soccorso" la fase progettuale è alla conclusione e presto si potranno richiedere le autorizzazioni per far partire i cantieri con la sostituzione del padiglione Pasini e la creazione di un unico più ampio complesso.

È nella fase di avvio progettuale l'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare, finanziato con una donazione della benemerita famiglia Invernizzi. Accanto alle necessarie opere materiali deve continuare il processo di umanizzazione, che non è fatto solo di strutture, di strumenti, di servizi e di tecniche, ma di relazioni umane tra medici, infermieri e pazienti, basate sulla comprensione della sofferenza, sulla forte motivazione degli operatori e sulla conoscenza dell'importanza della comunicazione col malato.

Lo sviluppo del complesso ospedaliero è dettato dall'accordo di programma sottoscritto dagli enti fondatori. I binari entro i quali agire sono ben marcati con le ristrutturazioni e l'ampliamento di vecchi padiglioni, la demolizione di edifici funzionalmente non recuperabili e la realizzazione di nuovi poli negli spazi liberati, per *il dipartimento materno infantile e per il dipartimento di medicina generale*.

Sono previsti sottopassi e sovrappassi di collegamento tra i padiglioni; parcheggi e servizi per il personale medico e non medico; spazi per gli studenti.

Tutto questo mentre l'attività di assistenza sanitaria non conoscerà sospensioni.

Ci saranno dei disagi, ma questa è la via maestra per raggiungere l'obbiettivo.

Un concorso per la progettazione, urbanistico-edilizia, delle nuove costruzioni, permetterà di dare una definizione, anche viabilistica, di tutto il comprensorio.

Queste elaborazioni saranno condotte in stretto contatto con il Comune di Milano.

Abbiamo un sogno.

Il sogno è che questo complesso diventi un luogo dove il malato, oltre a ricevere le cure necessarie, si trovi a casa, con i "comfort" necessari a una vita normale, inserito in un ambiente urbanistico e architettonico gradevole, come erano artisticamente belle e armoniche le architetture degli antichi "hospices dieu" o degli "hospitals", la cui estetica non era esercizio formalistico, ma rispetto del prossimo nel luogo dell'ospitalità.

Il sogno è che la cittadella tra la via Francesco Sforza e la via Pace (dove le aree ritorneranno disponibili per servizi comunali) diventi un grande giardino urbano della salute, in cui padiglioni



Parla il presidente Carlo Tognoli.

ospedalieri, servizi e verde siano perfettamente integrati e gli accessi viabilistici e trasportistici siano semplici e funzionali.

Ma questo non è un sogno, è un obiettivo, è il compito nostro, del Comune, della Regione.

È una grande occasione per Milano, per ricostruire una porzione di città, per farne un sito da visitare, un posto di cui andare orgogliosi per i servizi sanitari prestati, per la ricerca scientifica che vi si fa e per la gradevolezza dell'ambiente.

Sua Eminenza, nell'intervento del 2003 dedicato alle "istanze etiche" nella ricerca scientifica, concluse auspicando un'alleanza tra la "carità delle opere" e la "carità delle intelligenze", tra l'assistenza e la ricerca, in comunione con la sapienza.

In tutta umiltà possiamo dire che la Fondazione da poco nata, ma erede di realtà di assistenza sanitaria con grandi esperienze e luminose tradizioni, ha come missione proprio questa alleanza.

Il saluto del rettore prof. Enrico Decleva

Sono io che ringrazio la Fondazione e le Autorità presenti che onorano questa aula magna in una giornata che riannoda tanti fili della memoria, della tradizione, della storia e che deve conferma-

re impegni sostanziali. Rivolgo un saluto particolarmente caloroso a Sua Eminenza il Cardinale, al presidente Tognoli, al Prefetto che rappresenta l'Autorità, lo Stato nel quale ci riconosciamo, al caro prof. Sirchia, a tutti i colleghi e a tutte le persone presenti.

Il presidente Tognoli ha in realtà svolto, mi sembra, una sorta di vera e propria relazione programmatica che io, come penso tutti, ho molto apprezzato. L'ho apprezzata per la dimensione nella quale si è collocata, per i riferimenti al passato e per la proiezione verso il futuro. Ha parlato di un sogno. Io credo che tutti noi dobbiamo condividere questo sogno e dividerlo da bravi lombardi, da bravi milanesi, cioè lavorando per realizzarlo facendo ognuno la nostra parte.

Io ricordo tante conversazioni con il rettore Mantegazza che saluto a nome di tutti: quante volte Paolo ci dicevi "ma si continua a parlare di rifare il Policlinico, di rinnovare il Policlinico ma io non ci credo, ne ho viste troppe". Ecco, credo che tu per primo sarai lieto di constatare che in realtà questa volta, come tutto lascia credere, si è cominciato a fare veramente sul serio. Si è cominciato a fare veramente sul serio negli anni scorsi e noi come universitari ce ne siamo resi conto quando il commissario Di Benedetto ha cominciato a intervenire in maniera decisa su tante strutture, su tante realtà. Ce ne siamo accorti quando il ministro Sirchia, certo memore della sua appartenenza e dei suoi legami con quella struttura, ha orientato energie, intelligenza, progettualità in una direzione di cui credo apprezzeremo sempre più nel corso degli anni tutta l'importanza.

Io vorrei cogliere questa occasione per esprimere al prof. Sirchia tutta la mia personale solidarietà e tutta la riconoscenza dell'Università. Io non conoscevo il prof. Sirchia se non da lontano; prima di diventare rettore frequentavo il suo padiglione Marangoni come donatore (da quando faccio il rettore devo dire che non dono più sangue, ne consumo troppo qui dentro e temo che non sia più troppo buono per essere usato per trasfusioni). L'ho conosciuto da rettore e l'ho conosciuto (permettimi, caro Sirchia, che lo dica) circondato da una certa fama di ostilità verso l'Università. Ho scoperto un altro atteggiamento: non di ostilità

verso l'Università, al contrario di ammirazione verso l'Università quando l'Università si comporta al meglio, quando i maestri sono maestri e quando si fa veramente con impegno il proprio lavoro. Questo è l'atteggiamento che ho riscontrato nel prof. Sirchia verso l'Università, verso tanti colleghi.

Credo che la posizione del prof. Sirchia, sia stata una sorta di elemento di sfida (almeno, io l'ho vissuta così); la sfida di dimostrare che la brutta fama che talvolta circonda gli universitari va combattuta operando per il meglio, non attardandosi nelle recriminazioni che non servono a niente e guastano il sangue, ma cercando di fare la propria parte con pazienza, con saggezza. Io credo che questa sia la linea sulla quale ci si è messi: guardo Roberto Villani che in un certo senso ci rappresenta nel Consiglio di Amministrazione della Fondazione. Questo non significa (voglio essere chiaro) che non ci siano problemi, che non ci siano pendenze, ma penso che nel clima che si è creato, e di cui abbiamo avuto alcune testimonianze importanti, i problemi si risolvano e le cose vadano avanti. Questo mi sembra essenziale. Così come mi sembra essenziale che il progetto che è stato delineato sia un grande progetto. Milano, lo si dice sempre, è una città stanca, che non è più capace di progettare, che non è più capace di guardare avanti; non è vero: Milano è una città capace di guardare avanti, bisogna che abbia delle occasioni per guardare avanti, bisogna che abbia delle linee sulle quali concentrare le sue energie. E quella di realizzare al di là del Naviglio (come si diceva una volta quando al di là del Naviglio c'erano quasi solo spazi verdi e cominciavano appena a sorgere i primi padiglioni voluti dal mecenatismo dei milanesi), una grande struttura significativa a livello cittadino, nazionale, europeo, equivale veramente a riannodarsi a una tradizione importante e sostanziale.

Il presidente Tognoli ha ricordato la Mangiagalli, gli Istituti Clinici di Perfezionamento. L'anno prossimo cadrà il Centenario dell'Esposizione del 1906, esposizione internazionale in occasione del Traforo del Sempione, la prima esposizione internazionale organizzata in una città italiana. Tra le realtà che Milano mostrava ai convenuti da tutta

Europa, da tutto il mondo c'erano le sue strutture cliniche. Milano nei primi del '900 era una delle capitali in assoluto della sanità mondiale. Io credo che questi siano obiettivi retrospettivi, ma proiettati nel futuro, nei quali si misura la capacità di una città di essere fedele a se stessa e fedele ai suoi compiti. Quindi nel momento in cui si festeggia una realtà plurisecolare com'è l'Ospedale Maggiore nella nuova veste, nella nuova struttura istituzionale che si è data, io credo che come universitari dobbiamo impegnarci a fare a nostra volta la nostra parte in generale, e in particolare in quella realtà così complessa e così importante come quella della nuova Fondazione.

Grazie ancora a tutti di essere qui. Estendo fin d'ora l'invito per il prossimo anno, in cui certamente ci verrete a raccontare di altre realizzazioni e di altri passi avanti su una strada importante per noi tutti.

Il prof. Girolamo Sirchia su “Gli IRCCS e le Fondazioni”

Questo glorioso Ospedale, divenuto IRCCS, è il primo in Italia trasformato in Fondazione IRCCS. Trasformazione complessa con una difficoltà aggiuntiva: si uniscono due gloriosi ospedali milanesi tra loro complementari: uno che cura la madre e il bambino, l'altro che cura tutto tranne la madre e il bambino. Un passo importante che dà seguito alla legge 288 di ridisegno dell'IRCCS, che a sua volta è uno dei punti di riqualificazione del Servizio Sanitario Nazionale, obiettivo che io mi sono dato in questi quattro anni di governo.

La finanziaria del 2005 e il relativo accordo Stato/Regioni del 23 marzo 2005 hanno sancito il cambiamento attraverso un finanziamento del fondo sanitario molto più elevato del passato: da meno di 66 miliardi di euro del 2001 siamo a 90 miliardi di euro del 2005. Ma oltre al maggior finanziamento che chiude per sempre il problema della sottostima del fondo sanitario nazionale, con tutte le conseguenze negative, si sono volute realizzare alcune indispensabili modifiche strutturali. Fino ad ora non tutti i finanziamenti andati alle Regioni per la Sanità si sono tradotti in Servizi Sanitari.

Fissando gli standard di quantità, cioè dicendo che ogni regione è tenuta a rispettare un minimo

di prestazioni per ogni tipo nel suo territorio ci aspettiamo di conseguire due obiettivi principali: primo, quello di rendere uniformi le regioni italiane per il Servizio Sanitario (il gap tra le regioni del nord e del sud è un grandissimo problema che muove poi i famosi viaggi della speranza); secondo, definendo gli standard si risolve almeno in parte il problema delle liste di attesa. Se la quantità di servizi erogata è misurata sui bisogni veri, la lista di attesa ovviamente viene ridotta.

Il rispetto degli standard verificato dal Ministero della Salute e le relative azioni correttive completano la modifica strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, che ci aspettiamo ne comporti un sostanziale miglioramento e una maggior equità.

Sul fronte della prevenzione, della promozione della salute, abbiamo impostato per la prima volta il piano nazionale della prevenzione. Di prevenzione in Italia si è parlato sempre, ma non è mai stata fatta un'azione incisiva e soprattutto uniforme nelle regioni. (È stata impostata anche questa linea: Piano nazionale della prevenzione e Piano nazionale dell'educazione continua in medicina, che è, come voi sapete, fondamentale perché solo un medico, un infermiere, un tecnico aggiornati possono avere la credibilità e possono dare la garanzia ai cittadini che quello che fanno è aggiornato alle ultime conoscenze).

Tornando alla legge 288, questa si è presa cura di ridisegnare gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico che sono un'istituzione molto importante nel quadro della sanità del paese perché sono strutture dedicate alla ricerca clinica e traslazionale. Se si guarda a ciò che la scienza produce nel mondo e la crescita di questa conoscenza che è esponenziale e si vede quanto di quella conoscenza si traduce in servizi per i malati o in brevetti che possono andare sul mercato e produrre ricchezza, si vede che il divario è estremamente ampio e continua ad aumentare.

La conoscenza cresce tantissimo, la traslazione cresce poco. E questo vuol dire spreco di risorse, possibilità di diagnosi e cura che vengono meno per i malati, difficoltà per l'industria nazionale di produrre dispositivi e farmaci che potrebbero essere prodotti stante che la ricerca nei nostri Enti continua ad essere molto forte.

La legge 288 afferma che gli Istituti di ricovero e cura non sono ospedali, ma Enti deputati alla ricerca clinica e traslazionale, dove l'assistenza è funzionale alla ricerca su grandi temi di frontiera della medicina. Ciò è importante perché questa definizione non era mai stata data, per cui per anni tali Istituti sono rimasti nell'incertezza del loro ruolo e molto a lungo commissariati. La indicata legge, oltre a definire che cos'è un IRCCS, ha voluto anche consentire agli IRCCS di trasformarsi in Fondazioni, con un Consiglio di amministrazione rappresentativo delle forze del paese, quindi del Ministero della Salute, della Regione e degli Enti che hanno rappresentato gli Enti fondatori o gli Enti originari (nel nostro caso il Comune e la Curia milanese), cioè un coacervo di forze che può meglio rappresentare le istanze, le necessità della città ma anche un coordinamento nazionale della ricerca che è impensabile ridurre a un livello locale. La ricerca sui tumori, la ricerca sulle cellule staminali non hanno confini regionali, non hanno confini nemmeno nazionali.

Oltre a questo coacervo di forze la Fondazione IRCCS offre una indipendenza maggiore dalla politica. Noi sappiamo che la politica è pervasiva, che non dà spazio e non dà tregua. Per la Sanità questa ingerenza che abbiamo registrato per anni è stata nociva; in particolare gli ospedali retti in modo monocratico da direttori generali di nomina politica, che rispondono politicamente a chi li ha nominati, ha generato dei guasti fondamentali. Ha generato innanzitutto l'emarginazione della classe medica e del corpo sanitario dalla gestione e dalla decisione; questo è un errore madornale che spesso fa scendere in basso il livello degli ospedali anziché elevarlo. Un Consiglio di amministrazione può operare, sia pure limitatamente, sganciandosi da queste logiche, perché ha una sua autonomia, ha una sua forza propria dovuta a una rappresentatività molteplice che lo ha generato. Io credo che questa sia la vera sfida: l'autonomia. Cioè gestire per il malato, gestire per il bene della medicina e non gestire per il bene della politica o di altre logiche pur rispettabili.

L'ingresso di privati non profit nel Consiglio di amministrazione consente un'ulteriore partecipazione. Noi abbiamo tanto privato non profit,

abbiamo Fondazioni di tutti i generi e tipi in Italia: non parlo solo delle Fondazioni bancarie, ma di cittadini che hanno generato delle Fondazioni, di industrie che hanno fatto delle Fondazioni. Ebbene, sul modello americano nato con la Rockefeller Foundation cento anni fa, si è visto come la partecipazione dei benefattori della società, della gente che dà senza chiedere, è fondamentale in Sanità. La logica del profitto in Sanità è tollerata, ma la vera logica della Sanità è quella del non profitto perché il profitto genera spirali e conseguenze a volte nocive per il malato. Questo non significa che tutte le possibilità elencate per i nuovi IRCCS siano facili da realizzare. Già la fusione dei due Enti, la trasformazione in Fondazione, il rapportarsi allo Stato, alla Regione, alla città crea dei problemi. L'edilizia è uno dei problemi. Credo che la cosa più importante oggi sia fare il piano strategico dell'Ospedale. Questo IRCCS, dove vuole operare? Quali sono i suoi punti di forza? Quali sono le sue debolezze? Non sarà un ospedale tuttologo, non può esserlo, non avrebbe senso. Abbiamo altri ospedali a Milano che non sono deputati alla ricerca e fanno ottimi servizi sanitari. Non si vede perché si debba competere laddove non è il nostro settore, mentre si debbano trascurare magari i nostri punti di forza. Quindi grandi sfide. Però forse la sfida maggiore è quella del dialogo col personale. L'Ospedale non è un'azienda, anche se così si è tentato di impostarlo. È una società di professionisti. I professionisti sono i grandi attori dell'Ospedale, sono coloro che il paziente cerca. È chiaro che tutto deve inquadrarsi in una logica di compatibilità economica e finanziaria, ma non si può ignorare che l'obiettivo fondamentale è curare i malati e non curare i bilanci. Allora, attenzione, questa nostra sfida è di ridialogare. L'Amministrazione deve rapportarsi con i medici, con gli infermieri, con i tecnici perché è da loro che dipende la sorte dell'ospedale; è dal tratto che queste persone hanno nei confronti del paziente; è la comunicazione tra l'istituzione, i medici, gli infermieri e i malati che fa il successo dell'Ospedale. È il ritorno del medico alla sua funzione di referente dei problemi non solo fisici ma psicologici del malato, che ben sappiamo sono numerosi e sono anco-

ra maggiori che in passato proprio per la complessità della medicina che ci troviamo di fronte.

Ecco, queste sono le grandi sfide. Io credo che peraltro abbiamo tutte le doti e tutti i requisiti per vincerle. Ci sono grandi personaggi in questo Ospedale, un'antica tradizione di grandi scuole che si perpetua ancora oggi, c'è una ricerca di elevato livello, c'è una partecipazione corale a questa sfida che io, da fuori, rilevo con grande piacere, perché se la gente non è convinta le cose non si fanno. Una maggiore comunicazione, un maggior coinvolgimento di tutte le forze in campo sono la chiave del successo e non ho dubbi che questo successo non mancherà.

Il nostro Parroco, cardinale Dionigi Tettamanzi, su “La Ca’ Granda, ospitalità e speranza”

A tutti voi, signor Presidente della Fondazione, signor Rettore dell'Università di Milano, Autorità, gentili signori qui convenuti nella ricorrenza della Festa del Perdono, il mio saluto più vivo e cordiale. La cerimonia di oggi - oltre ad essere un momento di grata memoria per quanto è stato realizzato da chi ci ha preceduto nei secoli di storia nel costruire la Ca' Granda, la Grande Casa della salute di Milano - può costituire anche una preziosa occasione per riflettere sui grandi temi relativi alla ricerca di salute e di benessere che continuamente sfidano e interrogano tutti e ciascuno di noi.

1. Salute e sanità

Il dibattito sulla salute e sulla sanità pone un interrogativo, apparentemente semplice ma in realtà quanto mai serio e impegnativo, al quale nessuno di noi può sottrarsi: *Qual è il significato vero dei termini salute e sanità?*

Il punto di partenza, ossia la primissima risposta, tutt'altro che banale, è che la *sanità non sia malata, ma abbia essa stessa la sua salute, la sua “buona” salute*. Si apre qui uno spazio legittimo per tutti i rilievi critici che si possono fare in merito all'attuale situazione sanitaria del nostro Paese e dei nostri paesi. Ma alla condizione che siano rilievi costruttivi, in ordine appunto ad una sanità che risulti veramente sana.

Il *punto di arrivo*, ossia la finalità da perseguire, o se si preferisce il criterio da assumere per il cammino terapeutico della sanità, è la *salute della*

persona. Emerge così, come elemento fondamentale, decisivo e irrinunciabile, *la centralità dell'uomo, dell'uomo come persona*.

Ora l'acquisizione della centralità della persona si pone come un *problema sempre aperto*. È un'acquisizione che esige di essere costantemente rinnovata o, meglio, *riscoperta e riconquistata* a partire dalle nuove sfide che provengono dai molteplici cambiamenti - soprattutto sociali e culturali - in atto, nelle loro più specifiche ripercussioni nell'ambito della salute e della sanità. Se tale centralità pare un dato comunemente condiviso e quindi scontato, la realtà concreta, i fatti d'ogni giorno nel pianeta della salute e della sanità sono lì a provare che questa centralità è tutt'altro che riconosciuta, rispettata, difesa e promossa. Pare di dover rilevare che la stessa parola “umanizzazione”, così inflazionata sino a ieri, stia cadendo in disuso o corra addirittura il pericolo di essere censurata.

L'uomo nella sua “umanità” rischia - e non solo rischia - di essere *decentralizzato, se non emarginato*: e questo, prima ancora che nei comportamenti operativi, negli stessi atteggiamenti mentali. Sono atteggiamenti che si ispirano e si nutrono di visioni riduttive o distorte dell'uomo, visioni presenti nell'esasperato pluralismo antropologico di cui sono segnate le culture della nostra società. Per questo ritengo che oggi sia assolutamente *necessaria una forte dose di umiltà e di saggezza*



Il discorso del Cardinale Arcivescovo.

per riproporre a tutti – a cominciare da ciascuno di noi, senza mai stancarsi, con una disarmante semplicità – l’eterno e sempre nuovo interrogativo antropologico: *chi è l’uomo?*

Esso non riguarda soltanto *l’interrogante*, ossia il criterio soggettivo secondo cui andare alla ricerca della verità sull’uomo. Riguarda anche e soprattutto *l’interrogato*, cioè l’uomo stesso nella sua vera identità di uomo. Proprio questa considerazione oggettiva mostra quanto la centralità dell’uomo sia *la sfida più radicale* che la sanità, se vuole essere in buona salute, è chiamata oggi ad affrontare.

2. *Le dimensioni dell’uomo*

C’è un imperativo che comanda la gestione veramente e pienamente umana della sanità nell’attuale situazione sociale e culturale. È quello di non dimenticare mai *le dimensioni fondamentali dell’uomo-persona*.

1) L’uomo va considerato come un *essere* non unidimensionale, ma *pluridimensionale*: un insieme concreto di corpo, psiche e spirito.

Salute e sofferenza raggiungono e coinvolgono l’uomo in tutte le sue dimensioni nell’intreccio vivo e indivisibile di carne, cuore e anima. Ogni approccio dualistico – che nell’uomo separa e contrappone gli aspetti corporei, psichici e spirituali – è contro la verità dell’uomo e, quindi, è contro il rispetto che si deve alla sua integrale e unitaria realtà. Non può essere, dunque, per la salute dell’uomo come tale.

Non è difficile, a questo punto, registrare le molte e diverse forme secondo cui, proprio nel campo della salute e della sanità, si finisce per venir meno al rispetto dovuto alla *“totalità unificata”* dell’uomo-persona.

Una forma è la *concezione meramente fisicista e vitalistica della persona*, anzi dello stesso corpo umano: una concezione che non riserva la dovuta importanza o che dimentica gli aspetti psicologici, relazionali, affettivi, spirituali dell’uomo.

Un’altra forma è la cosiddetta *aziendalizzazione della sanità*. Quest’ultima è indubbiamente legittima, anzi doverosa, se è intesa come efficienza e come spinta imprenditoriale da cui devono essere animati tutti gli operatori sanitari, dal primo all’ultimo: in tal modo, infatti, si ottimizzano le

risorse, che peraltro sono un bene comune universale, così da evitare gli sprechi e da farle meglio servire alla cura della salute di tutte le persone. Ma questa aziendalizzazione diventa problematica e inaccettabile quando vuole importare acriticamente da altre aziende criteri e modelli che non sono applicabili al settore sanitario. In realtà, la riflessione matura e la stessa esperienza ci dicono che esiste una *specificità dell’Ospedale*, della Clinica, della Casa di cura, che chiede di essere sempre salvaguardata e promossa, a partire da un limite etico invalicabile – sì, un limite, ma per la verità un grande valore positivo! –, ossia il diritto della persona malata e sofferente ad essere curata. Un’altra forma ancora di non rispetto della *“totalità unificata”* della persona umana può derivare dalla sottolineatura, se non dalla assolutizzazione, della cosiddetta *qualità della vita*. Ciò avviene quando quest’ultima viene interpretata in modo prevalente o esclusivo come efficienza economica, consumismo disordinato, bellezza e godibilità della vita fisica, dimenticando le dimensioni più profonde - relazionali, spirituali e religiose - dell’esistenza. In un simile contesto sociale e culturale, annota Giovanni Paolo II nella sua enciclica *Evangelium vitae*, «la *sofferenza*, inevitabile peso dell’esistenza umana ma anche fattore di possibile crescita personale, viene “censurata”, respinta come inutile, anzi combattuta come male da evitare sempre e comunque»⁽¹⁾.

2) L’uomo va considerato poi nella sua *relazionalità*. Si tratta, cioè, di cogliere l’uomo come un *“io” aperto al “tu”*, come un essere che *ritrova se stesso* nella misura in cui vive *“con” gli altri* e *“per” gli altri*. È questa la *dimensione* essenzialmente sociale dell’uomo, dalla quale derivano molte implicazioni nell’ambito della salute e della sanità che sfociano in formidabili *interrogativi*, che hanno la forza di scuotere le coscienze.

Non dobbiamo temerli. Li dobbiamo, piuttosto, affrontare con saggezza e coraggio, se non vogliamo rimanere imprigionati in prospettive meschinamente individualistiche o di interesse o di comodo o di favoreggiamento di gruppi.

Eccone alcuni, più che sufficienti per aprirci ai grandi orizzonti della vita attuale del nostro mondo.

- Come conciliare le esigenze di salute dell'individuo e quelle della comunità, e questo in una prospettiva non solo nazionale ma anche e propriamente mondiale?
- Quali condizioni assicurare perché il malato possa mantenersi, nella misura del possibile, nel proprio contesto familiare e sociale? E questo ai fini del ricupero di una più completa e necessaria salute umana.
- Come sviluppare una relazione veramente e pienamente umana tra medico e malato, e insieme tra malato e medico?
- Come riuscire ad arrivare a tutti, senza esclusione di nessuno? Anzi, come assicurare secondo le esigenze della giustizia (che esige di dare a ciascuno il suo, e, proprio per questo, di dare di più a chi ha di meno) l'intervento e la cura alle persone povere e alle fasce più deboli e indifese della popolazione?
- A quali criteri si deve fare riferimento nella stesura dei piani sanitari nazionali e regionali?
- Come armonizzare le esigenze della salute dei cittadini e insieme le altre esigenze sociali degli stessi cittadini con le concrete possibilità economico-finanziarie del Paese?

Noi, noi tutti, queste domande le conosciamo. In un certo senso le soffriamo anche. Che il Signore ci sostenga nelle nostre specifiche responsabilità e ci doni di iniziare a dare concrete risposte a queste stesse domande.

3) L'uomo va considerato anche e soprattutto nella *razionalità e responsabilità*.

Si tratta di accogliere un dato di esperienza universale e incancellabile. È il dato dell'uomo che non può accontentarsi di vivere, ma che sente in profondità il bisogno di sapere il *perché vive*, e quindi, nel contesto concreto della sua vita, il *perché soffre*, il *perché muore*.

Se è vero che il momento culturale attuale è segnato da una grave crisi di senso, si deve riconoscere che proprio questa stessa crisi, per i suoi esiti negativi e talvolta drammatici, esige *un di più, un supplemento di razionalità*, meglio un supplemento di coraggio e di audacia da parte di una ragione che non può rinunciare a pensare, a riflettere, a interrogarsi, ad affrontare la fondamentale *domanda sul senso della vita*. Conoscere

questo senso è la premessa necessaria perché l'uomo possa essere veramente libero e responsabile.

E ciò tocca il medico in una maniera tutta singolare, in termini insieme faticosi ed esaltanti. Il medico infatti, posto così frequentemente e duramente di fronte alla realtà umana del soffrire e del morire, non può non essere il primo a lasciarsi provocare - lui stesso - da questa domanda di senso; così come non può abdicare al suo compito di servire il malato e il sofferente anche - dovrei piuttosto dire "soprattutto" - su questo aspetto essenziale della vita.

Com'è possibile al medico, non solo "guarire" (che peraltro non è per sempre e in modo definitivo), ma anche "curare" il malato, il sofferente, il morente se, con umile delicatezza ed insieme con amore coraggioso, non si fa realmente "compagno" nel cammino della vita, in tutte le sue condizioni e in tutte le sue fasi? Proprio questa "compagnia" decide della maturità e della perfezione umana, morale e spirituale della professione del medico.

Del resto sono sotto gli occhi di tutti alcuni particolari episodi di cronaca che riguardano il sorgere della vita umana e il suo spegnersi. Sono episodi che hanno permesso di constatare l'emergere, da un lato, del desiderio, da parte di molti, di idolatrare la salute, quale novello idolo cui sacrificare tutto, e, dall'altro lato, il venir meno del desiderio di salvezza, proprio perché la domanda di senso non viene posta o, se posta, rimane senza risposta.

3. *Ospitalità e speranza*

Come si vede, si impone in tutta la sua importanza il problema culturale di offrire all'uomo di oggi "*la*" risposta. E questa può trovare i suoi fondamenti nella "*ospitalità*" e nella "*speranza*". La prima risponde alle esigenze fisiche e corporali dell'uomo; la seconda all'esigenza più profonda e nascosta nell'animo umano: il desiderio di salvezza. Ma chi può dare ospitalità e speranza?

L'auspicio è che *la Ca' Granda di Milano, e ogni ospedale, ritorni e continui ad essere luogo di vera ospitalità*, "tempio" - come non ricordare la grandiosa crociera del Filarete? - nel quale l'uomo malato senta dentro di sé di essere, davvero, il centro di tutto il sistema che gli è stato costruito e

realizzato attorno per ridargli salute e conforto, per restituirlo a se stesso, alla sua famiglia, all'intera società, reintegrato nel migliore dei modi nelle condizioni fisiche, psichiche e spirituali, proprio perché *non solo guarito, ma amato*.

Sì, amato. Non sto indulgendo a nessun sentimentalismo, né sto cullandomi in qualche infantile utopia, né illudendomi di fronte alla crudezza di certe situazioni concrete. Sto solo appellandomi a quel *supplemento di razionalità e di responsabilità* di cui ho appena parlato.

Non ho dubbi: il medico vero, l'operatore sanitario autentico, professionalmente ineccepibile, è colui che, riconoscendo e amando la vita umana, si innamora e si impossessa dei valori della vita e dei valori dell'uomo: nella lucida consapevolezza che, se alle scienze biomediche compete la sfera clinica e a quelle umanistiche la sfera psichica e quella spirituale, a lui spetta l'armonizzazione di entrambe per prevenire, *sanare e far vivere i malati da uomini*.

Così, l'ospedale si trasformerà da *"luogo di dolore"* a *"luogo di speranza"*. Lo ricordava Giovanni Paolo II il 20 dicembre 1981 al personale sanitario del Nuovo Ospedale Regina Margherita di Roma: «Questo Ospedale - come tutti gli ospedali del mondo - è un luogo di dolore e di speranza. Entrando nelle corsie, nelle stanze, noi sperimentiamo in maniera drammatica la debolezza, la fragilità della nostra natura umana, così esposta a mille pericoli e insidie, che possono, ad ogni momento, spezzarne l'armonico equilibrio, provocando il morbo e debilitando le nostre forze. Il mistero del dolore fisico, che attanaglia lo spirito dell'uomo in uno degli interrogativi più lancinanti, appare qui con tutta la sua intensa forza d'urto. L'uomo sofferente sente acuirsi la *propria solitudine*, mentre le forze fisiche gli vengono a mancare; il *bisogno di invocazione* verso gli altri - parenti, amici, congiunti, medici - che gli diano sollievo e conforto; il *grido della supplica* verso Dio, l'Unico che possa dare totale aiuto e spiegare altresì il significato di tanto dolore. Ma questo luogo è anche un *luogo di speranza*: quella degli stessi infermi, i quali sentono insopprimibile la bellezza della vita; quella dei loro parenti e conoscenti, che dividono con essi la fiduciosa attesa di

un miglioramento che preannunci la prossima guarigione»⁽²⁾.

4. L'Ospedale "specchio" della Città

Per diventare davvero un *"luogo di speranza"*, l'ospedale deve essere un *«luogo dove guarire o almeno un luogo dove essere curati...»,* dove l'attenzione e il servizio alla persona che soffre siano qualcosa di più di una somministrazione di terapie o di modernissimi sistemi diagnostici»⁽³⁾.

A questa precisa condizione, l'ospedale - come anche il tempio, la casa, l'officina e la scuola, per riprendere quanto diceva Giorgio La Pira nel 1955⁽⁴⁾ - è uno dei fattori che permettono il necessario "radicamento" di tutti e di ciascuno nella città. Diventa, anzi, uno degli elementi che fanno della città una vera "casa" nella quale c'è posto per tutti, nella quale tutti hanno un "posto di onore", da ospiti di riguardo, perché sono accolti, rispettati, onorati, amati.

In questo senso, si può e si deve vedere nell'ospedale uno *"specchio" della città*.

Ma, se l'ospedale è lo "specchio" della città, *anche la città deve diventare luogo di ospitalità e di speranza per tutti i suoi abitanti*.

Perché ciò possa avvenire, siamo tutti, e ciascuno in particolare, chiamati a rendere viva e operosa la *solidarietà*.

Lo dicevo nel "Discorso alla città", il 6 dicembre scorso, vigilia di Sant'Ambrogio, con una serie di interrogativi che ponevo a me stesso, anzitutto, e che sentivo il bisogno di condividere con tutti, a partire da una frase particolarmente vera e forte di Paolo VI, che così scriveva nella lettera *Octogesima adveniens* del 1971: «L'uomo sperimenta una nuova solitudine, non di fronte a una natura ostile, per dominare la quale ci sono voluti dei secoli, ma nella folla anonima che lo circonda e in mezzo alla quale egli si sente come straniero»⁽⁵⁾.

Vorrei anche qui riprendere e ripetere alcuni di quegli *interrogativi* e riproporre alcune delle *osservazioni* che allora esprimevo.

«Com'è la nostra città? Una città dalla folla anonima, dove si è perfettamente anonimi?... Che ne è dell'accoglienza, della capacità di accoglienza delle grandi città del passato? Il cosmopolitismo di un tempo significava l'essere cittadini di una

grande città, il mondo, e le grandi città non avevano più né confini né mura.

E ancora: la solitudine, meglio: *l'isolamento*; l'assenza di relazioni, di legami; addirittura il disinteresse – voluto e cercato – rispetto a relazioni e legami.

Chi sarà mai il nostro vicino? Chi siamo noi per il nostro vicino?... Ci sarà un prossimo? E chi è il mio prossimo? Per chi sarò prossimo? [...]

Ciascuno di noi è fatto per stare con l'altro, per aiutarlo e per riceverne aiuto. È fatto per avere attenzione e per darla; per amare e per essere amato; per dar vita a progetti nuovi con gli altri. È fatto per il dialogo e per il colloquio, per la comunicazione; per “non essere solo” e per non lasciare solo chi è come lui, cioè tutti gli altri. [...]

Bisogna *coltivare la solidarietà nella cultura di un popolo*. Bisogna farla crescere dentro di noi, senza soffocarla. Non bisogna consentire che vinca la cultura individualistica, che produce egoismo e schiaccia la persona nella sua essenza più profonda e ne impedisce lo sviluppo integrale. [...]

Si devono anche fare *scelte concrete che esprimano [il valore della solidarietà] e la sua centralità sociale e civile*. Anzi, la solidarietà deve diventare la fisionomia della città, il suo volto più caratteristico, il suo “orientamento del cuore”, perché anche una città come Milano ha “un volto e un cuore”. [...]

Una città accogliente e solidale semplifica la vita a chi è in difficoltà. [...]

La nostra è una civiltà che è avanzata nei secoli grazie al progresso scientifico, tecnologico, culturale, sociale. *Milano non può dimenticarsi di essere un'autorevole rappresentante della civiltà europea e occidentale*. Non lo può dimenticare mai. Neppure negli “incontri quotidiani” con i suoi cittadini, soprattutto quelli più in difficoltà. [...]

Si dirà che *Milano* è stata sempre *maestra di solidarietà*. Per molti aspetti ciò è innegabile. Non si può, però, vivere solo di tradizione e di ricordo, senza che questi ultimi siano continuamente rinverdi e riattualizzati. Tradizione e ricordo in tutti i campi sono fondamentali per la cultura della società, ma a condizione che radichino il presente, ne innervino i comportamenti, ne ispirino le scelte.

Senza dubbio, per quanto concerne la solidarietà, gli *esempi* del passato sono molti e cospicui e molte e cospicue sono state le eminenti personalità che li hanno pensati e realizzati...». ⁽⁶⁾

La realizzazione della *Ca' Granda* è uno di questi *esempi*. Sono esempi che attestano una grande ingegnosità e creatività e un grande cuore che ha pulsato per secoli e che ha ispirato uomini e donne insigni, veri e autentici testimoni di amore per l'altro e per la città nel suo insieme.

La *storia della Ca' Granda*, in realtà, è fatta di autorità pubbliche, architetti, vescovi, medici, infermieri, ricercatori, docenti, amministratori e benefattori che, lungo i secoli, hanno dato vita a una *tradizione preziosa*, da conservare, continuare e rivitalizzare. È - come ricordava il cardinale Martini nella Festa del Perdono del 2001 - «la tradizione di una assistenza sanitaria di alto profilo finalizzata a far sì che la persona malata, in tutta la sua interezza, sia sempre al centro dell'attenzione di chi ha il compito di curare; la tradizione della ricerca incessante di nuove cure e di nuove conoscenze mediche, capaci di non travalicare ciò che è giusto e lecito e, insieme, di osare sempre di più, perché ogni uomo, ricco o povero, è amato anche così; la tradizione di capacità formativa che ha condotto da sempre a formare buoni medici, buoni infermieri, buoni operatori sanitari; la tradizione del buon governo, che agevola la vita dell'ospedale e che fa della saggezza amministrativa e del rispetto dei beni uno dei punti cardine non solo della buona amministrazione, ma anche del servizio all'uomo e al cittadino»⁽⁷⁾.

Di fronte a simile testimonianza storica, rinnovo la mia convinzione, espressa anche questa nel Discorso di Sant'Ambrogio: «Credo sia giunto il tempo che le forze culturali, sociali, economiche, politiche, finanziarie di questa nostra città si incontrino per una riflessione seria e per un *grande progetto che riguardi la “sostenibilità del vivere” per tutti*. Una sostenibilità fatta non solo di muri, ma anche di idee, di cultura, di possibilità soprattutto per i giovani, di sicurezza, di serenità per l'avvenire dei singoli e delle famiglie»⁽⁸⁾. Ed ora preciso: *tra gli elementi di prim'ordine in questo grande progetto sta l'Ospedale*. Un ospe-

dale che non sarà isolato o fuori dalla città, ma che *della città sarà parte viva e integrante*.

È così che ci si incammina nella costruzione della “*civiltà dell’amore*”, indicata come meta dall’indimenticabile Paolo VI, convinto che l’amore, solo l’amore, è la forza costruttiva di ogni positivo cammino dell’umanità. La civiltà dell’amore da costruire nei cuori e nelle coscienze - e quindi nella vita concreta delle persone e dei popoli - è stata per lui più di un’idea e di un progetto. È stata il principio ispiratore e la forza propulsiva di tutta la sua vita e di tutto il suo ministero.

5. Agli operatori sanitari

A conclusione di questo mio saluto, desidero rivolgermi in modo diretto e personale agli operatori sanitari tutti: dai medici agli infermieri, dai docenti agli amministratori, dai tecnici agli scienziati.

Sento il bisogno di dirvi, in modo tanto semplice e insieme tanto convinto e forte, *di non dimenticarvi mai della nobiltà e della grandezza della vostra professione*.

Sento il bisogno di augurarvi di essere *forti e coraggiosi di fronte a qualsiasi difficoltà* che potete incontrare sul vostro cammino quotidiano: nulla vi impedisca di prendervi cura del malato che proprio a voi ha affidato la sua vita.

E, ancora, sento il bisogno di invitarvi ad *avere uno sguardo nuovo e meraviglioso sulla vostra professione*: uno sguardo che la sensibilità religiosa di tutti e la fede propria dei cristiani rende possibile. Ed è questo: *la “passione” terapeutica* – ossia la condivisione del soffrire e l’impegno operativo che non si risparmia in tempo ed energie – non è un fatto semplicemente ed esclusivamente umano. Essa racchiude un valore trascendente. In un certo senso, è una *partecipazione alla “preoccupazione” e alla cura che Dio stesso ha per ogni uomo*, specie se debole e provato dalla malattia e dalla sofferenza. Come è bella e significativa la domanda che si pone il salmista: «Signore, che cos’è un uomo perché te ne curi? Un figlio d’uomo perché te ne dia pensiero? L’uomo è come un soffio, i suoi giorni come ombra che passa»⁽⁹⁾. È quanto mai eloquente questo contrasto tra l’estrema debolezza dell’uomo - un semplice soffio, un’ombra che se ne va - e Dio che si curva

su questa debolezza con la sua cura, una cura che vibra di amore, di amore delicato e forte. Proprio di questo amore verso la debolezza dell’uomo malato, sofferente, morente il medico è interprete, prolungamento visibile e ministro.

Questo modo di essere, principalmente del medico, *non può accettare alcuna coercizione da qualunque parte dovesse venire*. Nulla può e deve distogliere il medico dal prendersi cura e dal mettersi al servizio del malato, attività le più nobili ed autentiche della sua professione. Alibi non sostenibile sarebbe quello di prendere a pretesto negativo eventuali rigori economici o burocrazie opprimenti. Ecco perché ho chiesto per il medico forza e coraggio.

Sento ancora il bisogno di chiedervi di non scordarvi mai che il primo responsabile dell’efficienza della sanità per la salute della persona è il medico e che il primo mezzo per guarire la sanità malata è l’impegno a *raggiungere livelli sempre più alti di competenza e di professionalità*. È per questo che il medico ha il dovere non solo di assistere, curare e guarire il malato, ma anche di ricercare nuove strade terapeutiche all’interno di una vera scuola di medicina e scienze umane. E così, in questo modo concreto, il medico può arrivare a possedere e a vivere una maggiore e vera libertà nella fatica e nell’avventura del suo lavoro quotidiano.

Ma la professione medica nella sua nobiltà e grandezza diventa un *preciso appello rivolto a quanti nella società hanno altre responsabilità*. Infatti, se è così grande e grave la missione del medico, quanti hanno un compito istituzionale nell’ambito politico, legislativo, amministrativo e dirigenziale sono chiamati anche loro ad acquisire i riferimenti antropologici ricordati per il medico e, quindi, a favorire il medico stesso nella sua attività quotidiana senza inutili mortificazioni, lentezze burocratiche e irragionevoli impedimenti. Carissimi medici, di fronte al malato - al malato che a voi si è affidato e che è lì dinnanzi a voi e che vi guarda in attesa della vostra parola - sappiate cogliere in voi stessi tutte le componenti umane del vostro essere: scienza, coscienza e umanità, intrecciate indivisibilmente in una sensibilità e in una delicatezza ineffabili.

In ogni vostra giornata di lavoro risuoni, sempre identico e sempre nuovo, questo imperativo: ritornate alle fonti del sapere umano e riscopritene il carattere più autentico e più radicale. A questo *siate chiamati*: ad essere “*custodi e servi*” della vita umana!

Bibliografia

- 1 - Giovanni Paolo II, *Evangelium vitae*, n. 23.
- 2 - Giovanni Paolo II, *Al personale dell'ospedale nuovo "Regina Margherita" di Roma* (20 dicembre 1981), n. 2, in *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, IV/2, p. 1178.
- 3 - D. Tettamanzi, *Milano, una città da amare. Discorso alla Città per la Vigilia di S. Ambrogio 2003*, Centro Ambrosiano, Milano, 2003, p. 24.
- 4 - Cfr. G. La Pira, *Discorso al convegno fiorentino dei Sindaci delle Capitali*, 1955, in: *Giorgio La Pira. Sindaco, vol. II* (1955-1957), cur. Ugo De Siervo-Gianni Giovannoni-Giorgio Giovannoni, Cultura Nuova Editrice, Firenze, 1988, p. 108.
- 5 - Paolo VI, *Octogesima adveniens*, n. 10.
- 6 - D. Tettamanzi, *Il volto amico e solidale della Città. Discorso alla Città per la Vigilia di S. Ambrogio 2004*, Centro Ambrosiano, Milano, 2004, pp. 13-15.19.23.27-28.31-32, passim.
- 7 - C. M. Martini, *L'Ospedale Maggiore nel nuovo millennio: un'antica istituzione milanese a servizio della persona. Aprire alla speranza!*, Milano, 26 marzo 2001, pp. 10-11 (pubblicazione a cura dell'Ospedale Maggiore per la Festa del Perdono 2001).
- 8 - D. Tettamanzi, *Il volto amico e solidale della Città. Discorso alla Città per la Vigilia di S. Ambrogio 2004*, cit., p. 33.
- 9 - *Salmo* 144, 3-4.

Al centro delle memorie e della memoria storica della tradizionale festa ospedaliera, la relazione del **prof. Francesco Somaini**: “*Alle origini dell'Ospedale Grande: il duca, il papa, la città*”

Vorrei approfittare dell'occasione di questo mio breve intervento sulle origini dell'Ospedale Maggiore per cominciare con una semplice, e per certi versi perfino banale, constatazione. Tra la storia della Ca' Granda e la storia di Milano esiste in realtà un rapporto di interdipendenza assolutamente profondo. Milano e l'Ospedale Maggiore sono cioè sempre state due realtà legate tra loro da una relazione di strettissima osmosi: una vera e propria corrispondenza biunivoca, per cui, se per un verso sarebbe del tutto assurdo proporsi di

ragionare sulla storia dell'ospedale prescindendo dalle vicende più generali della città (quasi che la Ca' Granda potesse essere considerata come un'entità avulsa dal contesto in cui si trova inserita), per l'altro non sembra nemmeno seriamente possibile pensare alla storia, o anche al presente o al futuro della città, senza tenere presente anche il ruolo importante (e per certi versi fondamentale) di un'istituzione del peso e della rilevanza dell'Ospedale Maggiore.

Queste semplici, e forse addirittura ovvie, considerazioni mi sembra possano valere, in realtà, per ogni momento della storia plurisecolare dell'ospedale. Esse però valgono certamente in modo particolarmente pregnante per quanto concerne la fase della fondazione dell'ospedale stesso, cioè appunto per la vicenda, risalente a più di cinque secoli addietro, di cui vorrei occuparmi in questa sede.

Non c'è dubbio infatti che gli eventi importanti che contrassegnarono le origini della Ca' Granda ci possano rivelare moltissime cose non soltanto sulla vicenda in sé della nascita di questo grande ente ospedaliero, dai caratteri profondamente innovativi, ma anche, più in generale, sulla storia di Milano in età sforzesca (l'epoca, cioè, in cui quei fatti vennero prendendo corpo), e, in particolare sulla delicata (ma decisiva) questione dei rapporti tra il regime degli Sforza, principali promotori dell'iniziativa, e la società milanese. Nel contempo però, e viceversa, è altrettanto indubbio che una migliore conoscenza e comprensione degli aspetti, per certi versi tuttora controversi, legati al tema del rapporto tra gli Sforza ed i loro sudditi, ci potrà a sua volta permettere di mettere a fuoco con maggior precisione anche i problemi e le circostanze legate alle origini dell'ospedale. C'è insomma una sorta di circolarità di apporti conoscitivi tra i due campi di studio, tale per cui, mentre da un lato la storia dell'ospedale può certamente servire a fare più luce su molte questioni della storia più generale della città, dall'altro quest'ultima ci può consentire di intendere in una prospettiva più ampia e più piena le vicende e la storia dello stesso Ospedale Maggiore.

Fatta questa premessa, io vorrei dunque sviluppare il mio discorso, prendendo le mosse da un approccio di tipo essenzialmente iconografico.



L'atteso intervento del prof. Francesco Somaini orientativo dell'incontro odierno.

Vorrei cioè partire da una rapida analisi (di carattere storico) di un particolare dipinto, ovvero di quel grande quadro che si può vedere attualmente esposto sulla parete sinistra dell'atrio degli uffici centrali dell'Ospedale Maggiore, dunque nello stesso edificio della Ca' Granda, nell'ala rimasta di competenza dell'ospedale stesso (entrando perciò dall'ingresso di via Francesco Sforza 28). Quel grande quadro - un olio su tela, alto quasi 3 metri e largo più di 2 - è in realtà una copia adespota (cioè di autore sconosciuto) della fine del Cinquecento. Esso però riproduce in modo presumibilmente fedele un precedente (e oggi perduto) dipinto, sempre su tela, che doveva risalire, a quanto sembra, agli anni Settanta del Quattrocento e che era stato originariamente realizzato per la cappella dell'Ospedale. La scena raffigurata ci mostra, sulla sinistra, un pontefice ritratto di profilo ed assiso su un massiccio trono di legno; di fronte a lui si scorgono, sulla destra, due personaggi, un uomo e una donna, vestiti in ricchi abiti rinascimentali ed inginocchiati alla base dello scranno papale. Il pontefice è certamente identificabile con Pio II Piccolomini, il papa cui si deve l'atto formale di fondazione della Ca' Granda, mentre nei due personaggi è facile riconoscere le

fattezze dei duchi di Milano, ovvero di Francesco Sforza e della moglie Bianca Maria Visconti, che furono poi i grandi committenti, e si può dire gli artefici, dell'istituzione dell'Ospedale. Nel quadro, il papa (vestito con il pontificale, e con in capo il triregno) è rappresentato nell'atto di indicare con la mano sinistra (guantata) un sontuoso edificio sullo fondo, in cui, ovviamente, non è per nulla difficile individuare la stessa Ca' Granda, nell'aspetto che essa avrebbe dovuto assumere secondo l'iniziale progetto del Filarete, modificato successivamente da Guiniforte Solari. Nella destra il pontefice reca invece un documento in pergamena (ripiegato e richiuso dal tradizionale sigillo papale di piombo con filo serico rosso): esso sta per essere consegnato a Francesco Sforza, il quale è a sua volta raffigurato a capo scoperto, con un berretto rosso nella mano sinistra, e con la destra protesa, appunto, verso il medesimo documento papale. La pergamena, che di fatto si trova pressoché nel centro geometrico della tela, è naturalmente identificabile con la bolla del 9 dicembre 1458 (o più propriamente, la lettera apostolica datata in quel modo, ma emanata in realtà verso la fine di febbraio del 1459). Si tratta cioè della bolla o lettera che, appunto, auto-

rizzava la fondazione del nuovo Ospedale Grande di Milano, e che disponeva ufficialmente l'aggregazione ad esso di sedici ospedali cittadini (con la possibilità di aggiungervi in futuro anche altri enti ospedalieri della città e della diocesi).

Ebbene: per quanto il valore artistico del dipinto non sembri essere, per vero dire, eccessivamente elevato, il significato del messaggio iconografico che esso intende trasmettere è in effetti del tutto esplicito e chiaro. I duchi (ed essi soli) sono i petenti; il papa è colui che concede; e la bolla (e di conseguenza l'Ospedale, che appare sullo sfondo) è naturalmente l'oggetto delle concessione.

La nascita della Ca' Granda ci viene insomma presentata come un mero affare di principi e papi. Non a caso, non ci sono nel quadro altri soggetti che prendano parte alla scena, ad eccezione di tre cardinali (di dimensioni leggermente più ridotte rispetto ai tre protagonisti principali), raffigurati in piedi alle spalle del pontefice: la loro presenza era in effetti un particolare da non trascurare ai fini del messaggio complessivo, in quanto aveva la funzione di certificare il fatto che la concessione del papa non era stata un mero gesto di liberalità di quel singolo pontefice, bensì un atto ufficiale promanante dalla *Romana Ecclesia* nel suo complesso, cioè nella sua più alta e solenne rappresentanza (costituita appunto dall'unione del papa con i cardinali). In ogni caso, ciò che il dipinto intendeva chiaramente comunicare era che l'Ospedale Grande di Milano era un'istituzione voluta dai duchi e resa possibile dall'autorizzazione del papa e della Chiesa di Roma. Nessun altro attore aveva avuto parte nella vicenda.

Del tutto analogo a questo messaggio di tipo eminentemente visivo appare del resto anche il significato della costruzione retorica che possiamo ritrovare nel testo della bolla papale sopra ricordata. Anche in questo caso infatti il papa dichiarava di essersi mosso ad accondiscendere alla fondazione del nuovo Ospedale di Milano dietro espressa sollecitazione del duca e della duchessa, a loro volta preoccupati di poter dare luogo ad un ricovero per i poveri infermi, gli esposti ed altre misere persone. Né differente risulta essere la chiave di lettura che si può desumere dall'analisi dell'altra bolla, quella cioè del 5 dicembre 1459,

con cui fu istituita la Festa del Perdono, che prevedeva la concessione di un'indulgenza plenaria per tutti coloro che avessero visitato e presentato offerte all'Ospedale Grande nella festa dell'Annunciazione (il 25 marzo) o al Duomo nella festa dell'Assunta (cioè il 15 agosto). Anche in quest'altro caso infatti il privilegio papale veniva sostanzialmente presentato nei termini di una liberale concessione accordata dal papa nei confronti di un duca che si era personalmente attivato ed esposto per richiedere queste grazie.

Insomma, sulla base di tutte queste fonti - tanto iconografiche quanto documentarie - la fondazione della Ca' Granda sembrerebbe un fatto del tutto riconducibile entro quel particolare ambito concettuale che da parte di alcuni studiosi del Rinascimento (penso ad esempio a Roberto Bizzocchi) si è voluto definire come una sorta di "grande condominio", intendendo indicare con ciò quel particolare sistema pattizio e compromissorio (sebbene di tipo empirico ed informale, e non codificato entro una rigida cornice concordataria), che proprio a partire da metà Quattrocento avrebbe di fatto caratterizzato le relazioni tra il Papato e le maggiori potenze italiane del tempo in ordine al governo della Chiesa e al disciplinamento della vita religiosa.

In pratica, in forza di tale sistema, da parte dei vari governi della Penisola si era venuti di fatto a riconoscere, senza più contestazioni, il decisivo ruolo primaziale alla monarchia pontificia, la quale in effetti, dopo avere superato con successo la crisi dello Scisma e le gravi difficoltà della stagione conciliare, appariva ormai stabilmente avviata verso un pieno recupero della propria capacità di proporsi quale indiscusso vertice della Chiesa. In compenso però, e in cambio - potremmo dire - di questo sostanziale riconoscimento politico, i papi avevano dovuto a loro volta accettare il principio di una sorta di compartecipazione degli Stati più significativi al governo della Chiesa stessa. In questo modo si vennero dunque sostanzialmente a tollerare, o addirittura ad ammettere come relativamente legittime, tutte quelle forme e pratiche di intervento politico sulle istituzioni ecclesiastiche, che quegli stessi Stati (e tra questi naturalmente anche lo Stato

milanese) erano venuti mettendo a punto nei rispettivi territori nel corso degli anni e dei decenni precedenti, al tempo cioè in cui il Papato si era trovato in maggiori difficoltà.

Ne derivava, di conseguenza, che le maggiori potenze della Penisola (fossero queste repubbliche o principati) si consideravano in qualche misura autorizzate ad intromettersi e ad intervenire - talvolta in maniera anche molto profonda, nella vita della Chiesa - sebbene questi interventi, almeno in linea di massima, ora non avvenissero più, come era invece accaduto di frequente in passato, attraverso atti unilaterali di tipo autoritativo, bensì istituendo di volta in volta dei negoziati diplomatici e delle trattative politiche con la ristabilita autorità dei pontefici e della corte di Roma. E non a caso si è infatti parlato di una sorta di tendenza spiccata alla "diplomatizzazione" dei rapporti tra il Papato e gli Stati.

E poiché i suddetti interventi statali non si limitavano a settori, per così dire, "tradizionali", come ad esempio quello dell'assegnazione dei benefici ecclesiastici, ma si estendevano ormai anche a tutta una serie di atti di indirizzo e di stimolo nel campo delle pratiche religiose, devozionali, assistenziali e caritative, si aveva, come conseguenza, che anche in tutti questi ambiti ci si fosse di fatto uniformati al sistema di una sostanziale cooperazione diplomatica tra il Papato ed i vari governi.

In questo campo rientravano evidentemente anche gli interventi politici in materia di tutela e di promozione degli ospedali. Gli istituti ospedalieri erano infatti considerati in questo periodo come degli enti para-ecclesiastici, e quindi come degli istituti di diritto canonico (soggetti come tali all'autorità dei vescovi, e più ancora, a quella dei papi). Da tempo però le autorità politiche avevano preso l'abitudine di intromettersi pesantemente anche in questo settore; e negli Stati sviluppatisi da un originaria matrice cittadina (e che dunque vantavano anche un passato di tipo comunale, come era appunto il caso dello Stato di Milano) esisteva in particolare tutta una tradizione politica di interferenza, che risaliva appunto alla stessa età dei Comuni. A questo elemento si veniva poi ad aggiungere anche quella particolare componente di tipo, potremmo dire, ideologico, per cui,

soprattutto nelle compagini politico-territoriali in cui si erano venuti ad affermare ordinamenti di tipo signorile o principesco (come appunto era avvenuto nel dominio milanese dei Visconti e poi degli Sforza), si era portati a ritenere che tra i doveri ed i compiti di un buon principe e di un sovrano devoto (o magari della sua consorte) vi fosse proprio anche quello di doversi prendere cura, vigilare ed eventualmente promuovere l'attività ed il buon funzionamento delle strutture preposte al ricovero o alla cura degli infermi e dei bisognosi, perché si riteneva che questo potesse contribuire in modo decisivo - per dirla con le parole di Giorgio Chittolini - a rafforzare la loro "immagine di governanti pii, tutori e governatori della vita religiosa dello Stato".

Insomma, anche in materia ospedaliera ed assistenziale - la distinzione tra i due campi era in effetti ancora piuttosto imprecisa - esistevano prassi consolidate di ingerenza politica, che, nel nuovo contesto compromissorio che si andò definendo a partire da metà Quattrocento, si vennero a loro volta adattando al più generale sistema di accordi e di riconoscimenti reciproci tra l'autorità civile e politica degli Stati e l'autorità ecclesiastica e religiosa del Papato.

In questo senso, dunque, le bolle pontificie sopra ricordate, così come il grande dipinto di cui s'è detto, tendevano per l'appunto a rappresentare e a mettere in scena proprio questo tipo di schema, con il papa nella figura del rispettato erogatore di grazie e di privilegi ed i principi nella veste di interlocutori privilegiati del papa stesso.

Il punto che occorre chiarire, però, è che in realtà, a dispetto di quello che queste rappresentazioni potrebbero farci pensare, la fondazione della Ca' Granda non fu soltanto l'oggetto di una trattativa diplomatica tra lo Stato di Milano e la curia papale, né tanto meno un provvedimento nato esclusivamente dall'incontro tra la pietà di una devota coppia di duchi e la particolare benevolenza di un pontefice liberale.

Oltre a questo, vi fu infatti anche dell'altro, in quanto nella vicenda ebbe in realtà un ruolo importante almeno anche un terzo attore, e cioè, appunto, la città, ovverosia Milano, che in verità, in tutti gli eventi che portarono alla nascita del-

l'Ospedale Grande si ritrovò a svolgere una parte di grande rilievo.

Ciò è vero non soltanto in considerazione del fatto che il progetto originario del nuovo ospedale maturò in primo luogo in ambito cittadino, così come di estrazione cittadina furono anche - come vedremo - coloro che a tale progetto avrebbero poi tentato di opporsi. Ma è vero anche, e direi forse soprattutto, perché l'intera vicenda della nascita della Ca' Granda non si potrebbe in realtà nemmeno concepire al di fuori dell'orizzonte specificamente milanese, e del peculiare contesto di quella grande metropoli che era appunto la Milano del Quattrocento.

Basti pensare ad esempio al fatto che il merito stesso del progetto della riforma ospedaliera - l'idea cioè di unificare tanti ospedali in un unico ente e nel contempo di procedere alla costruzione di un nuovo grande complesso: idea che si sarebbe poi per l'appunto tradotta nella fondazione dell'Ospedale Grande - rimandava con tutta evidenza allo specifico quadro complessivo dei problemi assistenziali della Milano del tempo, e alla crisi profonda del sistema sanitario milanese. Nella Milano quattrocentesca infatti esisteva tutta una pletera di piccoli enti ed istituti, privi tra loro di un reale coordinamento. Erano ospedali di diversa origine (ora di fondazione laica, ora ecclesiastica), che in molti casi potevano anche essere dotati di un patrimonio fondiario ed immobiliare consistente, e che tuttavia erano molto spesso poveri di risorse (e non di rado anche indebitati), in quanto generalmente male amministrati. Si trattava per giunta di enti affidati in modo ormai esclusivo alla cura di ecclesiastici, per lo più di nomina curiale, che anche quando non erano palesemente assenteisti, erano comunque tendenzialmente portati a considerare gli istituti cui erano preposti come dei meri benefici, cioè come dei semplici cespiti d'entrata. Tali problemi non erano in realtà propri della sola Milano: erano anzi comuni a molte altre città, soprattutto di area padana. Ma a Milano la cosa era evidentemente ingigantita dalle dimensioni eccezionali della metropoli, che, con la sua popolazione, compresa tra i 100.000 ed i 150.000 abitanti, era di fatto la città più grande e popolosa d'Italia, nonché la

seconda, in ordine di grandezza, dell'intero Occidente. A fronte di una così alta concentrazione demografica, alcune emergenze sanitarie, come quelle causate dalle ricorrenti esplosioni epidemiche (di peste, ma non solo) che si erano andate manifestando a partire dalla seconda metà del Trecento, erano venute inevitabilmente ad assumere una rilevanza ed una gravità del tutto particolari. A questo veniva poi ad aggiungersi il fatto che pur essendo Milano una città indubbiamente ricca ed industriosa (un formidabile centro di produzioni manifatturiere ed anche una grande metropoli commerciale), essa era parallelamente anche afflitta da seri problemi di pauperismo e di disagio sociale. Vi era insomma una situazione di particolare difficoltà rispetto alla quale i vari ospedali cittadini apparivano ormai manifestamente inadeguati ed alquanto inefficienti. L'esigenza di una profonda riforma dell'intero sistema degli ospedali di Milano era da questo punto di vista una vera e propria necessità strutturale, un'esigenza ormai improrogabile. Si capisce bene allora che pensare di poter affrontare la questione delle origini della Ca' Granda senza tenere presente questo quadro di riferimento, che rimanda ovviamente allo specifico contesto della città, non avrebbe in vero alcun senso.

Ma al di là anche di questo, il ruolo di Milano fu poi centrale nella vicenda del nuovo ospedale anche per via di altre ragioni, di tipo più intrinsecamente politico. Alla base dell'impegno di Francesco Sforza e di Bianca Maria Visconti a favore della nuova fondazione vi furono infatti anche delle evidenti considerazioni di ordine strumentale, connesse per l'appunto al loro rapporto con la città.

Certo: il potere politico milanese si era in realtà già più volte interessato dell'ipotesi di una grande riforma ospedaliera (quella riforma, che come si è detto, appariva per molti versi come un'esigenza non prorogabile). L'idea, per esempio, di un riordinamento generale del sistema degli ospedali cittadini era già stata di Giangaleazzo Visconti nel 1401, si era anche tradotta in un ambizioso disegno di concentrazione, per cui tutti gli ospedali del Ducato (intendendo peraltro il concetto di Ducato nel senso più proprio del termine, cioè come il territorio del solo distretto di Milano, e

non già come l'intero dominio visconteo) si sarebbero dovuti accorpate in un unico ente a gestione centralizzata, da sottoporre non più al controllo ecclesiastico bensì, e questo era l'aspetto forse più rivoluzionario, a quello ducale. Inoltre, in quella stessa circostanza si era in realtà cominciato a ragionare anche della possibilità di costruire in Milano un nuovo grande ospedale sull'esempio di quello di Santa Maria della Scala di Siena (città che nel 1399 era in effetti temporaneamente passata sotto dominio visconteo). Certo, il progetto di Giangaleazzo (elaborato d'intesa con alcuni cittadini milanesi) era rimasto poi senza seguito, in quanto la morte dello stesso duca, nel 1402, e poi la grave crisi politica che ad essa venne facendo seguito, tolsero al potere ducale (cioè alla reggente Caterina Visconti e poi al figlio Giovanni Maria) la capacità, l'autorità e la forza politica per imporre un piano di così alte ambizioni. Alcuni decenni più tardi, però, nel 1445, per quanto in un clima politico già segnato da uno spirito di maggiore collaborazione con le autorità ecclesiastiche, quei progetti (depurati del loro connotato più marcatamente anti-clericale) erano stati in parte ripresi, e papa Eugenio IV, dietro evidente sollecitazione di Filippo Maria Visconti, aveva autorizzato la creazione di una commissione presieduta dall'arcivescovo di Milano al fine di studiare e mettere a punto delle misure di riordino generale dell'intero sistema ospedaliero ed assistenziale dello stato visconteo. Due anni dopo, e cioè nel 1447, c'era poi stato l'intervento dei Capitani e Difensori della Libertà della Repubblica Ambrosiana (cioè dei responsabili di quell'originale esperienza di autogoverno che si era insediata dopo la morte senza eredi diretti dell'ultimo Visconti). Questi, tra il settembre e l'ottobre di quell'anno, dapprima con il decreto *«Pro hospitalibus et pauperibus alogiandis»*, e poi con l'elezione di alcuni *«Deputati sopra le provvisioni de' Poveri»* con competenza su tutti gli enti caritativi ed assistenziali della città, mostrarono di essere fermamente intenzionati a prendere in mano la gestione della materia ospedaliera. Da tempo insomma le diverse autorità di governo che si erano succedute alla guida dello Stato di Milano si erano interessate alla situazione degli

ospedali milanesi (o più in generale a quella degli ospedali di tutto lo Stato); e quando dunque lo Sforza prese ad occuparsi a sua volta della questione, o meglio - per dirla con le parole di Gian Giacomo Gilino (nella sua celeberrima relazione sulla Ca' Granda del 1508) - *«si prese etiam questa cura de reformare questi hospitali»*, egli non fece in definitiva che collocarsi all'interno di una tradizione che ormai poteva ben dirsi già piuttosto consolidata.

Eppure, la sua iniziativa di immediato recupero di questi vecchi progetti di fondazione di un nuovo grande ospedale e di parallela unificazione dei vari ospedali milanesi in unica istituzione (con l'accorpamento e la concentrazione dei relativi patrimoni), venne presa in realtà nel quadro di una strategia politica ben precisa, consistente nel tentativo deliberato di conquistarsi, per questa via, il consenso dei sudditi e di guadagnarsi un particolare prestigio al loro cospetto.

Si badi: in gioco non c'era semplicemente la generica volontà di procurare al regime una qualche particolare "popolarità". C'era molto di più. La ricerca del consenso era infatti una necessità quasi imprescindibile per gli Sforza, in quanto la nuova dominazione era nata in realtà con dei seri problemi di legittimità. La possibilità di instaurare un rapporto di dialogo e di collaborazione con i sudditi, e in particolare con i Milanesi era dunque un'esigenza politica di primaria importanza.

Francesco Sforza, prima della conquista del Ducato, si era certamente messo in luce come un brillante soldato ed un geniale condottiero, ed in vero anche come un sagace politico, capace di stringere relazioni importanti e di tessere alleanze preziose (come ad esempio quella con Cosimo de' Medici, che gli garantì a lungo un importante canale di finanziamenti). Tutto ciò aveva permesso allo Sforza di emergere nel corso degli anni come un personaggio di grande rilievo: un capitano di ventura in grado di unire alle sue spiccate qualità militari anche la capacità di muoversi con abilità e spregiudicatezza nell'intricato contesto dello scacchiere italiano degli anni Trenta e Quaranta del XV secolo.

A conti fatti però, egli era poi giunto al potere, nel 1450, grazie, in sostanza, alla sola forza delle armi. Dopo essersi inizialmente messo al soldo

della Repubblica Ambrosiana (nel 1447), l'aveva poi abbandonata (nel 1448) nel bel mezzo dello scontro mortale con i Veneziani (che speravano di poter compiere un risolutivo balzo in avanti nella Pianura Padana centrale). Quindi, con l'appoggio della stessa Venezia, egli si era volto direttamente alla conquista del Milanese, ottenendo, una dopo l'altra, la dedizione di numerose città e terre dello Stato. Da ultimo, stringendo Milano in una morsa implacabile, aveva bloccato tutte le vie di approvvigionamento della città, finché aveva costretto i Milanesi alla resa, prendendoli sostanzialmente per fame.

Tuttavia, per quanto vittorioso sul piano militare, egli si trovava in una posizione relativamente debole sul piano politico, in quanto non aveva in realtà molti fondati diritti per poter legittimamente aspirare al governo del Ducato. Aveva sposato, è vero, la figlia (peraltro illegittima) dell'ultimo Visconti, ma questo, benché i vari rami del vasto clan visconteo avessero finito per accostarsi a lui (superando un'iniziale ritrosia), non era ancora un titolo sufficiente per poter ambire legalmente alla successione ducale.

E poiché da parte dell'imperatore - il solo che, in quanto massima fonte del diritto, avrebbe potuto pienamente sanare la sua situazione - non c'era in vero la volontà di riconoscerlo come duca, ne derivava che Francesco Sforza rischiava seriamente di presentarsi, per dirla con la celebre formula di Bartolo da Sassoferrato, come un mero tiranno «*ex defectu tituli*».

Questo lo esponeva ad una situazione di oggettivo e costante pericolo, tanto più alla luce del fatto che non tutti, all'interno dello Stato così come al di fuori, parevano disposti a rassegnarsi al fatto compiuto della sua ascesa al potere, né tantomeno a considerare come definitivamente conclusa la partita politica e militare che si era venuta giocando intorno al destino di quello che era stato, un tempo, il dominio visconteo.

Particolarmente incombente sembrava soprattutto la minaccia veneziana, giacché Venezia non era ancora per nulla persuasa dell'idea di dover rinunciare, a vantaggio dello Sforza, ai propri disegni di espansione in Lombardia. Anzi, le autorità lagunari - che pure in un primo tempo (cioè tra il

'48 ed il '49) avevano, come s'è detto, sostenuto lo Sforza contro i Milanesi - si erano in seguito volte contro di lui, e nel dicembre del '49 erano arrivate ad allearsi con la stessa Repubblica Ambrosiana, nel tentativo di impedire che lo Sforza riuscisse davvero ad impadronirsi di Milano. La cosa non era poi evidentemente andata a buon fine, ma ciononostante a Venezia si era ancora assolutamente intenzionati a portare a compimento i progetti espansionistici a lungo accarezzati, e dunque a pervenire ad un drastico regolamento di conti con il condottiero.

Non a caso, i primi anni del Ducato sforzesco - gli anni in particolare tra il 1450 ed il 1452 - furono in effetti contrassegnati dall'assoluta consapevolezza, da parte di tutti gli attori, che lo scontro finale tra lo Sforza e la Serenissima sarebbe stato assolutamente inevitabile (come poi effettivamente avvenne, a partire del maggio del 1452).

Stando così le cose, era dunque essenziale che il nuovo regime cercasse di consolidare alla meglio la propria posizione, e dunque che il duca di Milano riuscisse a trovare degli espedienti che gli permettessero di ovviare in qualche modo alle sue gravi carenze sul piano della legittimità.

Il terreno su cui il duca si impegnò con maggiore determinazione a questo riguardo fu certamente quello della politica estera. La sua idea fissa, una volta diventato padrone di Milano, fu infatti quella di puntellare il proprio potere con una sorta di legittimazione di carattere "internazionale". Si potrebbe dire, anzi, che tutta la politica estera milanese degli anni in cui Francesco Sforza si ritrovò alla guida del Ducato (cioè dal 1450 fino alla morte, nel 1466), sia stata costantemente e principalmente caratterizzata proprio dal perseguimento di questo obiettivo: dapprima puntando soprattutto sull'alleanza con la monarchia francese, e poi, dopo il 1454 (cioè dopo la pace di Lodi con i Veneziani) investendo grandi energie nell'ipotesi della Lega Italica, il cui assunto fondamentale era precisamente l'idea di favorire una sostanziale stabilizzazione dello scenario italiano, al fine per l'appunto di fare in modo che ciò fungesse da vero e proprio fattore di cristallizzazione dello *status quo* e dunque di legittimazione politica delle singole potenze maggiori (ivi compresa,

ovviamente, anche la dominazione sforzesca sul Ducato di Milano).

Non meno importanti però, ai fini di questa strategia di ricerca della legittimità, furono anche i provvedimenti di politica interna.

Sin dall'11 marzo del 1450, ad esempio, prima ancora di entrare ufficialmente nella sua nuova capitale, lo Sforza aveva fatto in modo di garantirsi in via preventiva una sorta di elezione a duca da parte della cittadinanza milanese (ormai piegata al suo volere). In mancanza del riconoscimento imperiale, si era cioè tentato di rimediare con una sorta di legittimazione dal basso.

Significativa fu anche l'intenzione del nuovo regime di presentarsi sin dal principio come un potente fattore di stabilizzazione politica e sociale. La breve stagione della Repubblica Ambrosiana aveva visto salire alla ribalta - soprattutto nella sua ultima fase, caratterizzata dallo scontro più duro con lo stesso Sforza - delle componenti di estrazione popolare. Si trattava di piccoli artigiani, commercianti al dettaglio, macellai, fornai..., elementi cioè che da molto tempo non avevano più avuto alcun tipo di voce, e che improvvisamente, nella temperie turbinosa della Repubblica, avevano invece ritrovato (o meglio acquisito *ex novo*) la consapevolezza di poter svolgere un

ruolo politico attivo, e di poter assumere perfino una posizione di governo e di *leadership*. Tra la fine del 1448 ed i primi del 1449, queste componenti popolari si erano di fatto impadronite della guida della Repubblica, determinate a resistere fino all'ultimo contro lo Sforza. Molti esponenti dei ceti dirigenti milanesi, alcuni dei quali erano stati tra i più convinti promotori dell'esperienza repubblicana, erano stati di fatto estromessi dal potere: alcuni furono perfino condannati a morte, perché sospettati (non senza ragione) di aver cospirato con il condottiero. In pratica, quella Repubblica che era stata inizialmente pensata come una soluzione politica di tipo essenzialmente aristocratico (una sorta di governo dei migliori: fossero questi gli esponenti del vecchio establishment visconteo, o elementi di punta dell'aristocrazia cittadina) si era venuta trasformando in un'esperienza di tipo rivoluzionario, in un temibile governo popolare. Ciò aveva immediatamente destato preoccupazioni, creato timori, suscitato paure (e aveva innescato naturalmente anche delle reazioni di fuga e dei tentativi di defezione).

Piegata l'ultima resistenza repubblicana, lo Sforza aveva dunque voluto mandare un segnale di normalizzazione. Giustamente Evelyn Welch si è di recente



La cerimonia civile in aula magna.

soffermata sull'analisi della solenne processione, che accompagnò l'ingresso ufficiale del nuovo duca in Milano, il 25 marzo del 1450. Quel grande corteo infatti non fu soltanto un importante evento cerimoniale (nel segno della pacificazione civile) ma anche un solenne momento di comunicazione politica. Perché mentre il nuovo duca avanzava lentamente in città, dietro lui procedevano, a ranghi compatti, i rappresentanti del clero, quindi i nobili, poi i nuovi Consigli ducali, poi le autorità municipali (il podestà, e il Vicario unitamente ai 12 di Provvisione), quindi gli ordini professionali riconosciuti (i giureconsulti, i medici, i notai e i mercanti), poi le arti e le corporazioni minori, e da ultimo, in coda, il semplice popolo. Il messaggio politico cioè era molto chiaro: si intendeva dimostrare a tutti che «il disordine della Repubblica Ambrosiana era finito. Il “popolo”, che in precedenza aveva minacciato di prendere il controllo, ora veniva per ultimo; la nobiltà ed i magistrati erano tornati alla testa e alla guida [della società]» (sono parole della Welch). L'ordine sociale, insomma, era restaurato.

Ma una siffatta restaurazione implicava anche un potere autorevole, in grado di farsi senz'altro rispettare.

Per questo, uno dei primissimi atti con cui il nuovo duca aveva voluto inaugurare la sua dominazione, era stata la decisione (resa pubblica sin dal 10 di luglio del 1450) di procedere alla ricostruzione del castello di Porta Giovia. A muoverlo in questo senso erano stati diversi fattori. C'era indubbiamente l'esigenza di rafforzare le difese della capitale, di fronte al pericolo di un imminente attacco dall'esterno da parte dei molti nemici del nuovo regime (ed *in primis* dei Veneziani). E c'era, prima ancora, la volontà di riaffermare, anche simbolicamente, la restaurazione di un pieno potere principesco dopo la parentesi repubblicana. Ma accanto a tutto questo c'era anche il fondato timore che il popolo milanese, sconfitto ma non domato, potesse nuovamente insorgere, liberandosi dal nuovo dominatore: da qui, appunto, la decisione ducale di procedere senza indugi all'immediata riedificazione di quella fortezza (il castello appunto), che i Milanesi stessi avevano fatto abbattere tre anni prima, come segno della fine della tirannia viscontea.

Eloquente è in questo senso il racconto di quei fatti propostoci dallo storico Bernardino Corio, nella sua «*Historia patria*» del 1502: «*perché la plebe, avezata a l'arme, se ricordava de la libertà, provedé il duca che le porte de la città se fortificasseno, e, per essere lo antiquo castello de Porta Zobbia al tutto ruinato, misse ogni suo pensiero a restaurarlo sopra de li primi fondamenti*»).

Ancora verso la fine del 1448, alcuni nobili milanesi (legati alla componente moderata del fronte repubblicano) avevano in realtà fatto sapere allo Sforza di essere disposti ad accettarlo come duca, purché questi non facesse «*may*» ricostruire «*il castello*», né «*alcun 'altra fortezza [...] che habia intrata né exito in la città*». Lo Sforza aveva però sdegnosamente respinto queste proposte di compromesso. «*El mi pare che in cambio de elegermi per Signore se cerca che io sia subdito overo factore*»: era stata la sua brusca risposta. E infatti, appena tredici mesi più tardi, divenuto infine padrone incontrastato di Milano e di tutto lo Stato - aveva subito voluto mandare un segnale politico esplicito. Il castello, con la sua imponente massa architettonica, doveva essere rapidamente rimesso in piedi, per rendere ben visibile dove stava il potere, e con chi i nuovi sudditi avevano a che fare. L'impresa ricostruttiva - che lo Sforza affidò, dal dicembre del 1451, come noto al Filarete, e che in seguito venne portata a termine da Bartolomeo Gadio - fu in effetti decisa ricorrendo anche in questo caso all'*escamotage* di richiedere ai cittadini una sorta di approvazione dal basso, attraverso una serie di consultazioni (peraltro meticolosamente pilotate) con le assemblee parrocchiali della città. A nessuno però era davvero sfuggita la chiara valenza autoritaria di tutta l'operazione.

Patrick Boucheron, autore di un bel volume sulla politica urbanistica dei Visconti e poi degli Sforza, ha per esempio ben sottolineato l'evidente aspetto intimidatorio di questa iniziativa di edilizia pubblica. Si trattava cioè di un tipico caso di quello che questo studioso ha definito con la formula efficace di «*urbanisme tyrannique*».

Questo elemento di intimidazione costituiva però soltanto uno dei due tratti precipui con cui la nuova dominazione intendeva presentarsi (e rappresentarsi) al cospetto dei Milanesi.

L'altro aspetto - non meno importante - fu infatti, come si diceva, quello della ricerca del consenso, quale passaggio fondamentale della strategia di un regime con basi di legittimità così fragili.

Francesco Sforza fu da questo punto di vista un attento precursore della massima machiavelliana secondo cui al buon principe conveniva essere non soltanto temuto, ma, ove possibile, anche amato. E non è un certo caso del resto che lo stesso Machiavelli avesse in seguito ritenuto di poter riconoscere proprio nello Sforza (ossia in colui «*che con una gran virtù, di privato divenne duca di Milano*») l'esempio più idoneo ad illustrare la sua tipologia di coloro che si trovavano alla testa di «principati nuovi».

Dunque, se il castello, doveva rappresentare, anche visivamente, l'elemento intimidatorio della nuova dominazione, il nuovo Ospedale Grande fu in effetti il suo grande contraltare politico ed architettonico, ovvero sia l'esternazione dell'altro volto, benevolo e sollecito del bene della popolazione, con cui il duca intendeva presentarsi al cospetto dei suoi nuovi sudditi.

La questione della riforma ospedaliera, dopo i provvedimenti del 1447 (che si sono sopra ricordati), promossi dalle autorità repubblicane, aveva visto in realtà entrare in scena, nel 1448, un altro protagonista: la curia arcivescovile.

Arcivescovo di Milano era in quel momento il cardinal Enrico Rampini (lo abbiamo già incontrato in relazione all'istituzione di quella commissione di nomina pontificia, voluta da Filippo Maria Visconti nel 1445, per studiare la questione degli ospedali). Egli era titolare della cattedra ambrosiana dal 1443.

La fine del regime visconteo, e le difficoltà in cui si trovavano le autorità della Repubblica (impegnate in quel momento nella guerra con Venezia), lo dovettero persuadere della possibilità di rilanciare un ruolo forte dell'autorità ecclesiastica, e dunque di ribadire la funzione della curia arcivescovile quale solo ed unico soggetto preposto al controllo e all'organizzazione della materia ospedaliera. Di contro alla lunga serie delle ingerenze statali che, come si è visto, si erano venute da tempo manifestando anche in tema di ospedali, l'arcivescovo era cioè intenzionato a riaffermare

la propria centralità, e a recuperare quel ruolo direzionale che i suoi predecessori avevano di fatto perduto.

Nel marzo del 1448, egli mise dunque a punto un importante decreto di riordino dell'assetto ospedaliero milanese. Fu in un certo senso il primo atto concreto di riforma, dopo anni di progetti abortiti o di idee rimaste sulla carta. In forza di questo provvedimento arcivescovile, l'ospedale del Brolo, il più grande e il più ricco dei vari ospedali cittadini allora esistenti, sarebbe diventato il punto di riferimento di un sistema di gestione centralizzata esteso su ben 16 ospedali della città. Ad esso avrebbe fatto capo un'amministrazione unica centrale, costituita da una commissione (che si sarebbe rinnovata di anno in anno) di 24 cittadini: 22 laici e 2 ecclesiastici, scelti in ragione di 4 rappresentanti per ciascuno dei 6 sestieri della città. Costoro avrebbero affiancato i rettori dei diversi ospedali (che non venivano in effetti soppressi) nella gestione dei singoli enti e nel controllo dei relativi patrimoni, e avrebbero avuto alle loro dipendenze una serie di "massari" e di "cellerari" preposti ai singoli enti. La nomina della commissione sarebbe stata di competenza dello stesso arcivescovo, seppure sulla base di una rosa di nominativi che gli sarebbe stata di volta in volta sottoposta dal Vicario e dai 12 di Provvisione (dunque dall'amministrazione municipale), dal vicario generale arcivescovile, e da una rappresentanza di grandi elettori designati dalle principali *Scholae* della città (cioè dai più significativi luoghi pii elemosinieri).

Lo Sforza, una volta preso il potere, intese dunque agganciarsi a questi provvedimenti già in essere e decise di farli senz'altro propri, imprimendo nel contempo una notevole accelerazione in merito alla loro attuazione (il che significava peraltro sostituirsi di fatto alla curia arcivescovile nella direzione dell'iniziativa). Rispetto al decreto Rampini (che nel luglio del 1448 era stato prontamente approvato anche da papa Niccolò V), il duca decise peraltro alcune significative modifiche. Intanto la concentrazione dei 16 enti ospedalieri avrebbe dovuto essere piena ed effettiva: gli enti unificati, in altre parole, non avrebbero dovuto semplicemente sottostare alla supervisione

della commissione arcivescovile, ma avrebbero dovuto essere soppressi (dopo l'estinzione dei rettori già in carica) per confluire in un unico nuovo ente. Inoltre il duca ritenne di riesumare anche la vecchia idea di Giangaleazzo Visconti di accompagnare quest'opera di concentrazione amministrativa (e di unificazione di un certo numero di piccoli ospedali), con la costruzione di un nuovo grande ente ospedaliero di nuova fondazione.

Sin dal 1450, il piano ducale era sostanzialmente partito. E nel corso del 1451 iniziarono anche le prime pressioni diplomatiche sulla Sede Apostolica perché il progetto venisse senz'altro approvato. Passarono a quel punto diversi mesi, ma l'approvazione papale non arrivò.

Il papa, il sarzanese Niccolò V Parentucelli, esitava ad un passo che temeva potesse risultare erosivo delle proprie prerogative. Nel 1452, dopo non poche titubanze, egli arrivò in realtà ad accordare una sorta di consenso verbale all'operazione, ma la bolla apostolica, cioè l'atto formale che avrebbe realmente permesso di sanzionare in modo ufficiale la fondazione del nuovo ente, non venne in realtà rilasciata.

Qualcosa evidentemente non stava funzionando nell'oliato meccanismo della diplomazia sforzeca. O meglio, si stavano evidenziando delle resistenze che apparivano oggettivamente in grado di frenare l'iniziativa ducale. Vedremo tra breve di cosa si trattasse.

In ogni caso, tra il 1452 ed il 1454, a complicare ulteriormente i negoziati con Roma si aggiunse anche la guerra con Venezia: dietro l'incalzare degli eventi bellici, la questione dell'ospedale passò infatti temporaneamente in secondo piano nelle trattative diplomatiche tra Milano e la corte di Roma, e la cosa finì in breve per arenarsi.

Dell'ospedale si tornò a parlare con rinnovata insistenza nel 1455, a guerra ormai conclusa. Lo Sforza questa volta mobilitò diversi predicatori a lui vicini per riaccendere l'entusiasmo e l'interesse della popolazione milanese attorno a quello che era ormai diventato un "suo" obiettivo politico primario, una questione su cui il potere ducale si stava giocando il proprio stesso prestigio. Tra i religiosi più attivi - secondo quanto dimostrato dalle puntuali ricerche di Franca Leverotti - si

rivelò in particolare il francescano Antonio da Bitonto, mentre meno rilevante sembrerebbe essere stata l'opera di Michele Carcano (a lungo ritenuto uno dei maggiori propugnatori dell'iniziativa).

Comunque sia, sta di fatto che nell'aprile del 1456, dopo il solenne atto di donazione (presentato in forma di decreto) con cui lo Sforza accordava al futuro ente un sedime nei pressi della grande area del Brolo (un ampio prato nel sestiere di Porta Romana), su cui sarebbe dovuto sorgere la nuova fondazione, il nuovo ospedale venne formalmente fondato (almeno sulla carta). Il 12 aprile di quello stesso anno, con una solenne cerimonia, venne quindi posta la prima pietra. Nei mesi seguenti, sia pure con qualche lentezza, si venne di fatto ad aprire anche un cantiere, e nel febbraio del 1457 il duca pretese di imporre alla direzione dei lavori il suo architetto di fiducia, cioè il Filarete, che mise a punto il suo grandioso progetto di un grande impianto a doppia crocera. L'impresa della Ca' Granda era dunque entrata nel vivo.

Tuttavia l'indispensabile autorizzazione del papa (che nel frattempo era divenuto il catalano Alonso Borja, ovvero Callisto III, già segretario di Alfonso d'Aragona) continuava a tardare.

Sin dal maggio 1456 la diplomazia sforzeca si era in realtà nuovamente attivata con grande energia per ottenere l'approvazione papale al progetto della riforma. Era stato predisposto anche un piano circa la possibile articolazione della bolla. Da parte papale la cosa non ebbe però seguito, e così, nel corso del 1457, la diplomazia milanese dovette ripetutamente tornare a battere sullo stesso tasto. L'esito fu tuttavia sempre deludente. Di fatto, ancora nel giugno del 1458, la faccenda giaceva inesorabilmente irrisolta.

Per il duca, estenuato da questo stato di cose, si stava profilando un'amara sconfitta politica, uno smacco anche in termini di prestigio. In una lettera al suo ambasciatore Ottone del Carretto, lo Sforza proprio nel giugno di quell'anno, ribadiva in realtà il suo entusiasmo per la grande impresa: «*Questo ospedale*» - egli scriveva con convinzione - «*serà la più digna et gloriosa cosa che sia in Italia*». Ma c'erano obiettivamente delle difficoltà; e perciò l'ambasciatore doveva fare assolu-

tamente in modo *«che se daghi uno fine ad questa sanctissima opera et non stiamo più in suspeso noy et tucta questa patria, expectando ogni di sentire questa desyderata conclusione. Et qui mettetigli ogni vostro sentimento, studio et cura»*.

Ma perché la pratica della bolla non andava avanti? Che cosa si opponeva al progetto ducale? È la stessa lettera dello Sforza che abbiamo ora citato a darcene la risposta. Il duca infatti aveva sentito la necessità di intervenire ancora una volta sulla questione perché era venuto a sapere che soltanto pochi giorni prima *«molti cittadini milanesi»*, per quanto in forma anonima, avevano presentato al pontefice una supplica in cui si erano pronunciati espressamente *«contra la deliberatione de la fabbrica de l'hospedale grande principiato in questa nostra inclyta città de Milano»*.

Contro il progetto dell'ospedale si era cioè levata evidentemente una resistenza. Era un'opposizione silenziosa, poco visibile, occulta (un'ostilità aperta e alla luce del sole non sarebbe stata del resto nemmeno possibile, perché sarebbe immediatamente incorsa nell'ira del duca). Eppure era una resistenza in grado di operare con grande efficacia, al punto di frustrare le ripetute insistenze della diplomazia sforzesca. Non a caso anche in quella circostanza il papa, come già altre volte in passato, aveva mostrato delle perplessità, dei dubbi, delle cautele. *«Sua Sanctità»* - aveva in particolare riferito il cardinale Giovanni Castiglioni, vescovo di Pavia, incaricato dallo Sforza di affiancare gli ambasciatori milanesi nel favorire la conclusione della trattativa - *«[...] non vole si proceda senza bona maturità»*.

Ma da dove venivano queste resistenze? Qui la questione si fa interessante, perché ci mostra che un'operazione politica nata con l'intento di suscitare e creare consenso attorno al nuovo regime si stava in realtà scontrando con delle opposizioni inattese. Nella supplica al papa del giugno del 1458 sembra che i Milanesi che si erano pronunciati contro il progetto ducale avessero avanzato delle accuse esplicite: la fondazione del nuovo ospedale e la creazione della Ca' Granda - sembra vi si obiettasse - non è stata voluta *«ad altro effetto che per consumare et usurpare li beni de li poveri»*.

Una delibera dell'agosto del 1456 del Consiglio dell'Ospedale (o meglio di quello che potremmo definire come il Consiglio Provvisorio, cioè i 24 deputati della vecchia commissione introdotta dal decreto Rampini), ci conferma che queste accuse non erano del tutto campate per aria. In quella circostanza - come notato da Franca Leverotti - uno stretto collaboratore del duca, vale a dire il mortarese Francesco Maletta, era stato ad esempio autorizzato a prendere a fitto dall'asse patrimoniale del nuovo ente la proprietà che avesse voluto, al canone che avesse ritenuto di auto-imporsi e per tutto il tempo che avesse desiderato: insomma, scegliesse lui cosa prendersi, quanto pagare, e per quanto tempo tenersi i beni presi in locazione. Il patrimonio fondiario degli enti ospedalieri milanesi era ingente, spesso collocato in aree (come la bassa pianura) in cui erano possibili investimenti molto redditizi. Il XV secolo stava in realtà conoscendo, in Lombardia, una vera e propria rivoluzione agricola, dalla quale proprio le terre irrigue della bassa pianura si trovavano ad essere interessate in modo profondo. Stava dopo tutto nascendo il capitalismo in queste campagne rese estremamente fertili dalla ricchezza di acque; e grandi possessioni, grandi unità produttive, come appunto quelle costituite dai beni di enti quali gli ospedali, costituivano un'eccellente base di partenza per impiantare aziende di tipo nuovo, compiere investimenti, introdurre migliorie, e realizzare in poco tempo guadagni ingenti e relativamente sicuri. Metterci sopra le mani (magari spuntando fitti e contratti a canoni assai vantaggiosi) era dunque una ghiotta opportunità per investitori dotati di un po' di capitale, di un po' di spirito imprenditoriale, e soprattutto di un po' di un buon fiuto per gli ottimi affari. Si capisce bene, dunque, come dietro la partita dell'ospedale ci fosse anche la possibilità, per chi avesse saputo godere delle giuste entrate, di concludere operazioni vantaggiosissime. E si comprende altrettanto bene come accanto al disegno riformatore del duca (animato più che altro da ragioni e da calcoli di ordine puramente politico) ci fossero, evidentemente, anche gli interessi e le mire di tipo speculativo di chi sperava (e contava) di poter trarre profitto da queste opportunità. Erano aspetti

indubbiamente presenti, e che dovevano inevitabilmente offrire argomenti agli avversari della riforma.

Sarebbe peraltro del tutto ingenuo pensare che la preoccupazione per «*li beni de li poveri*» fosse davvero la sola motivazione di chi cercava di ostacolare i disegni del duca. In realtà, infatti, dietro le resistenze di questi oppositori della riforma c'erano, con ogni evidenza, interessi non meno concreti e tangibili di quelli che essi stessi rimproveravano ai loro avversari.

In una prima fase, negli anni tra il 1451 ed il 1452, sembra che le maggiori opposizioni contro le pressioni del duca per ottenere la bolla papale venissero in realtà dalla curia arcivescovile. L'arcivescovo Giovanni Visconti, in particolare, succeduto al Rampini sulla cattedra ambrosiana dal luglio 1450 al marzo del 1453, fu sicuramente un oppositore dei progetti sforzeschi. Il Visconti, assai avanti con l'età, era stato in verità nominato arcivescovo sin dal lontano 1409, dal papa romano Gregorio XII. Quelli erano però gli anni turbolenti dello Scisma, e l'arcivescovo, legato all'obbedienza perdente, era stato ben presto travolto dagli eventi. Per diversi decenni, egli non era stato riconosciuto come il legittimo detentore del suo beneficio, ed aveva dovuto rassegnarsi ad una lunga vita da esule. Nel 1450, morto il Rampini, lo Sforza, per spirito pacificatore, aveva infine accondisceso a che il Visconti venisse riconosciuto come arcivescovo, ma la cosa gli aveva poi creato non pochi grattacapi. Il Visconti si era infatti rivelato un presule intenzionato a tutelare in ogni modo le proprie prerogative episcopali, e così, in materia di ospedali, egli mostrò di non gradire affatto la decisione del duca di prendere in prima persona il controllo della faccenda. Da qui una serie di difficoltà che dovettero avere sicuramente un ruolo, al tempo di Niccolò V, nell'impedire che la pratica della bolla dell'ospedale andasse a buon fine.

Successivamente, venuto a mancare il Visconti (nel 1453), le resistenze arcivescovili vennero però decisamente a cadere. Lo Sforza ebbe infatti l'accortezza di compiere opportuni interventi sul papa per fare in modo che alla cattedra milanese venissero nominati degli uomini di sua assoluta

fiducia: dapprima il cremonese Niccolò Amidani (che resse la diocesi dal marzo del '53 al marzo del '54), e poi niente meno che il proprio stesso fratello Carlo (*alias* Gabriele) Sforza, frate agostiniano osservante, e quindi arcivescovo di Milano dal giugno del 1454 al settembre del 1457. Con questi due episcopati, e in particolare con quello di Gabriele Sforza, iniziò una fase di assoluta collaborazione tra curia arcivescovile e potere ducale, e i presuli da quel momento smisero di creare difficoltà e divennero anzi degli zelanti sostenitori dell'ambizioso progetto ospedaliero del duca.

Vi furono però altri soggetti, ed altre componenti, che soprattutto in questa seconda fase si vennero mettendo in luce per la loro ostilità alla riforma ospedaliera promossa dal regime. Per esempio, i rettori dei piccoli ospedali, molti dei quali erano legati a famiglie dell'aristocrazia cittadina (Biraghi, Lampugnani, Porro, Perego, ecc.), si opponevano con una certa tenacia all'idea di veder soppressi gli enti loro affidati, e così per diverso tempo animarono una fiera resistenza contro il duca e contro Gabriele Sforza. Non meno ostili poi erano gli affittuari dei beni di quegli stessi ospedali, i quali temevano di perdere (a vantaggio di una più corretta gestione patrimoniale, o magari, come si è visto, a vantaggio di altri speculatori) quei redditi contratti cui essi avevano già potuto accedere precedentemente (non di rado grazie anche all'incuria o all'incapacità dei rettori). Anche in questo caso si trattava non di rado di esponenti dell'*élite* cittadina e non mancavano figure di primissimo piano come il potente banchiere Filippo Borromeo.

C'erano poi parenti e amici dei rettori che spesso vivevano negli ospedali, o ne utilizzavano le strutture e gli immobili. Erano elementi che spesso si erano incuneati - a volte anche in modo del tutto parassitario - nella crisi del sistema ospedaliero cittadino, e che naturalmente non vedevano di buon occhio la prospettiva di perdere queste loro grandi o piccole rendite di posizione.

Un altro centro di resistenza e di opposizione era poi costituito da un ente potente e prestigioso come la Fabbrica del Duomo, anch'essa controllata prevalentemente da esponenti dei ceti dirigenti cittadini. Per decenni la Fabbrica aveva funziona-

to da grande polo d'attrazione nei riguardi di lasciti, offerte e donativi, provenienti dai Milanesi. In tal modo essa aveva dunque saputo intercettare un flusso notevole di risorse. Ora, la Fabbrica temeva però che il nuovo ospedale potesse subentrarle nel ruolo di principale collettore di questo genere di proventi, dalla qual cosa nasceva dunque una decisa opposizione all'iniziativa stessa della riforma degli ospedali. Nel maggio del 1456, ad esempio, a poche settimane dalla posa della prima pietra della Ca' Granda, dalla Fabbrica del Duomo era partita una petizione al Consiglio Segreto ducale, nella quale si chiedeva che se proprio si voleva procedere con la fondazione del nuovo ospedale, che almeno questo non venisse intitolato alla Vergine, giacché evidentemente si voleva che il monopolio della devozione mariana (e delle risorse che questa devozione poteva mobilitare) restasse saldamente nelle mani della Fabbrica della cattedrale (che naturalmente era intitolata, come noto, a Santa Maria).

Ancora, si può ritenere che tutti coloro che non avevano a cuore la causa della nuova dinastia, gli oppositori del nuovo regime, i nostalgici della Repubblica, o più in generale i nemici dello Sforza e del suo potere, fossero anch'essi interessati ad evitare che il duca potesse riportare su tale vicenda un significativo successo politico.

Insomma, per farla breve, c'era tutto un complesso di elementi e di forze, di matrice per lo più cittadina, che animavano una notevole, anche se velata resistenza contro i progetti del duca, e che - grazie evidentemente a propri autonomi canali e contatti con la corte di Roma - furono anche in grado, per diversi anni, di svolgere un'opera efficace di insabbiamento della pratica della bolla.

Nell'agosto del 1458, quando si spense anche papa Callisto III, la prima pietra della Ca' Granda era già stata posata da più di due anni; Filarete da più di un anno era alla testa del cantiere; i 24 deputati voluti dal Rampini presiedevano da più di dieci anni alla gestione unificata di un buon numero di ospedali cittadini; e da più di sette anni la diplomazia sforzeca stava chiedendo al pontefice una bolla apostolica che approvasse il progetto della nuova fondazione. Ma a Roma tutto era sempre fermo, ed il *placet* papale non arrivava. Ciò determinava di fatto anche una situazione di oggettiva incertezza amministrati-

va e gestionale, che rischiava di mandare in fumo tutto il progetto e di incrinare, nel contempo, anche il tentativo ducale di porsi efficacemente in relazione con i propri sudditi. Un'operazione che era stata concepita come un'abile mossa volta alla ricerca del consenso, rischiava in altre parole di risolversi in un fallimento.

Le cose cambiarono però in modo radicale con l'elezione al pontificato del senese Enea Silvio Piccolomini, vale a dire di Pio II (che divenne papa il 19 agosto del 1458).

Il nuovo pontefice non aveva avuto in passato rapporti particolarmente stretti con Francesco Sforza. Per alcuni anni, prima di diventare cardinale nel 1456, egli era stato, al contrario, alle dipendenze dell'imperatore Federico III d'Absburgo, con la qualifica di segretario, e come tale aveva di fatto condiviso la profonda avversione di quest'ultimo nei confronti dell'ascesa dello Sforza e della sua conquista del Ducato di Milano.

Ora, però, la situazione politica generale era entrata in un momento del tutto particolare. Nel giugno di quello stesso 1458 era morto infatti il re d'Aragona (nonché re di Napoli e re di Sicilia) Alfonso V il Magnanimo. Sul regno di Napoli, che Alfonso aveva lasciato al figlio naturale Ferrante I, si erano subito appuntati i vecchi sogni di rivalse angioini. Renato d'Anjou, duca d'Anjou e del Maine, conte di Provenza, nonché duca consorte di Lorena, rivendicava infatti per sé la corona napoletana, che gli era stata sottratta dallo stesso Alfonso nel 1442. La morte dell'Aragonese offriva dunque agli Angioini l'opportunità di tentare questa rivincita tanto attesa. In pratica, si stava rapidamente preparando quella spedizione contro il Regno, che tra il 1459 ed il 1462 (in collegamento con una vasta rivolta baronale), avrebbe poi tenuto pericolosamente in bilico non soltanto le sorti del Regno stesso, ma anche, più in generale, il fragile equilibrio politico dell'intera Penisola.

In un siffatto contesto, lo Sforza e Pio II si ritrovarono dunque sulle stesse posizioni di decisa contrarietà rispetto all'ipotesi di uno sconvolgimento degli assetti italiani.

Per lo Sforza si trattava dopo tutto di restare semplicemente fedele a quella che era ormai una sua

politica consolidata: la difesa, cioè, dello *status quo* in funzione della stabilizzazione dello scenario italiano (e dunque della legittimazione delle varie potenze che ne facevano parte). Per Pio II si trattava di perseguire un obiettivo in gran parte analogo (ma con in più la speranza, o se si preferisce l'illusione, che la stabilizzazione politica della Penisola potesse anche fungere da premessa per un impegno congiunto di tutti gli Stati italiani in favore della Crociata, al fine di liberare Costantinopoli, che nel 1453 era caduta, come noto, nelle mani dei Turchi).

Entrambi, in ogni caso, consideravano come essenziale l'eventualità di un ritorno angioino in Italia. Su queste basi, tra il papa ed il duca si venne dunque a stabilire un'oggettiva convergenza politica, che in breve non tardò a tradursi in una piena sintonia e in una strettissima collaborazione.

In vero, nessun papa ebbe mai un'intesa così stretta ed intensa con un duca di Milano come fu quella che si andò realizzando tra Pio II e Francesco Sforza. Lo si vide ad esempio in settori come quello della provvista dei benefici ecclesiastici, ove al duca venne in effetti concessa una libertà di movimento del tutto inedita. Ma lo si vide con chiarezza anche in rapporto alla vicenda dell'ospedale, ove un progetto che sembrava fino a poco

prima destinato a fallire poté improvvisamente riprendere corpo ed andare rapidamente a buon fine.

Il grande dipinto cinquecentesco che abbiamo analizzato in apertura, e che in fondo riduceva tutta la vicenda dell'ospedale ad un mero accordo tra il duca ed il papa non era dunque del tutto mendace, nel senso che a risolvere una questione che pareva arenata fu in effetti proprio il rapporto diretto tra lo Sforza ed il Piccolomini.

Non a caso, già nell'ottobre del 1458, il duca tornava ad insistere con il pontefice per ottenere un'apertura sulla questione della bolla. E l'apertura, in effetti, ci fu: da parte papale infatti non soltanto si rispose con un preciso segnale di disponibilità, ma si volle mandare a Milano una bozza di bolla, per sottoporla alla valutazione sforzesca. Il testo del papa venne lungamente esaminato nel Consiglio Segreto ducale, poi, il 15 di febbraio del 1459 venne inviata a Roma una risposta, con alcune proposte modificative.

Non si trattava - si badi - di modifiche di poco conto. Rispetto al modello del decreto Rampini, cui ci si era fino a quel momento attenuti, ora veniva infatti proposta la riduzione del capitolo dei Deputati da 24 a 18 membri; ma soprattutto veniva proposto, quasi di soppiatto, di inserire come diciannovesimo membro del capitolo stesso anche un luogotenente ducale (il "Ducalis commissarius"), la cui istituzionalizzazione



Un altro momento della cerimonia civile della Festa.

sarebbe venuta di fatto a prefigurare la concreta possibilità per il duca di sottoporre il nuovo ospedale ad un più diretto controllo politico.

A sorpresa la proposta ducale, di cui in precedenza non si era mai ragionato, venne accettata dal papa senza particolari obiezioni.

Così, verso la fine di febbraio del 1459 la bolla apostolica venne infine formalmente rilasciata, anche se vi fu apposta la data del 9 dicembre 1458 (probabilmente per non dare a vedere come l'originale bozza pontificia fosse stata modificata in modo così rilevante e su un punto così significativo dall'intervento ducale).

Fu dunque in questo modo che l'Ospedale Grande di Milano venne finalmente alla luce in modo ufficiale. Vi erano aggregati 8 istituti ospedalieri cittadini (il Brolo, San Dionigi, Sant'Ambrogio, Santa Caterina, Donna Bona, San Celso, San Vincenzo e Sant'Antonio). Ma diversi altri si sarebbero venuti aggiungendo negli anni seguenti.

Quanto ai Milanesi, che in molte loro componenti non si erano eccessivamente commossi di fronte alla nuova realizzazione, e che anzi avevano pure sollevato delle resistenze piuttosto vistose, a poco a poco essi avrebbero compreso la straordinaria funzionalità di questa istituzione, e nel corso del tempo tra Milano e la Ca' Granda si sarebbe in effetti venuto sviluppando un rapporto strettissimo e viscerale.

Quello che invece non sarebbe mai decollato fu per contro il rapporto tra i Milanesi e gli Sforza.

La stessa mossa a sorpresa del duca - prontamente accettata da Pio II - di inserire un rappresentante ducale nel capitolo dell'Ospedale (rappresentante che fu poi scelto nella persona del fidatissimo Primo Segretario sforzesco, Cicco Simonetta) può essere infatti interpretata, da questo punto vista, come un segno rivelatore.

Evidentemente il duca, dopo l'esperienza delle resistenze che si erano sollevate contro il suo disegno, non si fidava più della società cittadina e per questo pretese di poter disporre di un proprio uomo che controllasse, sorvegliasse, e dirigesse ogni cosa.

In ciò si consumava però una sostanziale rottura. Il tentativo di costruire un sistema di potere anche sul consenso non era andato a buon fine.

Il prof. Giorgio Cosmacini su “*Fundatio Hospitalis Magni: la rinascita ospedaliera*”

Chiedo al cortese uditorio (che mi fa credito del suo ascolto e di ciò lo ringrazio) un volo di fantasia, retrocedendo con l'immaginazione a mezzo millennio fa, quando questa Ca' Granda già esisteva da cinquant'anni e quando l'allora priore (che oggi diremmo presidente) del capitolo (che oggi diremmo Consiglio) dell'Ospedale Maggiore dettava allo “scriba” o “cancellario” ospedaliero quella memoria documentata sull'organizzazione dell'ospedale che un paio d'anni dopo avrebbe avuto la dignità della stampa grazie all'opera di uno dei primi stampatori milanesi, diventando così il documento *princeps*, su carta stampata, relativo al funzionamento di un grande e moderno nosocomio.

Quando il presidente, Gian Giacomo Gilino, dettava al cancelliere le sue pagine, era passato ormai mezzo secolo dalla bolla papale che aveva dato l'*exequatur* all'atto fondativo del duca – *fundatio hospitalis magni* – e che benedicendo aveva approvato la costruzione dell' “Ospedale grande” fornito di chiesa parrocchiale, torre campanaria e cimitero, nonché l'aggregazione all'ospedale medesimo degli altri ospedali urbani e la nomina, a fianco del capitolo, di un “ducale commissario”, luogotenente dell'autorità politica, cioè il duca.

Lui, il duca fondatore, Francesco Sforza, era già morto da quarant'anni, dopo cronico languire; e il papa benedicente, Pio II, cardinale di Santa Romana Chiesa Enea Silvio Piccolomini, lo aveva già preceduto nella tomba. Anche l'*architectus, fabricator, director et ingenierius* dell'edificio ospedaliero, maestro Antonio Averlino da Firenze, detto il Filarete, era passato a miglior vita da tempo. Aveva lasciato scritto, nel suo “Trattato di architettura”, di aver costruito per il duca Francesco il glorioso “albergo dei poveri”. Non era esatto.

Nella sua scrittura il priore Gilino dimostrava che, a cinquant'anni da quella fondazione, dopo un avvio accidentato con i lavori ancora in corso e dopo alcuni lustri di attività ospedaliera crescente per mole e complessità, l'istituzione voluta dallo Sforza, benedetta dal pontefice, eretta dal Filarete, non era affatto un “albergo dei poveri”, ma era a pieno titolo una “fabbrica della salute” di taglio rinascimentale, moderno, adeguata e anzi in anticipo sui tempi.

Che cos'era accaduto?

Era accaduto che la struttura ospedaliera, concepita e realizzata in modo architettonico nuovo, era stata organizzata con modalità gestionali e funzionali anch'esse rinnovate, radicalmente riformate rispetto al passato. Leggiamo la relazione del priore:

“La forma adunca presa da questa *reformatione* è stata in questo modo”: poiché le malattie “o sono cronice o de qualità che presto son terminate, vel con salute, vel con morte, queste de presta terminazione son designate al *hospitale grande* dove [li infirmi], come è predicato, o moreno o, facti sani, vano con la benedictione a fare li facti soi”. “Le altre egritudini cronice, o mali de altra qualità, quali vogliono tempo, hano la receptione sua separata”, cioè sono destinati altrove, in ospedali satelliti decentrati, onde non trasformare la nuova Ca' Granda in un ricovero per lungodegenti o, peggio ancora, in un cronicario.

La riforma ospedaliera non doveva essere vanificata ritrasformando il nuovo ospedale in un vecchio ospizio. Il Rinascimento, se voleva essere tale anche in campo ospedaliero, non poteva ripiombare nel sistema della carità e dell'ospitalità indifferenziate, di medievale memoria.

La rinascita dell'ospedale comportava non l'abbandono di quella carità benemerita, ma il suo superamento e completamento. Comportava la transizione epocale da una carità *senza* la scienza medica a una carità *con* la scienza medica o, se volete, a una scienza medica applicata in modo caritatevole, affabile, una scienza medica umanizzata, a misura d'uomo.

Perché questo progresso, curativo e culturale, avvenisse era indispensabile che la figura del medico – da poco istituzionalizzata in ospedale accanto a quella tradizionale dell'*infirmarius* (l'infermiere addetto agli *infirmi*) – fosse direttamente coinvolta nell'attuazione della riforma. Escluso dalla fase progettuale (non era stato consulente del progettista), escluso dalla fase organizzativa (non faceva parte del capitolo ospedaliero), escluso dalla fase gestionale (non governava l'andamento dell'ospedale), il medico trovava il proprio specifico ruolo nella fase operativa. Senza di lui nessuna riforma – programmata, organizzata, gestita – poteva essere fatta. Nessuna rinascita poteva essere nemmeno ipotizzata.

Prima ancora che nell'attività in corsia, cioè in ognuno dei “quattro braci de la crociera” a curare le “febri” e le “ferite” (le malattie rispettivamente “interne” ed “esterne”), il medico trovava il proprio ruolo peculiare nell'attività preliminare di smistamento dei malati. Era in accettazione e pronto soccorso (diciamo attualizzando) che si specificava il suo ruolo, che si misurava, ippocraticamente, la sua vera valentia, quella prognostica:

“Nè alcuno [delli infirmi] se pò ricevere se prima la qualità del male suo non è intesa da li phisici o chirurgi del *hospitale*, et epsi non ne referiscono prima el parere suo sopra el loco dove li pare se habiano raccogliere”.

In ambito ospedaliero si era dunque instaurata una competenza medica qualificata, non solo di tipo diagnostico-terapeutico, ma anche di tipo prognostico, partecipativo della organizzazione e della gestione, cioè di tipo economico. Destinare un malato “lazaroso” al San Lazzaro (dov'è oggi il Teatro Carcano), o un malato “debutato per vechiezza” al Sant'Ambrogio (dov'è oggi l'Università Cattolica), o un malato “che de cervello manchi” al San Vincenzo in Prato (davanti alla basilica omonima) era un atto clinico differenziale, ma era anche un intervento di economia distributiva, razionalmente orientata ed eticamente guidata.

Questa inserzione attiva del medico nel processo di riforma comportava la destinazione diversificata dei lungodegenti o sempredegenti e l'accettazione nell'ospedale grande dei malati affetti da emergenze morbose suscettibili di cure mediche e chirurgiche, di terapie intense, di guarigioni con reinserimento nel mondo del lavoro produttivo, che era quello della Milano mercantile e manifatturiera. Agli uni e agli altri malati, cronici e acuti, non dovevano essere lesinate prestazioni *libente animo et cum hilaritate*, “con animo amorevole e con letizia”, ma agli uni, inguaribili, era riservato il ricovero altrove, mentre agli altri, guaribili, era riservata la pronta accoglienza nell'Ospedale grande, dove la misericordia corporale e spirituale, fornitrice di salute e salvezza, era integrata da una pratica diversamente salutare, fatta di interventi medici aggiornati secondo le conoscenze, i canoni, i criteri della scienza del tempo.

Questa nuova pratica faceva sì che i malati non entrassero più in ospedale soltanto per vivervi o morirvi, ma anche e soprattutto per esservi curati e per uscirne possibilmente guariti.

L'Ospedale Maggiore di Milano, cittadella ospedaliera inserita nel progetto architettonico dell'urbanesimo del Rinascimento, era davvero una *fondazione per la rinascenza*, un modello di programmazione, organizzazione, gestione, funzione di un'assistenza e di una scienza al servizio del malato e al servizio della società.

Un modello per l'Europa.

Uno storico francese, Michel Mollat, lo ha definito un'opera "all'insegna di quello spirito di razionalità che successivamente motivò un po' dovunque, sia in Italia sia in tutta Europa, soluzioni simili". E uno storico inglese, Brian Pullan, lo ha definito una impresa pensata e realizzata a un livello eccezionalmente alto di ingegnoseria economica e di acume amministrativo".

Habent sua fata homines et moenia, "hanno i loro destini gli uomini e le mura". Queste mura furono il luogo dell'antico ospedale; son ora il luogo della moderna Università. Il primo rettore di questa, Luigi Mangiagalli, fu l'uomo che giusto cento anni fa fondò gli Istituti Clinici di perfezionamento. L'istituzione novecentesca da lui fondata e il novecentesco Ospedale Policlinico sono da noi, testimoni del tempo che passa, visti oggi come le parti di un tutto, che ci riporta con il pensiero all'antica *fundatio*.

Il prof Edoardo Bressan su "Vita religiosa e assistenza nella storia della Ca' Granda"

Le forme dell'assistenza ai malati lungo l'intera storia della Ca' Granda rappresentano il tentativo di rispondere a un'urgenza sociale e sanitaria a volte drammatica e in continua crescita nella realtà milanese. Di particolare gravità era quella dell'esposizione infantile e non a caso il Presidente ha ricordato prima il "cortile delle balie", proprio quello di fronte all'aula magna. Ma queste forme si inseriscono al tempo stesso in modo originale in una prospettiva religiosa che è alle origini della Fondazione ospedaliera e che è presente e viva, sia pure in modi diversi, fino ai nostri giorni. Vi è naturalmente l'aspetto dell'assistenza spirituale in senso proprio, a volte effettuata da ordini religiosi, più spesso dal clero secolare della vicina parrocchia di San Nazaro per

giungere nell'Ottocento alla costituzione della parrocchia ospedaliera dell'Annunciata con l'Arcivescovo nel ruolo di Parroco, come è stato ricordato.

Ma vi è, pure, un rapporto costitutivo dell'Ospedale Maggiore e la Chiesa ambrosiana anche sul piano istituzionale, perché appunto l'Arcivescovo nominava i membri del Capitolo Ospedaliero. Certo, li nominava su terne che gli venivano presentate in un sapiente e oliato meccanismo di cooptazione, quando la città, lo ha ricordato prima Francesco Somai, recupera il rapporto con il suo ospedale e in un certo senso si identifica in esso, e si identifica al punto che soprattutto nell'età spagnola, ma anche in seguito, non esita se è necessario, a difendere la sua autonomia di fronte alla stessa autorità episcopale.

Le grandi donazioni ecclesiastiche e il lascito testamentario di Carlo Borromeo non possono in effetti celare la realtà di un conflitto giurisdizionale che in certi momenti conosce, e soprattutto con il Borromeo, momenti di tensione e induce appunto l'Arcivescovo a formulare un piano di elezione dei deputati capitolari, poi non attuato, che gli avrebbe dato effettivi poteri.

In questi aspetti costitutivi, originali, dell'Ospedale Maggiore, si inserisce in maniera profonda l'indulgenza del Perdono, la Festa del Perdono di cui stiamo parlando quest'oggi, che documenta bene tale caratteristica della vita ospedaliera milanese, sinceramente religiosa nelle motivazioni, ma laica e civile negli esiti. E del resto proprio la celebrazione della festa era ad un tempo occasione privilegiata per la raccolta di offerte e di contributi, favorendo quella pratica dei lasciti testamentari che sottolinea bene il rapporto con la società civile. Dal Seicento in avanti il Capitolo decide di fare eseguire i ritratti dei benefattori che non è soltanto una concessione al gusto dell'epoca, ma anche la documentazione del sentimento dei milanesi verso l'Ospedale, attestato dalle innumerevoli disposizioni testamentarie in suo favore anche da parte di gente comune come l'illetterato Luca Riva che scrive un commovente "testamento a fumetti" in favore appunto della Ca' Granda. Del resto in quel periodo è proprio l'eccezionale lascito del Carcano, "secondo fondatore" della Ca' Granda a consentire la costruzione del nuovo corpo di fabbrica con il cortile centrale che si affianca alla precedente crociera filaretiana. Nell'e-

conomia e nella società milanese si può ravvisare una centralità della cultura del dono come momento fondamentale di una realtà che, certo, con il linguaggio attuale ma non meno rispondente al vero, possiamo chiamare *non profit*. Al complesso apparato amministrativo che reggeva questa struttura con la sua efficiente burocrazia già ben delineata nella Relazione del Gilino, come ha ricordato ora Giorgio Cosmacini, faceva riscontro un'importante e sempre più specializzata attività sanitaria.

Accanto alla cultura del dono c'è dunque la cultura dell'assistenza, della cura del malato che si afferma in questi anni grazie, ad esempio, anche all'apporto specifico di Camillo de Lellis che, nella sua permanenza alla Ca' Granda con i Ministri degli Infermi da lui fondati, detta regole infermieristiche di grande interesse e modernità. Si può dire che fra Seicento e Settecento, il rapporto con la città si consolida e si approfondisce il binomio fra la cura e la scienza che poi giunge ai grandi risultati successivi sia nel campo dell'assistenza medica sia in quello della ricerca.

Questo continua anche dopo, anche quando le riforme teresiane e giuseppine mutano il volto del nosocomio puntando ad un processo non soltanto di razionalizzazione ma anche di laicizzazione e di pubblicizzazione dell'Ospedale stesso; e non a caso proprio in quel momento assistiamo ad un ultimo tentativo compiuto dall'arcivescovo cardinale Pozzobonelli e dal patriziato milanese che sedeva nel Capitolo, di difendere l'antica autonomia ospedaliera da questo inedito, anche se per molti versi necessario, intervento dell'autorità politica. Ma quello che è importante notare è che anche in un mutato contesto istituzionale rimane vivo il rapporto sia con la città (pensiamo al grande lascito del notaio Macchi che consente l'edificazione dell'ultima ala ospedaliera e a tutta quella grande fioritura di donazioni, caratteristica poi dell'Ottocento e dello stesso Novecento), sia con la stessa comunità ecclesiale, all'interno di un quadro che va verso l'affermazione di una società laica.

Prosegue non a caso la tradizione dell'antico volontariato ospedaliero, quello sei-settecentesco dei "serventi spontanei" e delle confraternite che si recavano a visitare i malati per un aiuto morale e anche materiale. Ricordiamo le confraternite gesuitiche di San Fedele, quella della Penitenza che con-

tava centinaia di iscritti che con la cappa rossa venivano alla domenica tra le crociere e le sale dell'Ospedale, la Congregazione gesuitica di Brera, la Confraternita della Concezione in Sant'Antonio Abate, quella per il catechismo ai poveri infermi in San Sepolcro, quella di San Giovanni di Dio in Santa Maria Fulcorina per aiutare malati e infermieri anche nei servizi più umili; e ancora le espressioni della devozione: dalla Parrocchia di San Nazaro si accompagnava il Santissimo Sacramento all'Ospedale con grande solennità, al centro della crociera si celebrava l'Eucarestia, diffusa era l'usanza delle processioni "notturne" ai nuovi sepolcri della Rotonda costruiti ai primi del Settecento, processioni che destavano qualche riserva da parte del Governo.

Quello che occorre sottolineare è che, sciolte le confraternite, nasceva proprio negli anni della laicizzazione rivoluzionaria, una nuova forma di volontariato, di volontariato moderno per certi versi, quella Pia Unione di Carità e Beneficenza animata dai Barnabiti di Sant'Alessandro e da Teresa Trotti Arconati in feconda collaborazione con grandi figure come Giacomo Mellerio, come Maddalena di Canossa che da Verona appunto viene qui tra le mura ospedaliere per studiare le regole della sua nuova Congregazione come le "Dame del biscottino" ricordate da Carlo Porta. Sono le protagoniste di quell'opera di carità su cui Manzoni costruisce un importante capitolo delle *Osservazioni sulla morale cattolica* perché si trattava appunto di prendersi in carico la persona del malato all'interno dell'Ospedale, poi di accompagnarla fuori, per esempio creando case di accoglienza e scuole popolari, che partono da qui, come da qui nasce appunto l'esperienza delle Canossiane. Potremmo ancora ricordare l'opera delle altre congregazioni religiose, in particolare le Suore di Carità di Bartolomea Capitanio e di Vincenza Gerosa che dal 1845 prestano il loro servizio in questo Ospedale. Questa però non è un'esclusiva in qualche modo confessionale perché poco dopo, accanto alla Pia Unione, si sarebbe sviluppata l'attività della Commissione visitatrice, quindi di una realtà civile che per tutti i decenni seguenti ha segnato profondamente la realtà ospedaliera con una grande testimonianza di dedizione e di volontariato.

Il servizio religioso in senso stretto, e anche questo forse è un aspetto interessante da ricordare, viene dopo il 1848 affidato ai Cappuccini chiamati a sostituire, fino alla costituzione della Parrocchia ospedaliera, un clero secolare troppo compromesso con il movimento patriottico al quale i medici e il personale ospedaliero avevano dato un generoso aiuto fra queste stesse mura curando, accogliendo e magari seppellendo gli insorti milanesi. E proprio il *leader* dell'insurrezione, Carlo Cattaneo, ci offre la chiave per capire questo rapporto che si consolida e che si approfondisce ulteriormente tra la città e il suo Ospedale, quel rapporto che egli definisce con l'espressione molto suggestiva di "cristianesimo" civile, di una religiosità che si traduce spontaneamente nel sociale. Nelle *Notizie naturali e civili su la Lombardia*, la riflessione sul "cristianesimo civile" è infatti sostenuta da una rilettura dell'assistenza ospedaliera di Milano, dove i malati ricevono "una più generosa parte di soccorsi che altrove", in un Ospedale aperto a tutti, "senza patronato, senza favore, alla sola condizione dell'infirmità e del bisogno".

Ed è l'immagine dell'Ospedale in rapporto alla vita della città che continua anche nel quadro di una nuova legislazione che poi, dopo l'unità d'Italia, assume le forme e le caratteristiche di una ancora più accentuata pubblicizzazione. Da questo punto di vista, vale però la pena di ricordare quanto importante è stata dall'Ottocento ad oggi l'attività degli amministratori dell'Ospedale, perché questo ha contribuito, in rapporto con le forze sociali, culturali e politiche di Milano, a costruire una cittadinanza condivisa, ed è stato un fatto fondamentale della storia di quella "capitale sanitaria" di cui ha parlato il Rettore. La realtà ospedaliera diventa un luogo in cui orientamen-



Qui e nelle pagine che seguono: la consegna delle medaglie d'oro e d'argento, con diploma di benemerenzza, ai dipendenti collocati a riposo. (Le fotografie riportate sono di Enrico Belluschi).

ti e ispirazioni diverse si incontrano in una prospettiva oggi più che mai importante e aperta. L'Ospedale testimonia appunto l'esistenza di un grande patrimonio materiale e morale, mostra l'impegno di antiche e nuove associazioni di volontariato, che continuano a sorgere, e a trovare nuove forme espressive, ne rappresenta una conferma. Ed è sempre vivo il rapporto con una beneficenza di privati, di gruppi, di imprese, che a sua volta prosegue in diverse e non meno significative forme, magari specializzandosi verso obiettivi concreti. E ancora potremmo ricordare il centro d'arte e di cultura operante presso l'Abbazia di Mirasole, che a sua volta continua un'altra caratteristica importante della vita ospedaliera milanese.

In tutto questo percorso la Chiesa ambrosiana, di cui lo stesso Arcivescovo dalla metà dell'Ottocento è titolare della Parrocchia ospedaliera, non può che essere, come è sempre stata, un interlocutore attento e prezioso.

Si chiude, nell'attenzione generale dei convenuti, l'iter ripercorso dalle origini della nostra straordinaria istituzione con le sue complesse vicende secolari, **nel richiamo del prof. Ferruccio Bonino** sulla essenzialità dell'offerta a chi soffre: **"Ricovero e cura: missione istituzionale e di ricerca"**

La ricorrenza della Festa del Perdono mi suggerisce alcune brevi riflessioni sulla definizione di *Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico* che caratterizza la nostra Fondazione.

La missione di ricerca è chiaramente definita: *dare carattere scientifico al ricovero e alla cura*. La scienza non fine a se stessa, ma come strumento della cura. Come possiamo perseguirla oggi, quando impera in medicina un manierismo scientifico riduzionista, che mira esclusivamente alla *terapia* delle lesioni del corpo e non propone risposte esaurienti al bisogno di *ricovero* e cioè di sollievo alle malattie dell'anima, della psiche?

Tale mancanza angoschia tutti gli esseri viventi e non è casuale che a soffrirne maggiormente siano proprio i giovani e gli anziani, meno assuefatti al malinteso efficientismo che rincorrendo il superfluo non riesce a garantire il necessario.

Eppure, la missione di *ricovero* è la più antica della nostra Istituzione. L'architetto Antonio Averlino, detto il Filarete, nel suo Trattato di Architettura parla della cerimonia inaugurale e di un'apposita

buca tra le pietre dove vennero versati:

- l'acqua della vita
- il vino della messa
- l'olio delle unzioni

che simboleggiavano la triplice vocazione dell'ospedale, rispettivamente:

- cura
- umanità
- sacralità

dell'assistenza al malato.

Il disegno dell'ospedale fu affidato all'architetto toscano perché si ispirasse ai grandi ospedali toscani dell'epoca: Santa Maria della Scala di Siena e Santa Maria Nuova di Firenze, che tanto avevano impressionato Gian Galeazzo Visconti, quando un secolo prima aveva conquistato la Toscana. Nell'antico ospedale di Siena, oggi Museo, è ancora possibile cogliere l'attenzione che si prestava a quei tempi al *ricovero*, quanto ci si preoccupava di far trovare ai ricoverati le lenzuola sempre fresche di bucato e il cibo di stagione.

L'Ospedale Maggiore venne costruito a somiglianza dei grandi ospedali dell'epoca, ma con una prerogativa molto innovativa, che lo fece rimanere per anni un riferimento per l'intera Europa. L'ospedale ebbe per la prima volta un'organizzazione a padiglioni, suddivisi per percorsi di diagnosi e cura.

Tutti i bisognosi, indistintamente, dovevano essere premurosamente ricoverati e già allora venivano distinti in due principali percorsi di cura.

Gli acuti: bisognosi di pronto soccorso e di cure intense, e suscettibili di guarigione, dovevano essere ricoverati nell'ospedale *maggiore*, principale e centrale.

I cronici, la cui salute piena non poteva essere recuperata o necessitava di prolungata assistenza, dovevano essere ricoverati in ospedali *minori*, satelliti e decentrati. In tali sedi veniva dato *ricovero* ai principali bisogni sociali del tempo, che oltre alla povertà, erano la marginalità legata alla follia, la fanciullezza abbandonata e la sifilide.

L'aspetto organizzativo metteva già a quel tempo in rilievo i problemi interconnessi, della presenza medica in ospedale, e del collegamento fra il territorio e la rete degli ospedali.

Possiamo senz'altro dire che già allora lo Spedale dell'Annunziata cominciò la missione di IRCCS,

cioè di dare carattere scientifico non solo al *ricovero*, ma anche alla *cura*.

Sono passati più di cinquecento anni e la medicina moderna riscopre gli stessi problemi di allora, ma in un universo totalmente rovesciato.

Gli straordinari progressi di conoscenza e tecnologici, soprattutto dell'ultimo secolo, ci hanno spinti sempre di più verso l'illusione che ad ogni singola malattia corrisponda una specifica lesione o alterazione biologica correggibile tecnicamente, e quindi potenzialmente guaribile con una cura proponibile universalmente a tutti i malati.

Il manierismo scientifico ha ridotto la cura a semplice strumento di ricerca e abbiamo dimenticato il concetto del *ricovero*.

Di qui il ritratto triste del nostro tempo, aggrappato al solo benessere della carne, come esorcismo della mortalità.

Di fatto però, lo stesso progresso scientifico ripropone oggi, sempre di più, il valore e la necessità della cura personalizzata.

Dobbiamo perciò interpretarne il messaggio in modo non-riduzionista, e riscoprire l'unicità irripetibile della *persona*, come sintesi di corpo e anima, e rispondere al bisogno indifferibile di combinare la cura delle lesioni del corpo con il ricovero e sollievo della sofferenza dell'anima, della psiche.

Ricordava già nel XV secolo a.C. un papiro egizio che: *Dio ha creato le medicine per guarire le malattie, il vino per alleviare la tristezza, e ha creato i sogni per guidare l'anima di chi è cieco nel cammino della vita.*

Come ammoniva il grande Goethe nelle sue *Massime e Riflessioni*: *Tutti i pensieri sono già stati pensati: occorre solo tentare di ripensarli.*

Riproponiamo quindi i valori dell'antropologia biblica, che alla base del pensiero ebraico e cristiano, rappresenta l'essere vivente nella sua totalità di corpo e anima, senza la dicotomia antitetica dell'anima immateriale imprigionata in un corpo mortale del pensiero greco.

Rianimiamo la scienza perché ridiventi co-scienza, riscoprendo che si può certamente clonare il corpo, ma non l'anima, e quindi non la persona che esprime l'unicità di corpo e anima. Da sempre esistono persone diverse in corpi identici; i corpi sono uguali, ma ogni persona è unica, irripetibile.

L'impegno della Direzione Scientifica della Fondazione è riscoprire il carattere scientifico del ricovero e della cura attraverso progetti che mirano concretamente alla valorizzazione della persona, del più grande capitale, quello umano:

- i malati con le loro storie di malattia e i loro racconti di sofferenza;

- gli operatori e tecnici della salute con le loro azioni sostenibili di cura delle malattie e di sollievo delle sofferenze dei malati.

In questo modo tenteremo di riappropriarci del valore cristiano dell'amore e della solidarietà civile, indispensabile a coniugare in modo sostenibile assistenza, ricerca e formazione.

Tale valore si fonda soprattutto sulla forza del modello cardine della famiglia, ribadita dai nomi delle tante famiglie che identificano i padiglioni e la storia del nostro Ospedale, e oggi perfino, *incredibilmente* sottolineata da un cartone animato da Oscar cinematografico. Grazie dell'attenzione.

Bibliografia:

- Johann Wolfgang Goethe, *Massime e riflessioni*, a cura di Siegfried Seidel, trad. it. di Marta Bignami, introd. Di Paolo Chiarini, Roma Theoria, 1990.

- Gianfranco Ravasi, *Breve storia dell'anima*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 2003.

E siamo all'incontro diretto con i dipendenti, i collaboratori che lasciano la nostra Istituzione dopo avervi dedicato una parte o un'intera vita di lavoro nelle mansioni diverse, ma sempre a servizio della persona sofferente.



La consegna delle medaglie e dei diplomi anche quest'anno è accompagnata da una pubblicazione-ricordo dell'Ospedale Maggiore. Si tratta del volume "La medicina è malata" di Beppe Rocca.

Medaglie d'argento alla memoria

Andrea Doria, *infermiere generico*; Carla Mappelli, *ausiliaria specializzata*; Leonardo Tincani, *operatore tecnico*.

Medaglie d'oro

prof. Paolo Bianchi, *direttore Unità Operativa di gastroenterologia*; Giacomo Brevi, *operatore tecnico coordinatore*; dott.ssa Paola Casali, *dirigente biologo*; arch. Orazio Ceppatelli, *dirigente amministrativo*; rag. Alfredo Curzi, *dirigente amministrativo*; Claudio De Pian, *operatore tecnico*; dott. Franco Denti, *dirigente medico fisiologo*; prof. Aldo Finzi, *direttore Unità Operativa di dermatologia II*; Ferdinanda Formenti, *operatore tecnico coordinatore*; Giuseppina Galmozzi, *assistente amministrativo*; Serafina Gardoni, *capo sala*; prof.ssa Anna Teresa Maiolo, *direttore Unità Operativa di ematologia I*; Riccardo Mariani, *operatore tecnico*; Giulia Muzzalupo, *infermiera generica*; geom. Carlo Orlandi, *collaboratore amministrativo professionale esperto*; prof. Enrico Pisani, *direttore Unità Operativa di urologia I*; prof. Claudio Ponticelli, *primario nefrologo*; prof. Salvatore Romano, *primario cardiologo*; Francesco Santarsiero, *infermiere generico*; prof.ssa Maria Savoldelli, *dirigente medico laboratorio centrale di analisi*; Ornella Spreafico, *infermiera professionale*; Delfino Valdata, *tecnico di radiologia*; prof. Roberto Villani, *direttore Unità Operativa di neurochirurgia*.

Medaglie d'argento

Rosano Agnelli, *infermiere generico*; Antonio Belgi, *operatore tecnico coordinatore*; Anna Benati, *operatore tecnico*; dott. Luciano Beretta, *dirigente medico patologo*; Rina Bernabei, *infermiera generica*; dott. Francesco Besana, *dirigente medico dermatologo*; Francesco Bonafede, *operatore tecnico*; Sergio Boniardi, *operatore tecnico*; dott. Bruno Cesana, *dirigente medico*; Anna Cherubini, *infermiera generica*; Anna Grazia Ciriello, *ausiliaria specializzata*; Maria Fausta Cito, *infermiera generica*; Filippo Codegoni, *operatore tec-*



gente medico nefrologo; Antonio Tescarolo, infermiere generico; Silvana Ugas, infermiera generica.

Questo per quanto riguarda la giornata a noi cara - seguita quest'anno con particolare interesse dall'intera nostra comunità - ma doveroso ricordare che l'organizzazione della stessa, quest'anno particolarmente estesa e impegnativa, ha goduto della disponibilità dell'Ufficio Formazione e Aggiornamento della Direzione scientifica, in particolare per il settore informatico.

nico impiantista; Matteo Colucci, infermiere generico; Salvatore Coniglio, operatore tecnico; Giuseppe Cosenza, operatore tecnico; Felice Crespi, infermiere generico; Tommaso D'Aquaro, coadiutore amministrativo; prof. Ersilio Del Ninno, dirigente medico gastroenterologo; dott. Francesco Facchinetti, dirigente medico chirurgo; dott.ssa Cinzia Filippini, dirigente medico anestesista; Savino Fioriti, operatore tecnico; Giuseppe Gallotti, coadiutore amministrativo; Roberto Ghilardi, infermiere generico; Umberto Guidi, operatore tecnico; Nazarena Lo Bello, operatore tecnico; Leonarda Lopez, capo sala; Maria Antonia Marchesi, infermiera generica; Lucia Marinaro, ausiliaria specializzata; Gian Angelo Marziali, infermiere generico; dott. Paolo Massaro, dirigente medico ematologo; Fausto Morganti, operatore tecnico addetto all'assistenza; Severina Nicolini, capo sala; Domenica Parisi, operatore tecnico; Andrea Pastore, operatore tecnico; dott.ssa Gabriella Perazzoli, dirigente medico chirurgo; Adelanna Piccirilli, ausiliaria specializzata; Luigi Premoli, operatore tecnico coordinatore; dott. Maurizio Quatrini, dirigente medico gastroenterologo; Maria Raguso, operatore tecnico addetto all'assistenza; Bruno Ratti, tecnico di radiologia; Mario Roman, operatore tecnico impiantista; Carmela Santerme, operatore tecnico addetto all'assistenza; Angelo Sassi, infermiere generico; Ciro Scardamaglio, ausiliario specializzato; Paolina Serra, infermiera professionale; Giuseppe Spina, infermiere generico; dott. Antonio Tarantino, diri-

Nella pagina che segue: anche quest'anno l'antico cancello dell'edificio sforzesco verso via Festa del Perdono sta a ricordarci l'avvenuta tradizionale celebrazione.



Unità biologica e individualità

ROBERTA DE MONTICELLI

In un suo magistrale racconto, *Il ponte di San Luis Rey*, Thornton Wilder immagina un religioso, Fratel Ginepro, alla ricerca del segreto di ciascuna delle vite immaturamente spezzate dall'improvviso crollo del ponte, sul quale si trovavano in un giorno qualunque a passare. Se ricordo bene, non sono più di una dozzina di persone le vittime del disastro, cui la ricerca del religioso restituisce un nome e la memoria di una vita incomparabile - più per un suo personale conto aperto col Padreterno, del resto, che per umana pietà - ammesso che le due cose si possano distinguere. Una dozzina al più - niente di paragonabile alle cifre apocalittiche della catastrofe naturale su cui si è chiuso il quarto anno del secondo millennio. Eppure l'esiguità stessa di questo plurale indica meglio di ogni argomento l'infecunda illusione su cui si basano gli argomenti, che siano di accusa o di difesa, delle teodicee: vale a dire di quei "processi a Dio" che si aprono nella mente dei filosofi di fronte all'irrompere del male - specie di quello che non si può onestamente ricondurre a una qualche intenzione umana di nuocere. Sotto il terremoto di Lisbona Voltaire seppellì la teodicea di Leibniz - benché molto *ante litteram* ci avesse già pensato Giobbe, a coprire di ridicolo i ragionamenti dei teologi sul nesso fra colpe e punizioni. Anche se la teodicea di Leibniz, va detto a suo onore, non ha niente a che fare col nesso tra colpe e punizioni. Tutt'altro, in effetti - ed è per questo che bisognerebbe fare attenzione quando si parla un po' svagatamente di "teodicea". Il primo a fraintendere Leibniz fu Voltaire, che ne fece il suo sciocco Pangloss. Pangloss! Il primo filosofo che volle fare i conti col principio di scarsità che induce perfino l'essere originario, quando vuole creare, a tentare l'allocatione ottimale delle risorse disponibili. Leibniz, che vide come il

finito si distingue dall'infinito a gran colpi di separazione, di taglio, di negazione. Che vide come, se l'ottimo *possibile* è purtroppo un mondo senza mondi migliori al di sopra, invece i mondi peggiori di questo sono infiniti: al peggio non c'è fine, purtroppo. Con tutta la differenza che c'è fra un grandissimo matematico e metafisico del Seicento e una ragazza olandese del 1942, non era tanto diverso il movimento che l'uno pensò, l'altra sentì, della mente verso un Dio che è messo in causa, "accusato": "Cercherò di aiutarti affinché tu non venga distrutto dentro di me, ma a priori non posso promettere nulla. Una cosa, però, diventa sempre più evidente per me, e cioè che tu non puoi aiutare noi, ma che siamo noi a dover aiutare te, e in questo modo aiutiamo noi stessi. L'unica cosa che possiamo salvare di questi tempi, e anche l'unica che veramente conti, è un piccolo pezzo di te in noi stessi" (Etty Hillesum).

Ma l'illusione di cui parlo è più circoscritta: oggi nessuno prova a "giustificare" Iddio, molti però sono sconvolti dall'enormità dei numeri del dolore. *Ma se una vita individuale è incomparabile, anche una sola morte prematura è irreparabile.* E per quanto questo contrasti con le nostre abitudini di calcolo, la perdita dell'assoluto di una vita non può accrescersi né diminuire con la moltiplicazione delle vite perdute.

Simili a questa, benché meno drammatiche, sono due altre illusioni che la vita quotidiana, che della quotidiana metafisica è il luogo, sembra fatta per nutrire in noi. La prima è che ci sarà tempo: per leggere altri libri, per imparare altre arti, per capire ciò che è degno di essere capito ma non è urgente. La seconda è che il numero dei libri letti, o delle arti praticate, o dei giorni nuovi vissuti, o delle cose fatte, possa dare una misura di grandezza alle nostre vite.

La logica di queste tre illusioni è la stessa. È la degradazione ontologica dell'unicità del nostro essere alla semplice unità numerica: dalla *similitudo*, che ci è forse propria, dell'Uno, al nostro ritrovarci uno che per accidente è qui, fra molti. Non appena cominciamo a pensare cominciamo a contarci, a paragonarci, a distinguerci, a competere.... E perdiamo la tranquilla, inconsapevole sicurezza di esistere che ha il bambino finché sa, crede, di essere l'eletto o il beniamino, nel modo umile, lieto e leggero che ha un vero beniamino di sapersi tale, sotto la sua stella. Mi sono sempre chiesta se la faticosa mortificazione di sé che le varie culture spirituali hanno suggerito ai cercatori di Dio non celi questo paradosso - quello che va mortificato è il sé scaduto, occhiuto, preoccupato sempre di non esistere o di non esistere abbastanza, sperso e frantumato fra le mille inquietudini della sua scadente vita, la mente sempre più affollata di cose da non dimenticare, da fare, da dimostrare, da desiderare.... Non per altro, va mortificato, ma per levare questo impaccio di dosso al Beniamino che di esistere non doveva dimostrare, all'Uno di cui il bimbo era similitudine. Perché era, come ciascuno, "la fonte pullulante dell'origine continua", per citare un grande che ci ha appena lasciati. Un grande che è divenuto tale nell'umile arte di seguire la guida dei suoi limiti.

Certo che ciascuno di noi è una persona fra molte, distinta "numericamente" da tutte le altre - le persone viventi al mondo si possono contare. Ma inoltre ciascuno di noi è unico, cioè non replicabile in linea di principio. Fate pure sorgere da me in questo istante il mio clone perfetto, e nel giro di pochi istanti sarà una persona diversa da me. Segnata dentro da esperienze che io non ho avuto. Il suo inizio sarà l'inizio di un'altra storia, di un altro destino.

Ciascuno di noi è unico. Lo sappiamo, vagamente. Non stiamo su tanto a pensarci. E saperlo, quando abbiamo a che fare con l'automobilista della fila di fianco o il vicino in autobus, non cambia molto alla nostra faticosa coesistenza con loro. Lo sappiamo, ma come non sapendolo, distrattamente: nel modo svagato e un po' assente in cui ci portiamo dietro tutto il sapere che

non ci serve. Anche il nostro sapere implicito è un po' quello di un sonnambulo. Questa nozione più che mai implicita poi - quella dell'unicità di ciascuno di noi - raramente si sveglia e passa allo stato di evidenza vissuta e sentita.

Tipicamente, si sveglia quando amiamo. Allora due esperienze si accendono quasi simultanee, come due luci di direzione, contigue, che somigliano a un palpito cardiaco, luminoso: l'unicità e il valore. Che insieme fanno lo stupore, il soprassalto, l'intuizione-emozione di ciò che chiamiamo "divino". La stranezza di questo doppio lampo è in quello che ti fa vedere: che l'unicità non è il possesso di caratteristiche particolari, diverse *da quelle di ogni altro*, ma è una specie di realtà positiva, in sé; e che il valore non è il possesso di doti particolari, ma è l'unicità di questo essere.

Presto, di solito, questo stupore scade, e la percezione degli altri si fa allora scadente, o "normale". Continuiamo a sapere che uno è unico - ma non è più, questa, la porta di una via ascendente. È un sapere vuoto, inutile. Come del resto l'altra nozione comune, quella di una qualche profondità delle persone, di un loro "dentro", che ci vuole molto tempo a conoscere, anche se la faccia di una persona impariamo invece rapidissimamente a distinguerla da quella di un'altra.

Questa profondità, per cui nessuna persona ci appare "tutta lì", esaurita in quello che di lei si vede, ci sembra ospitare quella che chiamiamo la "personalità" di qualcuno, la sua "anima".

Eppure queste due caratteristiche, unicità e profondità di una persona, ne fanno una classe molto speciale di individuo. Uno che, se è uno, è unico. Si potrebbe credere che questa caratteristica sia estesa a tutti i viventi, dai fagioli agli umani. Ma non è così, almeno in questo senso: l'individualità biologica è replicabile, si può clonare, e già esistono i gemelli. Non è dunque nell'individualità biologica la radice del valore. È solo dove c'è esperienza (quindi, in misura minore, forse anche per molte creature animali) che le circostanze esterne della nascita di un individuo, che certamente lo distinguono da qualunque altro, lasciano una traccia speciale in lui, quella che ne fa qualcosa di non replicabile *in*

linea di principio, di *necessariamente* diverso da una fotocopia del suo fratello gemello. Ma questa traccia, nel nostro caso, non è più una traccia. È addirittura una prospettiva sulla realtà e un sentimento della sua ricchezza, un ordine delle cose amate, una gerarchia di doveri, una sensibilità in ciascuno diversa alle qualità di valore delle cose - che fa di uno un gran musicista e di un altro un costruttore, di una, una musa e di un'altra, una santa - insomma uno specchio diversamente curvato e colorato sul mondo, che rispecchiandolo a suo modo diventa un "mondo interiore". In questo potremmo trovare la base per una definizione delle persone. Una persona è un ente di cui ci si può chiedere *chi* è. Ma, come il problema dell'identità personale, quale i filosofi l'hanno impostato, scade nella maggior parte dei casi a una questione sui criteri per identificare una persona come *distinta da altre* e la stessa *nel tempo*, così la domanda "chi sei?" scade dal senso di un'interrogazione sulla *tuità* di te, sulla tua unicità - per diventare la domanda sulla tua identità numerica - quale sei tu di questi? Qual è il mio bicchiere? Quale è il mio posto? Favorisca la sua carta di identità....

Non è che le circostanze di esistenza non continuo, per l'unicità di ciascuno. L'individualità, la nostra almeno, è irrevocabilmente legata alla contingenza - l'unico individuo che, *se* ci fosse, esisterebbe necessariamente, è il Padreterno. Ma nel nostro caso le contingenze estrinseche sono per così dire materia per produrre nuova essenza, nuove qualità intrinseche.

Duns Scoto, questo particolare legame fra le circostanze distintive della nostra esistenza (il luogo e tempo in cui siamo venuti al mondo con il corpo e le doti che abbiamo, nella situazione e dai genitori che abbiamo) e la nostra individualità, sempre in formazione - la chiamava *haecceitas*: un conio geniale, che dice appunto questo peculiare legame fra il vivere qui ed ora, *haecce homo*, con la faccia che hai e la gente da cui vieni, le risorse che hai ricevuto e le opzioni che ti sono possibili - e la personalità che ne emerge, tutta nuova e irriducibile ai suoi dati. Lo stile con cui si interpreta la propria parte di uomo o donna. Pensate a quanto stramba e distratta sia

invece l'idea che ciò che distingue Socrate da Alcibiade sia la "materia" dei loro corpi, il naso camuso o le belle lunghe gambe da guerriero. O forse è giusta: questo è ciò che li distingue. Non certo quello che li fa unici. *In principalissimis autem principaliter intentum est individuum* (Duns Scoto, Ord.II, Dist.3,1): ovvero, un po' liberamente: è l'individuo, la cosa ultima. Siamo noi.

Perché questo siamo in definitiva - macchine per trasformare le circostanze in essenza propria, in sostanza di memoria e speranza, di progetti e di scelte. Macchine per trasformare le contingenze in destino, la natura e la storia in vita interiore.

L'unicità è la caratteristica necessaria delle cose che hanno un'essenza individuale. È straordinario, a pensarci bene, quanto poco i filosofi - con poche eccezioni fra cui le due grandi che abbiamo citato, Duns Scoto e Leibniz - si siano curati di questa caratteristica che, è vero, ci accomuna tutti, perché tutti la possediamo, senza eccezione; ma pur essendo la proprietà più diffusa fra i figli di Adamo - incomparabilmente più del buon senso, perché quello non ce l'hanno veramente tutti - è anche quella che farebbe di ciascuno di noi un essere prezioso, se solo uno non si sforzasse disperatamente, tutto il tempo, di essere o diventare "come gli altri". Invece di accettare la guida dei propri limiti e diventare docilmente ciò che è, o che *può* essere. Una folgorazione continua della Divinità, diceva Leibniz.

Eppure proprio dal dubbio, che ciascuno nutre in fondo all'anima, di aver imboccato inavvertitamente la via più scadente, di essere decaduti dall'unicità all'unità numerica, nasce quella sorta di caricatura dell'onniscienza che è l'ansia delle nostre menti, tanto più dispersive e smarrite quanto più avidi e curiose di novità. "Ogni mente è onnisciente - ma confusa" - sorrideva Leibniz spiegando il destino delle menti finite, eppure in un senso assoluto: ma che la loro assolutezza frantendono. "C'è un non so che di architettante e armonico - scriveva ancora Leibniz - che non appena è liberato dal compito di dirimere le idee, si mette a comporre". Cos'è questa strana spontaneità, questa produttiva facoltà del nuovo, questo potere architettante e

armonico, che sfugge talmente al nostro volere da dover essere piuttosto sempre “liberato dai compiti”, per vivere e creare? La sua sola “assolutezza” è la sua unicità, che fa di ciascuno di noi il centro di una prospettiva inedita e di un agire non replicabile (*si duo faciunt, non est unum*). Ma la nostra condizione sembra fatta apposta per nasconderci questa unicità, radice della preziosità di ogni persona. Essa è talmente in contrasto con le nostre abitudini di vita. Solo da *uno*, poi da *un* altro, raramente da un altro ancora - e comunque da *uno alla volta*- noi impariamo qualcosa, e un pezzo di noi si risveglia: come se dalle mani di quest’uno fossimo donati a noi stessi. Eppure i programmi di studio, di insegnamento, di lettura nascondono l’unicità sotto l’uniforme pluralità dei riferimenti.

E così è dappertutto. In una biblioteca ci sono molti libri, ma ciascuno è *vivo* solo in quanto sia - per il tempo in cui vive insieme a noi - l’unico. Il filo segreto dei giorni di ciascuno è legato a segni che formano, nella loro concatenazione, un linguaggio unico, creato appositamente per fare un discorso indirizzato solo a lui: ma noi, invece, siamo fatti per capire solo i linguaggi comuni. Ogni impresa che miri a realizzare del bene, materiale o immateriale, deve associare, convincere, armonizzare i molti; eppure ogni bontà ha un’origine, ogni idea sorgiva una sola fonte, e di questa solitudine si nutre.

Forse un teologo medioevale, partendo da queste mute evidenze, avrebbe potuto architettare una dimostrazione armonica dell’esistenza di Dio *a pluralitate rerum et unicitate vitae*... Forse, in fondo a qualcuno degli innumerevoli scaffali di una delle innumerevoli biblioteche del mondo, questa dimostrazione esiste.

Prima di tutto l’uomo

Non vivere su questa terra
come un estraneo
o come un turista della natura.

Vivi in questo mondo
come nella casa di tuo padre;
credi al grano, alla terra, al mare
ma prima di tutto
credi all’uomo.

Ama le nuvole, le macchine, i libri
ma prima di tutto
ama l’uomo.

Senti la tristezza del ramo che secca,
dell’astro che si spegne,
dell’animale ferito che rantola,
ma prima di tutto
senti la tristezza e il dolore
dell’uomo.

Ti diano gioia tutti i beni della terra:
l’ombra e la luce ti diano gioia,
le quattro stagioni ti diano gioia,
ma soprattutto a piene mani
ti dia gioia l’uomo.

NAZIM HIKMET
Ultima lettera al figlio

Testo riprodotto da un manifesto affisso nella
Cattedrale di Modica (Ragusa) nel marzo 1994

(È un biglietto del “Cantiere” di Rinaldo Cappella
realizzato in occasione del Natale 1994).

Il “buonsenso” ha ancora senso?

Riflessioni di un cardiologo

ANDREA FINZI

Cos'è il buonsenso? Recita il 'Devoto-Oli': "Capacità naturale dell'individuo di giudicare rettamente, soprattutto in vista delle cose pratiche". Nulla di più semplice, in apparenza, ma la questione si complica enormemente quando si prova a definire cos'è la "capacità naturale" e poi quel "rettamente" che galleggia anodino sulla frase, nascondendo vertigini di quesiti fondamentali, nei quali escludiamo a priori di andare a perderci. Basti affermare che potremmo giungere allo stesso punto del ragionamento sia attraverso un lungo percorso attraverso i complicatissimi intrecci fra neurofisiologia, biochimica, psicologia, logica, filosofia che compongono l'entità misteriosa della ragione, sia prendendo come esempio la pastella, l'amalgama, il legante senza il quale anche gli ingredienti più prelibati non riescono a mettere insieme uno sformato o un budino.

In medicina, il vecchio "buonsenso clinico" è sempre stato quell'entità familiare, anche vagamente moralistica e minatoria, spesso piegata a far da supporto alle critiche a posteriori dell'operato altrui e alle invocazioni generiche di chi non sa che pesci prendere, un quid che è lì sotto gli occhi di tutti ma se ci si prova a entrare nel merito se ne può smarrire il senso. Proprio perché evoca immagini lontane di calessini sugli sterrati della condotta e di venerandi medici di famiglia al capezzale della nonna, l'uso di questo termine sembra conoscere negli ultimi decenni di esplosione tecnologica un inarrestabile declino. Ci si può chiedere se il concetto stesso di "buonsenso" sia divenuto un "controsenso" nell'era della "medicina basata sull'evidenza", oppure se esso continui a vivere una sua vita nascosta, come i culti pagani nel contado medievale, emergendo qua e là in forma di impromptu improvviso negli editoriali della letteratura medica che provano a riassumere e a "trarre la morale" dalle distese di numeri prodotte da decine di ricerche cliniche.

Non occorre essere decrepiti, basta attestarsi a metà della cinquantina - e siamo tanti noi cardiologi figli del boom e del Sessantotto, attratti da quella branca della medicina interna che traeva carisma da un pizzico di glamour tecnologico - per sentire un senso di vertigine ripensando a come la nostra vita si sia dipanata, per le distanze siderali che separano la teoria e gli strumenti dei primi anni del nostro lavoro dalla realtà di oggi, di pari passo con l'evoluzione, la decadenza o la trasformazione del concetto di "buonsenso". Per chi era neolaureato alla metà degli anni '70 - è vero, c'erano ancora gli americani a Saigon, ma già volava il Concorde e si era camminato sulla Luna - fare il cardiologo voleva ancora dire soprattutto acquisire una speciale perizia nell'uso del fonendoscopio, diventando una sorta di scout indiano nel riconoscere pigolii e rumori smorzati provenienti dai recessi misteriosi del torace e, contemporaneamente, imparare a districarsi fra pennini, cavi, rotoli ed inchiostri degli stupendi elettrocardiografi di allora racchiusi in lussuosi contenitori di legno lucido. L'*imaging* cardiaco era quasi ovunque confinato alla radiologia classica, l'ecocardiografia era agli albori, coronarografie e pacemaker erano ancora appannaggio di pochissimi Centri. Con gli internisti si divideva l'estenuante dipendenza da una biochimica clinica che pretendeva di fornire *per speculum et in aenigmate* una visione della realtà scandita da processi di produzione, metabolismo e distruzione di poche sostanze biologiche che accompagnano l'evolvere delle malattie. E i farmaci? Ancora arcaiche galeniche digitaliche si affacciavano nei prontuari a fianco dei moderni diuretici e dei nuovissimi antiaritmici e betabloccanti che solo alcune Scuole sapevano usare in modo appropriato. In quell'epoca di transizione il giovane cardiologo veniva allevato da maestri ancora fortemente radi-

cati nella clinica alla religione dell'anamnesi, dell'esame obiettivo e del "buonsenso", proprio in quel senso lì, mal definito, che racchiudeva il distillato dell'esperienza individuale e delle conoscenze codificate dai libri di testo, aggiornate dalle pubblicazioni di poche, autorevoli riviste scientifiche. Consci che con le malattie di cuore ogni minuto può essere prezioso, ci hanno guidato all'interpretazione delle parole del malato, a riconoscere i particolari importanti che identificano la malattia gravissima ancora latente, a visitarlo con la cura ai dettagli, sapendo che nessuno strumento era in grado di sostituirsi all'occhio e all'orecchio e abituandoci al ragionamento sintetico per cui una diagnosi "era quasi di sicuro quella lì" o "non poteva starci". Devo dire che noi della Cardiologia del Policlinico, i "Lotto boys", cresciuti fra Pronto Soccorso e Unità Coronarica, abbiamo avuto in questo senso un tirocinio straordinario. Trent'anni dopo, grazie a fantascientifiche tecniche digitali, l'anatomia, la meccanica, l'irrorazione e l'attività elettrica del cuore sono svelate in ogni dettaglio e l'elettrocardiogramma è ormai considerato quasi con l'affetto che si deve a un vecchio nonno che non si ha il coraggio di zittire ma che ormai si pensa (a torto) abbia ben poco da dire di utile. L'imaging cardiaco è divenuto estremamente preciso e ampiamente disponibile, rendendo possibili interventi correttivi di sempre minor invasività, sottraendo una importante quota di pazienti alla cardiocirurgia tradizionale. Sono disponibili - in kit di pronto utilizzo - raffinati test di laboratorio che evidenziano i primi segni sfumati di sofferenza ischemica del miocardio e alterazioni dei più sottili meccanismi che regolano l'idraulica e l'innervazione del circolo. E nel campo dei farmaci siamo anni luce avanti: dai trombolitici che hanno rivoluzionato la cura dell'infarto, ai nuovi antiaggreganti piastrinici, agli ACE inibitori e ai sartani che interferiscono con i meccanismi neuroendocrini perversi dell'ipertensione e del danno endoteliale, alle statine i cui effetti vanno ben oltre la pura riduzione del colesterolo circolante; il target di oggi è sempre più quello di agire radicalmente sul substrato della malattia, interrompendone le fasi "calde" e stabilizzandone i meccanismi di base. Con le cellule

staminali è iniziato il cammino della rigenerazione dell'organo danneggiato che già si sta rivelando entusiasmante.

Tutto questo incredibile progresso ha reso urgente la necessità di una razionalizzazione: l'affermarsi della medicina basata sull'evidenza, ovvero sui risultati di grandi studi collaborativi controllati, ha portato alla stesura di Linee Guida condivise da tutte le Società Scientifiche, fornendo un agevole supporto di riferimento per un uso ottimale delle risorse; esse dovrebbero costituire, in fondo, una versione nella forma chiara e definitiva di un documento condiviso da tutti dei fulminei ragionamenti sintetici che sono il motore interno del "buonsenso", tradotto e scorporato secondo quattro riferimenti cardinali: l'efficacia, che enuncia le percentuali di successo; l'efficienza, che ne descrive in pratica la fattibilità; l'appropriatezza, che determina la correttezza di un dato intervento per quel tipo particolare di pazienti; ed infine la sostenibilità che affronta il crescente dilemma di una medicina sofisticata e costosa a fronte di risorse economiche non illimitate ma spesso in contrazione.

La pubblicazione delle Linee Guida è attesa con ansia, preannunciata con enfasi e, quando infine avviene, essa è simultaneamente disponibile su diverse riviste scientifiche e canali di informazione web, così che esse divengono rapidamente fruibili da tutti i medici.

Tutto sembrerebbe quindi andare per il meglio. O quasi. Anzi, non proprio, almeno a quanto risulta sia dai resoconti delle indagini di opinione e, più empiricamente, dall'osservazione quotidiana di chi lavora sul campo; e la realtà più complessa e disordinata di quello che i presupposti lasciavano prevedere ha innegabilmente uno stretto rapporto con la scomparsa, l'andata in sonno o - al meglio - la perdita di appeal dell'esercizio del "buonsenso", che a priori dovrebbe essere la bussola di ogni azione, soppiantato da pulsioni irrazionali molto più forti.

Un primo dato di fatto è quello che, nonostante la maggior disponibilità di mezzi di diagnosi e cura e di controllo in tempo reale, rimane elevata la percentuale di errori che va di pari passo con l'uso improprio di molti presidi costosi e sofisti-

cati. Sorprendentemente, in Italia come altrove, si registra da parte di molti specialisti sia una elevata riluttanza a mettere in pratica le indicazioni delle Linee Guida, e non certo per ignoranza, visto che l'informazione è ormai capillare, sia, all'estremo opposto, una frequente tendenza alla automatica "implementazione" (cioè all'applicazione formalmente precisa) delle Linee Guida stesse in casi in cui la diagnosi non è chiara, le indicazioni sono dubbie e quindi i risultati deludenti, i rischi elevati e lo spreco di risorse certo.

Questi fenomeni negativi sono stati attentamente analizzati e variamente interpretati. La resistenza ad adeguarsi alle indicazioni delle Linee Guida può essere ricondotta ad alcuni moventi fondamentali, non so quanto precisamente distribuiti. Esiste sicuramente una certa quota di opposizione "ideologica" di chi vede dietro le Linee Guida la longa manus dell'industria sponsorizzatrice dei grandi trial internazionali i cui risultati formano i presupposti "evidence based" delle "flow chart" in esse contenuti. È innegabile che molti di questi trial sono strutturati in modo da validare un'ipotesis costruita sull'impiego di un certo farmaco o strumento di cura o diagnosi sui quali un committente industriale (dichiarato) ha impegnato ingenti capitali. Si obietta quindi, da parte di moltissimi medici, che i campioni di popolazione studiati in questi trial sono spesso ben diversi da quelli del "mondo reale": pazienti troppo "belli" (cioè con pochi problemi oltre alla malattia che è oggetto dello studio), relativamente giovani, prevalentemente maschi (spesso le donne non sono più del 20%, anche nei trial che riguardano patologie in cui il sesso femminile è prevalente), puntuali ai controlli e ben addestrati a riferire miglioramenti o effetti collaterali. Insomma, veri "animali da esperimento" molto diversi dal paziente tipo della pratica quotidiana a cui spesso occorre ripetere, spiegare, semplificare ogni prescrizione e poi comunque lui spesso se ne dimentica e non fa nulla. Anche senza eccedere in una critica preconcepita, si deve evidenziare che la stesura delle Linee Guida incontra talvolta una certa difficoltà a "trarre la morale" adatta a contesti più ampi da una serie di trial mirati a quesiti specifici.

Un altro aspetto, corollario del precedente, è la

"provvisorietà" dei dettati delle Linee Guida, che debbono essere periodicamente aggiornate e spesso si contraddicono quando, dopo aver sposato le conclusioni dei maggiori trial di una certa epoca, debbono poi accettare le correzioni o addirittura la smentita dei presupposti su cui tali lavori "fondamentali" si basavano. Pertanto molti cardiologi rimangono straordinariamente conservatori nelle loro decisioni pratiche; ed ecco la citazione rapsodica del "buonsenso" che può sconfinare nell'ottusità quando si esagera nel rifiuto del nuovo in quanto tale, tanto quanto lo fu quello degli oppositori di Jenner quando presentò il primo vaccino. Infine, permane in molti una diffusa insofferenza "a priori" verso l'accettazione di "precetti calati dall'alto", nonostante che le Società scientifiche da cui tali "precetti" provengono siano ambienti aperti alla critica e alla discussione e che la materia stessa lasci poco spazio alla fantasia. Curare un infarto, è chiaro, non è come la chirurgia ricostruttiva del naso, in cui si può riconoscere la mano dell'"artista plastico". Purtroppo, ognuno, nel suo "particolare" può legittimamente trovarsi a pensare che il suo paziente del mondo reale richieda un trattamento speciale, personalizzato, non standard. Il guaio è che non siamo più molto abituati a determinare autonomamente quale sarà per lui la soluzione più opportuna.

Al di là del bla bla tecnoburocratico, esiste un problema raramente affrontato, perché scomodo e poco quantificabile: quello della sempre più scarsa fiducia di molti medici, cardiologi e non, nelle proprie capacità, che si traduce nella perdita dell'attitudine ad agire in conformità con il semplice ragionamento clinico suffragato da pochi elementi tecnici di supporto, scelti fra quelli più utili. Alimentato dalla paura di sbagliare per difetto (quasi mai per eccesso), con l'ossessione delle conseguenze legali e amministrative dell'errore eventualmente commesso anche in buona fede, il dramma quotidiano di fronte ai casi "difficili" - o soltanto non lapalissiani- si srotola in un penoso oscillare fra la paralisi decisionale con divagazioni a caccia di dati accessori "per escludere" quel che è ovvio che non c'è e l'iperattivismo decisionistico che può portare ad errori anche irreparabili se chi sale sul "band wagon" di una flow-chart

interventistica non ha la certezza pressoché assoluta di aver eliminato il sospetto di diagnosi che richiederebbero tutt'altra strategia. Ci si illude che il "fare sempre" e scegliere le soluzioni più rapide e aggressive sia sempre preferibile e più "autoprotettivo" per il medico rispetto alla strategia del "wait and see" di buona memoria, sobria e virtuosa vestale del "buonsenso".

Alle spalle di questi comportamenti, data per scontata la pressione di una pubblica opinione maldisposta verso i medici e sempre pronta alla caccia alle streghe della "malasanità", non è difficile intravedere l'esistenza di problemi di fondo complessi e stratificati il cui risultato netto è lo schiacciamento dello spazio di ragionamento critico - la "palestra del buonsenso" - da parte di valenze ben più forti e non sempre resistibili.

Un elemento cruciale è quello della formazione universitaria e postuniversitaria, ancora carente sul piano del tirocinio pratico rispetto a quanto avviene in molti Paesi europei, per non parlare degli USA, situazione aggravatasi dopo gli anni '70 per l'aumento esponenziale degli studenti di Medicina. Nonostante che la situazione sia migliorata negli ultimi anni, con l'applicazione almeno formale dei regolamenti UE e che vi siano numerose e lodevoli eccezioni, l'esperienza che possono acquisire lo studente degli ultimi anni e lo specializzando medio nei nostri ospedali non è ancora paragonabile a quella dei "residents" che, come dice il termine stesso, letteralmente "risiedono" per anni negli ospedali di insegnamento seguendo complessi percorsi formativi di tipo generale prima e nelle singole specialità e sottospecialità poi, non disgiunti da una precoce assunzione di responsabilità operativa, sotto il controllo dei "tutors"; in quel sistema non vi è spazio per chi vuole annidarsi fin dall'inizio in piccole nicchie ipertecnologiche, con il fonendoscopio tenuto come un orpello da non estrarre mai dalla tasca per anni, come la pistola d'ordinanza di un maresciallo dell'ufficio passaporti, senza essere prima passato da tutte le forche caudine della "gavetta clinica". Corsia, pronto soccorso, sala operatoria, laboratori, guardie "attive", workshop e discussioni quotidiane di casi clinici sono gli ingredienti di una vita massacrante per alcuni anni, ma formati-

vi in modo totale perché, oltre alle conoscenze tecniche, forniscono le basi dell'autostima e della sicurezza delle proprie scelte che dureranno per sempre. Questo tipo di rapporto armonico fra addestramento ed utilizzo pratico del personale in formazione è poco compatibile con la ancora complessa e rigida struttura normativa, economica, assicurativa e sindacale vigente nel nostro sistema sanitario, che predilige una politica di breve respiro, avara negli investimenti "umani", oltre che negli stipendi, dominata dal corporativismo più rigido, seppur ammantato di garantismo in difesa della salute del cittadino, con il risultato finale di allontanare dagli ospedali la maggior parte dei giovani e far sì che l'età dei medici ospedalieri in Italia sia assai superiore alla media europea.

E qui si inserisce il discorso dell'aggiornamento o educazione continua del medico. Un sistema chiuso ed estremamente autotutelato, con una forte componente di anziani delusi e non più motivati non può che incontrare serissime difficoltà nel raggiungere una massiccia adesione al principio della "formazione continua" che si attua ancora prevalentemente su una base volontaristica e con strumenti distorti, dove si confonde la liturgia congressuale con la vera attività formativa, nonostante che le assai poco applicate direttive ministeriali indichino la giusta direzione. E sì che questi spazi di formazione, intesi come aree di discussione aperta fra colleghi con vario grado di esperienza, con il supporto di quanto di meglio oggi la didattica e la comunicazione ci offrono, sono splendide occasioni di confronto su un terreno nel quale sono sempre vivi e pronti a riprendersi, per quanto calpestati e malconci i semi del vecchio "buonsenso"; in fondo, esso trae nuova linfa ed è pronto a rigermogliare in chi analizza la diversità dei singoli casi, ricerca il comune denominatore, si sforza con gli altri di trovare insieme le soluzioni più efficaci. Sono spazi di incontro nei quali è possibile tornare a parlarsi, rompere il muro dell'incomunicabilità dei "troppo occupati", degli astiosi, degli offesi, dei presuntuosi, dei depressi che popolano il variegato bestiario del quale facciamo parte per affrontare insieme - e con "buonsenso" - le difficoltà del lavoro quotidiano.

Ecco che il discorso incrocia nuovamente la Main Street delle Linee Guida e della Medicina basata sull'evidenza. Dobbiamo uscire dall'equivoco: gli estensori di questi documenti approvati dalle Società scientifiche, i saggi e lontani regolatori delle nostre azioni quotidiane, sono alla fine soltanto ottimi professionisti e accademici, prodotti da quei sistemi formativi di cui si diceva sopra, nei quali il "buonsenso" (scorporato nei quattro costituenti) è tuttora la base, il brodo di coltura della formazione di ogni medico destinato alla carriera negli ospedali di insegnamento. A leggere con spirito esegetico uno qualunque di questi documenti, non può sfuggire che mentre gli snodi operativi possono essere molto complessi e ramificati, con tutta una serie di riferimenti nella letteratura e di annotazioni, proprio come il Vecchio Testamento, le premesse iniziali sono scarse fino all'essenzialità, là dove forse molti di noi si aspetterebbero di trovare la luce per uscire dal tunnel. Ma questa reticenza, a mio parere, esprime soltanto il naturale rispetto di chi scrive per l'ovvio "buonsenso" esercitato al momento dei primi passaggi di ragionamento clinico che è dato per scontato in chi è pronto ad addentrarsi nel percorso di valutazione e cura di una data malattia.

Gli esempi sono infiniti: uno fra i più banali, ma che ben si attaglia alla realtà, è quello dell'obbligo di stabilire la priorità di un quadro clinico rispetto agli indicatori "ancillari" di pertinenza di un altro: che senso ha avviarsi lungo un percorso di cura di una sindrome coronarica acuta per il fatto di avere di fronte la positività degli indici più sensibili di lesione miocardica e alterazioni minori dell'elettrocardiogramma, quando è la malattia principale del paziente, ad esempio l'insufficienza respiratoria, ad essere entrata in una fase acuta con conseguente critica riduzione dell'ossigenazione del cuore, soprattutto se il paziente è anziano e sicuramente il suo albero coronarico non è più quello di un tempo? Sembra banale, ma casi di questo genere mettono quotidianamente in crisi i consulenti cardiologi nelle "aree calde" del pronto soccorso, divisi fra l'evidenza clinica e l'insistenza del collega internista che sventola il foglio del laboratorio con un valore di troponina elevato (indicatore di danno miocardi-

co) come la bolla di infeudamento in un letto di Unità Coronarica. Ancora: se è vero, come dichiarato in tutte le Linee Guida, che la cura migliore dell'infarto nelle prime tre-sei ore è la riapertura della coronaria ostruita con il catetere a palloncino, assai superiore a quella con i farmaci che "sciogliono" il trombo, i problemi logistici di trasporto e di attivazione di una sala di cateterismo in un altro ospedale che si pongono a chi non ha il laboratorio di emodinamica nel proprio devono bilanciarsi con la valutazione "a colpo d'occhio" della gravità del paziente, delle sue condizioni generali e di molti altri fattori, soprattutto il tempo, per arrivare alla decisione cruciale sulla strategia da seguire. Qui soltanto il "buonsenso" - nessuna Linea Guida - può essere di peso definitivo in un senso o nell'altro, a doverosa protezione da quel "senno di poi" sempre in agguato ad attingere le riflessioni fatte al mattino successivo di fronte ad un caffè e con il mal di testa di chi ha passato una notte d'inferno.

Avendo più sopra utilizzato il termine di "valenze non sempre resistibili" dalle quali lo spazio del "buonsenso clinico" è irrimediabilmente compresso, non ci si può sottrarre infine dall'affrontare un argomento evitato per anni e finalmente approdato ad una fase di pubblica discussione pesantemente autocritica: quello dell'aziendalizzazione della sanità pubblica (di quella della sanità privata se ne deve accettare la ragion d'essere, anche se il suo ampio accreditamento regionale ne esigerebbe una più onesta autoregolamentazione). Senza entrare nel merito del complesso sistema dei DRG che ha sicuramente i suoi meriti di razionalizzazione dell'impiego delle risorse, si deve rilevare che il fatto di "pesare" ogni malattia ed ogni strumento di diagnosi e cura produce automaticamente un "break even" che divide il ricavo dalla perdita economica dell'azienda sanitaria su ogni malato che ne diventa cliente (o prodotto?). Il peso di questa partita doppia non si fa sentire soltanto a livello di sistema sanitario regionale o aziendale ma incide drasticamente sul valore relativo delle diverse "Unità Operative" all'interno degli ospedali, in continua competizione fra loro per accaparrarsi i finanziamenti, soprattutto quando essi sono risicati, sino a gravare in varia misu-

ra sulla libertà decisionale del singolo medico. Si può ben capire il meccanismo per cui per ottenere quel che si chiede (reparti, materiali, personale, sovvenzioni ecc.) bisogna “produrre i numeri” che ne dimostrano la necessità e così, ottenuto l’agognato oggetto del desiderio, occorre “far girare la macchina” per giustificare la spesa e rinnovare la “spirale virtuosa” della domanda e dell’offerta (di salute, s’intende, ma non solo). Questa “spirale virtuosa”, se trasformata in oggetto di culto, lascia spazi sempre più esigui ai tempi non necessariamente fulminei del ragionamento clinico e, anche al di fuori dei casi “elettivi”, alla scelta fra un’ampia gamma di soluzioni non obbligatoriamente indirizzate a “quel tal esame, intervento, protocollo per cui noi siamo giustamente noti e apprezzati”: e da qui, spesso, la rinuncia ad utilizzare altri strumenti diagnostici e di cura che prolungherebbero la degenza e farebbero andare “in perdita” il bilancio del ricovero.

Per fortuna, un quadro di tipo “totalitario” così soffocante non è compatibile con la realtà dell’ospedale pubblico, fatta principalmente di ricoveri non selezionati, di Pronto Soccorso e reparti di Specialità economicamente in perdita per il fatto stesso di esistere e fornire assistenza sulle 24 ore a malati con patologie costose e di frequente cronicità; e fatta anche di carriere professionali non entusiasmanti sul piano dell’autonomia e ancor meno su quello economico, ma almeno non continuamente ricattate dal budget; un clima quindi decisamente più favorevole all’esercizio del “buonsenso”, anche se innegabilmente l’efficietismo è ormai la regola dominante. È raro ormai sentire la celebre frase “attendiamo ventiquattro-quarantott’ore e poi decidiamo” mentre trionfa il “facciamogli subito il/la..... (si immagini qualsivoglia metodica sofisticata e “risolutiva”)..... ché, se non ha niente, domani lo mandiamo a casa”. L’idea che la malattia abbia i suoi tempi è spesso scacciata come una mosca fastidiosa; ma, per fortuna, alla fine la realtà vince sulle utopie e i malati sono curati come si deve e dimessi nei tempi dovuti.

Alla fine di queste riflessioni, torniamo alla questione iniziale, se il “buonsenso” ha ancora un senso: direi tutto sommato di sì, anche se talvolta

sembra offuscato, ma in realtà è vivo e vegeto, soltanto che si deve esercitare in una realtà estremamente più complessa di quanto non fosse ai tempi del calessino del medico condotto e degli stetoscopi di ciliegio. La gigantesca macchina della medicina, oltre agli enormi vantaggi del progresso comporta la rigidità strutturale e un certo grado di coercizione comuni a tutti i sistemi complessi, nei quali gli ingranaggi umani si trovano spesso a disagio e sono tentati da atteggiamenti dettati dall’insicurezza, dall’insofferenza e dalla paura.

Dobbiamo reinterpretare il termine “buonsenso” sotto i quattro profili di cui si è già detto, confrontando continuamente le soluzioni più efficaci a disposizione con la loro efficienza nel contesto clinico e nelle condizioni di assistenza reali, per determinare se la scelta è realmente appropriata alla soluzione del singolo problema ed infine se esistono le risorse per sostenerne i costi e se esse non vengono sottratte ad altri forse più urgenti impieghi. Occorre lo sforzo di tutti noi medici, amministratori, società scientifiche nazionali e sovranazionali, politici, cittadini per rinnovare un patto di fiducia e rispetto reciproci che garantisca la cornice stabile di un metodo di lavoro che dia i risultati più soddisfacenti. Un forte elemento di fiducia è dato dalla ormai netta prevalenza femminile nella professione sanitaria: poiché per indole, formazione e cultura sembra che la stragrande maggioranza delle colleghe abbia insito nel DNA una propensione all’uso del “buonsenso” straordinariamente superiore a quella di noi colleghi maschi, il futuro della Medicina è certamente aperto a orizzonti assai più radiosi degli attuali.

Il 2005 anno internazionale della Fisica

GIUSEPPE EULISSE, FRANCESCA EULISSE

Il 10 giugno 2004 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha dichiarato con propria risoluzione A/58/L.62 il 2005 Anno Internazionale della Fisica (World Year of Physics 2005 – WYP2005) accogliendo favorevolmente la proposta avanzata dall'Organizzazione per l'Educazione, la Scienza e la Cultura delle Nazioni Unite (UNESCO). Nella dichiarazione l'Assemblea ricorda che la fisica fornisce una base allo sviluppo della comprensione della natura e della tecnologia e auspica che la formazione in questa scienza possa consegnare a uomini e donne gli strumenti necessari a erigere l'infrastruttura scientifica essenziale allo sviluppo della razza umana.

L'Assemblea dichiara il WYP 2005 nella ricorrenza del centenario di tre articoli rivoluzionari pubblicati nel 1905, giustamente considerato *annus mirabilis* della Fisica, da un giovane e sconosciuto fisico, Albert Einstein, nato a Ulm in Germania, all'epoca ventiseienne e impiegato di seconda classe presso l'Ufficio Federale dei Brevetti di Berna.

I tre lavori di Einstein sono alla base della fisica moderna, nel senso che hanno aperto la strada agli sviluppi della fisica del *Novecento*, e hanno in comune la grande semplicità, anche matematica, una logica ferrea e conclusioni straordinarie, rivoluzionarie per la scienza dell'epoca; essi pervennero alla rivista *Annalen der Physik* il 18 marzo, l'11 maggio e il 30 giugno 1905.

Il primo dei tre articoli, pubblicato a pag. 132 del volume 17 degli *Annalen*, era intitolato *Un punto di vista euristico relativo alla generazione e trasformazione della luce*. In questo articolo Einstein ipotizza che la luce sia costituita da quanti o fotoni di energia

$$E=h\nu$$

mettendo quindi in crisi ciò che all'epoca sembrava acquisito in maniera inconfutabile, e cioè che la luce fosse costituita da onde elettromagnetiche, descritte dalla teoria dell'elettromagnetismo elaborata dal

geniale Maxwell (1831-1879). Il lavoro di Einstein introduce quindi il duplice aspetto della luce, corpuscolare e ondulatorio, forse la più grande intuizione del XX secolo, insieme al corrispondente aspetto della materia.

Grazie a questo lavoro i grandi Newton (1643-1727) e Huygens (1629-1695), fautori rispettivamente della natura corpuscolare e ondulatoria della luce, sono



improvvisamente riconciliati grazie a una trasformazione radicale della *filosofia naturale*.

Come conseguenza della sua ipotesi quantistica Einstein spiega in maniera straordinariamente semplice l'effetto fotoelettrico, uno dei rompicapo non spiegati dalla cosiddetta fisica classica, basata sulla teoria della gravitazione universale di Newton e sulla teoria dell'elettromagnetismo di Maxwell.

La straordinarietà dell'ipotesi quantistica di Einstein è poi dimostrata dal successivo sviluppo del modello

atomico presentato dal danese Niels Bohr (1885-1962) nel 1913 e della meccanica quantistica elaborata nei vent'anni seguenti per spiegare il microcosmo dell'atomo, verso il quale si erano dimostrate del tutto inadeguate le teorie della *fisica classica*.

Il secondo dei tre articoli, pubblicato a pag. 549 dello stesso volume 17 degli *Annalen*, era intitolato *Movimento di particelle sospese in liquidi in quiete*. In questo articolo Einstein presenta una teoria dei moti browniani, basata sulla teoria cinetica dei gas, fornisce un metodo nuovo per determinare la costante di Boltzmann e il numero di Avogadro e riporta una nuova prova dell'esistenza degli atomi. I metodi matematici impiegati da Einstein (quelli della meccanica statistica) sono ancor oggi impiegati, per esempio, nelle moderne teorie finanziarie.

Il terzo dei tre articoli, pubblicato a pag. 891 dello stesso volume 17 degli *Annalen*, era intitolato *Sull'elettrodinamica dei corpi in movimento* e contiene la teoria della relatività ristretta, compresa la celebre relazione di equivalenza tra massa ed energia

$$E=mc^2$$

In questa teoria Einstein parte da un semplice assunto, e cioè che le equazioni di Maxwell debbano valere allo stesso modo in tutti i sistemi di riferimento in moto rettilineo e uniforme uno rispetto all'altro, e che, quindi, la velocità della luce nel vuoto debba essere la stessa in tutti questi sistemi di riferimento.

Le conseguenze della teoria della relatività sono numerose e inaspettate. L'etere, attraverso cui le vibrazioni elettriche della luce avrebbero dovuto propagarsi secondo la teoria di Maxwell, è un mezzo del tutto inutile, e quindi non viene più considerato; la trasmissione dei segnali avviene a una velocità limite; la massa diviene una funzione della velocità; il principio di conservazione della massa rientra nel principio più generale di conservazione dell'energia.

I lavori di Einstein erano rivoluzionari perché modificavano il modo di pensare dei fisici; erano lavori di grande semplicità e razionalità ma difficili da accettare, a tutti i livelli. Basti pensare che ad Albert Einstein fu assegnato il premio Nobel per la fisica solo nel 1921 e che nella motivazione si fa esplicito riferimento alla scoperta delle leggi che spiegano l'effetto fotoelettrico che, come detto, sono solo una conseguenza del *punto di vista euristico relativo alla generazione e trasformazione della luce*.

Ma la motivazione per l'assegnazione del premio dice anche, in maniera quasi imbarazzata, che questo deriva anche dai "servizi resi alla fisica teorica" e questi, come detto, sono stati veramente straordinari.

Il logo WYP 2005 è simbolico ed è stato proposto dalla Società di Fisica Europea; la base è rossa e evoca lo spostamento verso il rosso della luce delle stelle (*red shift*) da cui il nostro pianeta si sta allontanando a causa dell'espansione dell'Universo e rappresenta simbolicamente il passato, posto quindi come base del *cono luce* del logo.



La fascia superiore è blu e rappresenta la luce di quelle stelle a cui ci stiamo avvicinando e rappresenta simbolicamente il futuro, posto quindi come tetto del *cono luce*.

Le superfici laterali sono verdi e gialle e rappresentano il legame esistente tra passato e futuro; il verde rappresenta il progresso, il giallo la pace: il progresso scientifico e tecnologico sono le chiavi per un futuro di pace ma la pace è anche la base per il progresso tecnologico e scientifico.

In realtà, il pubblico che non ha familiarità con le teorie fisiche non vede questo simbolo come un cono luce ma piuttosto come una clessidra. Anche questa interpretazione può essere corretta; infatti, la clessidra evoca il concetto di tempo, profondamente rivoluzio-

nato dagli studi di Einstein. Come ogni teoria scientifica rivoluzionaria, anche la teoria della relatività ha rimodellato la nostra immagine del mondo e, in particolare, ha mutato profondamente proprio le concezioni circa la struttura dello spazio e del tempo, scardinando i concetti di spazio e tempo assoluti. Nella fisica classica, infatti, lo spazio e il tempo sono grandezze assolute, ambedue date a priori e rigorosamente separate, ambedue infinite e sede di svolgimento dei fenomeni naturali del moto e delle trasformazioni della materia. In questo quadro concettuale, i fenome-



ni non influenzano la cornice, né questa reagisce sui fenomeni, così come a teatro gli attori non influenzano lo scenario e questo non determina le loro azioni. I concetti di spazio e tempo definiti da Newton, alla base della sua descrizione matematica della natura, possiedono una struttura semplice che corrisponde strettamente all'uso dei concetti di spazio e tempo nella vita quotidiana; in effetti, i concetti di spazio e tempo di Newton potrebbero essere considerati come la formulazione matematica di questi concetti comuni.

Einstein propone una visione del mondo totalmente differente: gli oggetti che si trovano nello spazio – la Terra, il Sole, i lettori di questo articolo – lo modificano e subiscono contemporaneamente l'effetto delle

modificazioni prodotte dagli altri corpi. In questo senso, si apre un divario tra i concetti esperiti a partire dalla vita quotidiana e quelli elaborati dalle teorie scientifiche.

L'anno internazionale della fisica può essere considerato in un duplice modo: infatti, da una parte è possibile pensarlo come punto d'arrivo di una lunga serie di scoperte e teorie che caratterizzano la scienza del Novecento; dall'altra, invertendo completamente la prospettiva è possibile immaginarlo come punto di partenza delle future conquiste scientifiche. Nel primo caso, cioè se si considera il 2005 come punto d'arrivo, l'attenzione si rivolge al passato, al secolo scorso e alle scoperte rivoluzionarie che hanno mutato il volto della fisica novecentesca e che hanno sviluppato una nuova immagine del mondo per opera, in particolare, della teoria della relatività e della meccanica quantistica.

Gettare lo sguardo sul passato della fisica significa però non solo ritornare con la memoria ai lavori di Einstein del 1905 ma anche ripercorrere con consapevolezza le tragedie dovute a un cattivo uso delle conoscenze scientifiche: nel 2005 ricorre anche il sessantesimo anniversario del disastro atomico di Hiroshima. Nel caso che il WYP 2005 sia viceversa immaginato come punto di partenza delle future conquiste scientifiche allora, al di là della commemorazione di uno dei protagonisti della storia della scienza del XX secolo, l'obiettivo deve essere anche quello di far conoscere il più possibile al grande pubblico l'importanza della fisica, i suoi progressi, le sue applicazioni, il suo impatto sulla società. Per queste ragioni, il WYP 2005 è celebrato in tutto il mondo attraverso incontri, seminari, conferenze, mostre, per divulgare la scienza moderna, per sensibilizzare il pubblico, per ridurre il gap che divide società e scienza.

Ma allora il 2005 può essere visto come una sorta di punto di incontro tra passato e futuro: solo conoscendo il passato si indirizza meglio il futuro, evitando di compiere gli stessi errori; allo stesso modo la società dovrebbe prestare maggiori attenzioni alla scienza ma anche la scienza dovrebbe mantenere vivo l'interesse per le problematiche etiche e sociali.

È quindi necessario che tra scienza e società vi sia un dialogo continuo; a tal proposito, proprio Einstein rappresenta bene l'uomo di scienza che non separa ma anzi tiene saldamente unite la propria attività di

ricerca e le proprie responsabilità morali, civili, sociali ben convinto che lo scienziato non possa porsi astrattamente al di fuori del proprio tempo in nome del progresso scientifico.

Dopo il bombardamento atomico di Hiroshima, Einstein intervenne attivamente sulle questioni sociali e politiche e sulle problematiche relative alla condotta degli uomini di scienza, sottolineando l'importanza delle responsabilità morali e sociali dei fisici (e in generale degli scienziati) nell'era della fisica nucleare.

Nelle vesti di filosofo della pace, Einstein denuncia la politica degli armamenti, l'uso della guerra per la risoluzione di questioni internazionali e, proprio sul tema della pace, scrive nel 1934:

Perché si creino le condizioni di una pace nella sicurezza è indispensabile che su questo, che è un problema vitale, si dia ai giovani una informazione estremamente chiara e realistica. Si dovrà inoltre rafforzare lo spirito di solidarietà internazionale e combattere lo spirito sciovinista, come contrario al progresso e alla pace.

L'insegnamento della storia nelle scuole dovrebbe mirare a illustrare i progressi della civiltà, anziché diffondere i principi dell'imperialismo ed esaltare le gesta militari.

Anche indirettamente, infine, un contributo non trascurabile potrebbe darlo un insegnamento della geografia e della storia ispirato a comprensione, nutrita di simpatia, per culture diverse dalla nostra, soprattutto quelle dei popoli che vengono comunemente qualificati come primitivi e arretrati.

L'ultimo atto politico di Einstein è un appello rivolto ai governi del mondo intero, agli scienziati e alle generazioni future per l'abolizione della guerra; si tratta di un breve documento che Einstein scrive nel 1955 poco prima di morire: può essere pertanto considerato come testamento spirituale del grande fisico. Il documento viene reso pubblico dal filosofo inglese Bertrand Russell pochi mesi dopo la morte di Einstein, ed è sottoscritto da scienziati di fama straordinaria, tra gli altri i premi Nobel Max Born, Percy Williams Bridgman, Frederic Joliot, Hermann J. Muller, Linus Carl Pauling, Cecil Frank Powell, Joseph Rotblat, Hideki Yukawa.



Nel suo ultimo messaggio Einstein si mostra come *uomo morale*, che orienta l'agire secondo alcuni valori fondamentali e discute ancora una volta di pace e di guerra: il suo intento è di sensibilizzare gli scienziati e i governi del mondo intero sui pericoli legati a una guerra nucleare e allo sviluppo delle armi di distruzioni di massa. Nodo centrale del testo è l'idea delle responsabilità dell'uomo circa lo sviluppo futuro del mondo. Einstein contrappone in modo netto due possibili futuri per l'umanità: da una parte l'immagine di un futuro all'insegna della morte e dall'altra quella di un futuro all'insegna della vita. L'uomo può scegliere quale strada percorrere.

Einstein evoca con tono quasi profetico una visione apocalittica, in cui il ricorso a guerre nucleari porta alla autodistruzione della razza umana: *“Le autorità più qualificate sono unanimi nell'affermare che una guerra con le bombe H potrebbe molto probabilmente segnare la fine della razza umana [...] Il termine “genere umano” suona vago e astratto. La gente si rende poco conto, nell'immaginazione, che il pericolo è loro, dei loro figli, dei loro nipoti, e non solo per l'umanità vagamente concepita”*.

Ma accanto a un finale così catastrofico egli pone un messaggio di speranza e di pace:

Se vogliamo possiamo avere davanti a noi un continuo progresso in benessere, conoscenza e saggezza. Vogliamo invece scegliere la morte perché non siamo in grado di dimenticare le nostre controversie?

Noi rivolgiamo un appello come esseri umani ad altri esseri umani: ricordate la vostra umanità e dimenticate il resto. Se sarete capaci di farlo vi è aperta la via di un nuovo Paradiso, altrimenti è davanti a voi il rischio della morte universale.

Fare in modo che la scienza sia portatrice di benessere e non di distruzione è compito dell'uomo.

Recensioni

A. Ferrari – S. Marelli (a cura di): *Il Big Bang della povertà. Obiettivi del Millennio: promesse non mantenute*. Paoline Editoriale Libri, Milano 2005, Euro 13,00.

Sradicare l'estrema povertà e la malnutrizione; assicurare l'istruzione primaria a tutti i bambini e le bambine; promuovere l'equità di genere e combattere le discriminazioni; ridurre dei due terzi la mortalità infantile e la mortalità materna; fermare e invertire la diffusione dell'Aids e di altre malattie importanti; assicurare la sostenibilità ambientale; attivare un'alleanza globale a favore dello sviluppo... Quale significato hanno le singole enunciazioni e il loro non casuale raggruppamento? Si tratta degli *Obiettivi del Millennio* contenuti nella *Dichiarazione del Millennio*, un patto globale sottoscritto a New York alla fine dell'anno 2000, sotto l'egida dell'Onu, tra 189 capi di stato e di governo di paesi ricchi e in via di sviluppo i quali hanno riconosciuto e assunto "otto obiettivi", inderogabili per la vita del pianeta, come impegno da perseguire fattivamente entro il 2015.

Tutti i giorni sentiamo parlare dei gravissimi problemi di povertà,

malattia, morte, violenza che travagliano tanti popoli del grande mondo.

Le drammatiche notizie dei bambini che muoiono di fame, delle popolazioni decimate dalle epidemie, dalle guerre tribali, oggi tecnologicamente armate, non ci lasciano indifferenti.

Ma l'informazione spesso ci arriva in modo debole, superficiale, coperta da mille altre informazioni, da interessi del nostro piccolo mondo, o viene da noi inconsapevolmente respinta, convinti come siamo della nostra personale impotenza ad affrontare problemi così complessi. Oppure può giungerci frazionata in episodi locali di un mondo lontano, di un'altra cultura. Una informazione, quindi, sconnessa dalla conoscenza delle cause che producono questi mali, cause che appartengono al sistema mondiale e non soltanto a singole zone dell'Africa, dell'Asia, dell'America latina.

Il rischio, alla fine, è di assuefarci all'esistenza dell'ingiustizia, della miseria come situazioni che non ci appartengono e di cui non abbiamo responsabilità.

In genere siamo poco informati anche sulle iniziative che il mondo civile e religioso sta mettendo in

atto per fronteggiare i mali che lo strapotere economico e tecnocratico di una parte dell'umanità sta infliggendo ad un'altra parte non in grado di proteggersi e di svilupparsi; mentre siamo inondati da discorsi astratti e da ambigue giustificazioni da parte dei paesi ricchi sulla presunta carenza di risorse finanziarie.

Un aiuto a entrare realisticamente nel mondo della povertà estrema ci è offerto da un volume molto interessante curato dal giornalista Angelo Ferrari e da Sergio Marelli direttore generale del FOCSIV (Federazione Organismi Cristiani Servizi Internazionali Volontari) dal titolo "*Il Big Bang della povertà. Obiettivi del Millennio: promesse non mantenute*", Ed. Paoline, Milano, 2005. L'illustrazione degli Otto Obiettivi del Millennio ne costituisce l'argomento.

Il testo raccoglie i contributi di una ventina di personalità della cooperazione internazionale, dei volontari delle organizzazioni cristiane per l'azione globale contro la povertà, professionisti impegnati sul fronte della sanità, della scuola, dell'agricoltura, testimoni diretti dei drammatici fatti di miseria, ingiustizia, violenza riscontrabili in tanti paesi.

Il pregio del testo, specie per chi non sia addentro a tale problematica, è anche connesso al modo di presentare gli obiettivi, ciascuno illustrato da storie vissute che mettono in rilievo la tragica realtà delle situazioni.

È come se un'aquila sorvolasse un territorio e con la sua vista acutissima, resa penetrante dalla pupilla dilatata, scoprisse la preda nascosta da afferrare con gli artigli, ovvero nel nostro caso, scoprisse i fenomeni da snidare, da mettere in luce, da far esplodere.

Come dimenticare le storie dei bambini soldato, delle prostitute bambine, degli orfani dell'Aisd? E come non sentire fiducia e speranza nelle storie di donne che hanno saputo usare le loro risorse per uscire dalla dipendenza fisica ed economica diventando imprenditrici, educatrici, professioniste?

Nel contempo è come se il mondo fosse visto da un satellite, in un più ampio contesto di osservazione per studiare, valutare, comparare le cause globali e non solo locali, di eventi ingiusti e tragici che si dispiegano simultaneamente in diverse parti del mondo.

Come afferma Sergio Marelli, il nuovo millennio aveva suscitato l'ardire di poter affrontare i più gravi problemi di almeno due terzi dell'umanità come dovere civile e diritto delle persone di poter vivere in pace in una società più giusta.

Da questa aspirazione era nata la sfida, sostenuta dall'Onu, di presentare al mondo gli obiettivi del Millennio indicando i tipi e i tempi di intervento (entro il 2015 con verifica a settembre 2005) come prova concreta di impegno dei paesi più ricchi nella lotta con-

tro la fame, lo sfruttamento, le malattie dei popoli poveri.

Dai primi monitoraggi, tuttavia, è apparso come gli impegni assunti siano spesso rimasti lettera morta, ovvero sia stato fatto troppo poco per rispettarli nei modi e nei tempi previsti. Di qui l'amara e provocatoria denuncia nel sottotitolo del libro: "Obiettivi del Millennio: promesse non mantenute".

Sull'onda del messaggio di Giovanni Paolo II per la giornata della pace (gennaio 2005) e del movimento delle realtà ecclesiali italiane, Sergio Marelli sottolinea la necessità di non rimanere inattivi sia in termini di proposte che di azioni concrete, poiché "...le promesse non bastano... i poveri non possono aspettare..." (pag.15)

A sostegno di questa esigenza, l'illustrazione di ogni obiettivo è completata da una *scheda* quanto mai utile per inquadrare: i *dati* essenziali sul fenomeno descritto; le *necessità* delle popolazioni in termini economici, produttivistici, strutturali; i *traguardi* da raggiungere come volontà politica di creare una alleanza globale per attuare una più giusta distribuzione delle risorse.

I dati rivelano cifre impressionanti (le così dette cifre della vergogna).

Per citarne alcune, di recente rilevazione da parte di organismi internazionali, oggi si sa che: oltre un miliardo di persone (circa 1/5 della popolazione mondiale) sopravvive con meno di un euro al giorno; a 121 milioni di bambini (in prevalenza femmine) è negato il diritto all'istruzione primaria; la mortalità infantile nel mondo è superiore a 10 milioni; il 60% di adulti analfabeti è costituito da donne la cui vita è condizionata

anche da mortalità per gravidanza e parto, da discriminazioni, violenze, sfruttamento sessuale; circa 40 milioni di persone sono affette da Hiv, di cui più della metà sono donne e bambini; tra le cause di mortalità vanno aggiunte la malaria e la tbc per mancanza di cure sanitarie; oltre 2 miliardi e mezzo di persone non hanno accesso ai servizi sanitari di base e all'acqua potabile. Nel contempo la cooperazione internazionale ha registrato un forte calo dell'aiuto pubblico.

Le *proposte* investono il vasto campo dell'economia, delle modalità con cui i paesi sottoscrittori devono assolvere il loro impegno mediante erogazione del denaro, cancellazione del debito pubblico (attualmente in atto per 18 paesi prevalentemente africani), accesso delle persone povere alla terra, al credito. Investono anche il campo dell'istruzione di base e professionale, della salute e relative strutture di prevenzione e cura, della lotta allo sfruttamento delle fasce più deboli, bambini, donne, popolazioni indifese, affamate, malate perché prive di risorse essenziali, come l'acqua, la terra e i suoi prodotti, l'assistenza sanitaria e farmaceutica.

I *traguardi*, fissati in termini di tempi (il fatidico 2015) e di azioni quantificabili riguardano la drastica riduzione di tutti i vergognosi fenomeni sopra identificati, mentre prevedono l'incremento degli interventi economico/tecnologici e sociali per aiutare le popolazioni ad uscire dalle emergenze che impediscono il giusto sviluppo di tanta parte dell'umanità, oggi al limite della sopravvivenza.

In particolare l'obiettivo 8 indica

nel “partenariato globale per lo sviluppo” lo strumento che, come afferma Luigi Bobba presidente delle ACLI, ci spinge oltre la stessa solidarietà, provocandoci sulla condivisione... in forza di una partecipazione planetaria. (pag. 272). Dobbiamo cioè prendere coscienza di vivere in un sistema di interdipendenza reciproca in quanto esseri umani. “Abitare il mondo con gli occhi dell’interdipendenza” prosegue Bobba, “cambia la vita nel quotidiano, i rapporti con gli altri, le scelte di consumo, di risparmio, cambia il modo di fare impresa, di fare informazione, di fare politica” (pag. 273).

Con la stessa forte convinzione si esprime anche mons. Vittorio Nozza, direttore della Caritas Italiana; ma con una esplicita e realistica preoccupazione di fondo. Gli impegni dichiarati non vincolano a sufficienza i governi, specie sulla questione del “partenariato globale”, metodo declamato come condizione necessaria per sostenere gli Obiettivi del Millennio, ma di cui “...non sono previsti meccanismi di monitoraggio e scadenze per verificare l’effettivo rispetto da parte dei Paesi dell’impegno preso...” (pag. 286).

In conclusione mons. Nozza riassume l’intento che ispira il volume con alcune riflessioni che coinvolgono anche i singoli: “Il problema della fame non può essere delegato agli esperti delle organizzazioni internazionali... Deve essere affrontato con serietà dai cittadini del mondo... La povertà non è un destino, ma una condizione; non è una disgrazia, ma un’ingiustizia... Per i cristiani non basta vedere queste situazioni come appaiono

nelle tabelle statistiche. Occorre cambiare l’angolo della visuale, assumere gli occhi dei poveri, dei morenti di fame, di guerre...” (pag. 289).

È soprattutto, il suo, un vigoroso appello al “Popolo di Dio” perché non cada nel fenomeno della “domesticazione sociale”, una forma di cultura che modella i comportamenti in senso di fatalismo e di conformismo ipocrita.

L’appello si concretizza quindi in una esortazione anche ai singoli affinché mettano in discussione modelli di vita e di gestione delle risorse; per tradurli in forme più rispettose dei bisogni di tutti; per concorrere a creare una società più giusta; per suscitare la partecipazione di altri cittadini alle iniziative tese a far giungere la voce del popolo ai livelli politici dove si decidono le scelte economico sociali.

In effetti la lettura del libro ci fa sentire la povertà, la fame, la malattia come una realtà che penetra in noi con una conturbante sensazione... anche noi abbiamo delle responsabilità!... E le testimonianze di coloro che ci hanno aiutato a conoscere con maggiore profondità e realismo un fenomeno esplosivo, “il Big Bang della povertà”, appunto, ci sollecitano ad intraprendere un cammino che attiene alle misteriose sorgenti della “conversione”, cioè un modo nuovo di pensare e di vivere la nostra relazione di esseri umani.

Milena Lerma

Cronache amministrative

secondo trimestre 2005

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

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

a - direzione amministrativa

- convenzione con il Politecnico di Milano per il tirocinio di formazione e orientamento;
- convenzione attiva con l'Istituto Auxologico Italiano per consulenze di chirurgia vascolare e di ostetricia e ginecologia;
- Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena: formalizzazione del protocollo per accordo di collaborazione per la continuità delle attività del servizio di farmacia dell'Azienda Istituti Clinici di perfezionamento;
- rinnovo della convenzione attiva con l'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini per consulenze pediatriche;
- aggiudicazione della trattativa privata diretta a lotti disgiunti per la fornitura di hardware e software necessario alla Fondazione IRCCS e relativi servizi di consegna e installazione;
- convenzione tra l'Università degli studi di Pavia e la Fondazione IRCCS, servizio di neuropsicologia professionale della Clinica del lavoro L. Devoto di Milano, per lo svolgimento del tirocinio pratico post-lauream per l'ammissione all'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di psicologo;
- convenzione per effettuare tirocinio pratico da parte degli studenti del corso di laurea per tecnici di neurofisiopatologia e fisioterapia;
- convenzione con l'Università degli studi di Milano – facoltà di medicina e chirurgia – per l'attuazione del tirocinio pratico valutativo di medicina e chirurgia presso reparti di medicina e chirurgia;
- convenzione con l'Università degli studi di Milano per l'utilizzo di strutture extra-universitarie ai fini del tirocinio applicativo per il corso di laurea in biotecnologie mediche;

- convenzione con l'Università degli studi di Milano per un corso di diploma universitario di ostetrica/o;
- corso di diploma universitario di ostetrica/o: convenzione con la A.S.L. di Milano per l'espletamento del tirocinio pratico degli studenti presso i consultori familiari;
- proroga delle convenzioni con: Istituto Nazionale Tumori, A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano, I.O. Gaetano Pini, ASL Città di Milano, A.O. I.C.P. per l'espletamento del tirocinio pratico degli studenti del corso di diploma universitario per infermiere in applicazione dell'accordo attuativo con l'Università degli studi di Milano;
- presa d'atto del progetto presentato dall'U.O.N.P.I.A. "Sperimentazione di attività preventive in adolescenza: individuazione precoce delle situazioni ad elevato rischio di malattia mentale e strutturazione di una rete di coordinamento tra le unità di offerta esistenti"; finanziamento del Ministero della Salute; gestione del progetto: Regione Lombardia;
- costituzione del Comitato per la prevenzione ed il Controllo delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.);
- Centro medico specialistico di assistenza per i problemi della violenza alle donne e ai minori;
- convenzione con Mobility Saint-Honoré per il ricovero e cura a favore degli assicurati della società medesima nei reparti solventi del P.O. Mangiagalli e Regina Elena della Fondazione;
- convenzione con la Fondazione Luigi Clerici per stages formativi per operatori socio-sanitari;
- servizio di trasporto di emergenza neonatale;
- Fondazione IRCCS: formalizzazione dei protocolli di collaborazione con l'Azienda ospedaliera I.C.P. per garantire la continuità dei lavori dei servizi;
- convenzione con l'Associazione della Croce Rossa Italiana - Comitato provinciale, Milano per l'attività di raccolta di sangue ed emocomponenti ad uso trasfusionale;

- adesione al programma regionale di collaborazione e sviluppo internazionale in ambito sanitario. Gemellaggio con l'Ospedale Manuel de Jesus Rivera "La Mascota" di Managua (Nicaragua).

b - direzione scientifica

- contributo assegnato dalla Regione Lombardia a favore del Centro di Riferimento per la fibrosi cistica, II clinica pediatrica di Milano, Azienda ospedaliera Istituti Clinici di perfezionamento, coordinatrice prof.ssa Carla Colombo: approvazione del verbale di concorso e conseguente assegnazione di quattro borse di ricerca;

- ricerca corrente 2005: borse di ricerca bandite o ribandite con determinazioni nn. 761/2005, 762/2005, 806/2005, 807/2005, 1144/2005: approvazione del verbale di concorso e conseguente assegnazione di tredici borse di ricerca;

- collaborazione della fondazione IRCCS al progetto di ricerca finalizzata 2003: "Studio multidisciplinare in alcune malattie neurodegenerative con demenza: diagnosi precoce ed evoluzione clinica, neuroimaging, trattamenti terapeutici farmacologici e validazione dei percorsi riabilitativi motori cognitivi, ricerche eziopatogenetiche biologico-molecolari nell'uomo e in modelli animali": convenzione n. P.S/ L3/9 assegnata dal Ministro della Salute all'IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus.

c - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi

- contributo per l'anno 2005 dall'Associazione Amici dell'Ospedale Policlinico Donatori di Sangue.

d - unità operativa approvvigionamenti

- pubblico incanto per la fornitura di pace makers per tre anni, conferma ed aggiudicazione;

- trattative private dirette per la fornitura di: kits frazionatore Althea (per dodici mesi); dispositivi medici per laparotomia - laparoscopia e suturatrici meccaniche (per dodici mesi); sodio cloruro per il funzionamento dell'osmosi inversa ed addolcitori (per dodici mesi); preparati antisettici disinfettanti (per dodici mesi); un sistema di divaricazione regolabile per il blocco operatorio dell'U.O. chirurgia generale ad indirizzo d'urgenza, materiale di consumo per specifiche apparecchiature da laboratorio: aggiudicazione;

- indizione di trattativa privata per la fornitura di mate-

riale diverso per il laboratorio di farmacia e dispositivi sanitari diversi per ginecologia; sacche sterili per la conservazione e/o trasporto organi /per dodici mesi);

- trattativa privata diretta per l'acquisto di un emogasanalizzatore Gem Premier 3000 per U.O. broncopneumologia del pad. Sacco: aggiudicazione;

- indizione di trattativa privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per la determinazione di emoglobina glicata ed emoglobina A2 e patologiche, comprendente l'apparecchiatura 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 trentasei mesi;

- trattativa privata diretta per la fornitura "in service" di un sistema di immunocolorazione "Ventana benchmark" per l'effettuazione di indagini patologiche (immunoistochimiche, colorazioni speciali e ibridizzazione), comprendente l'apparecchiatura in uso unitamente agli accessori, i relativi reagenti e tutti i materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, per dodici mesi: aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura di kits siringa e materiale di consumo per iniettori angiografici installati presso le diverse radiologie della Fondazione; aggiudicazione:

- trattative private dirette per la fornitura di soluzioni sterili varie per dodici mesi: aggiudicazione:

- trattative private per la fornitura di: materiale diverso per l'U.O.S. Emodinamica pad. Sacco e sostanza visco-elastica per chirurgia oculare (per dodici mesi): aggiudicazione;

- trattativa privata diretta per la fornitura di cateteri per la misurazione delle tensioni tissutali di ossigeno, anidride carbonica, PH e temperatura della corteccia cerebrale di pazienti con danno cerebrale acuto e acquisizione "in service" della relativa apparecchiatura: aggiudicazione;

- indizione di gara a licitazione privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per l'esecuzione di tipizzazioni eritrocitarie dei donatori di sangue della Regione Lombardia, in attuazione della convenzione, di cui alla deliberazione della Giunta Regione Lombardia n. VII/2003 tra la direzione generale sanità e la Fondazione IRCCS;

- pubblico incanto per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per immunochimica (ormoni,

autoimmunità tiroidea, marcatori tumorali, diagnosi/monitoraggio anemia) per l'U.O.S. laboratorio di biochimica dell'U.O. laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia comprendente gli analizzatori, gli 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;

- trattative private per la fornitura per dodici mesi di: materiale per ossigenoterapia; dispositivi medici per il dipartimento di ematologia-oncologia; strisce di rinforzo in pericardio bovino e patch vascolari diversi: aggiudicazione;

- indizione di licitazione privata per l'acquisizione di ventisei congelatori da installare presso l'U.O. medicina interna 2 – laboratorio di immunologia allergologia clinica, l'U.O. Centro trasfusionale immunologia dei trapianti e l'U.O. prelievo e conservazione organi e tessuti;

- trattative private dirette per la fornitura di: cateteri per monitoraggio gittata cardiaca per monitor Vigilance originali Edwards e endoprotesi per la riparazione endovascolare di aneurismi aorto-iliaci e toracici per la struttura complessa di chirurgia vascolare; dispositivi per la determinazione del tempo di emorragia: aggiudicazione;

- licitazione privata per la fornitura di deflussori diversi e regolatori di flusso: aggiudicazione;

- indizione di trattativa privata per la fornitura di: materiale diverso per l'U.O. neurochirurgia e materiale vario da laboratorio in vetro e plastica (biennale); bobine, lenzuolini in polietilene per visita medica (per un anno);

- indizione di trattative private per la fornitura per dodici mesi di: compresse piegate in tessuto non tessuto (TNT), senza fili radiopaco; soluzioni sterili varie;

- trattativa privata per la fornitura "in service" di un sistema automatico per emocultura comprendente apparecchiature ed accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo nonché l'interfacciamento al sistema informatico in uso e il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, per tre anni: aggiudicazione definitiva;

- indizione di trattativa privata per la fornitura di set sterile per parto cesareo in tessuto non tessuto (per dodici mesi); antisettici e disinfettanti con carattere di unicità (per dodici mesi); materiale per ossigenoterapia (per dodici mesi); materiale per elettrostimolazione

midollare; dispositivi vari per elettroencefalografia (E.E.G.) elettromiografia (E.M.G.) e potenziali evocati (E.P.);

- trattativa privata diretta per la fornitura di protesi – espansori mammari per l'U.O, chirurgia plastica per la Fondazione IRCCS: aggiudicazione;

- trattativa privata per l'acquisizione di apparecchiature diverse da installare presso la nuova area subintensiva del padiglione Zonda: aggiudicazione;

- trattative private e trattative private dirette per la fornitura di: impianti cocleari a carattere di unicità per l'U.O. di otorinolaringoiatria pad. Moneta e fattori della coagulazione (per dodici mesi): aggiudicazione;

- trattativa privata triennale per la fornitura di cateteri arteriosi con mandrino non inserito e dispositivi lavaggio linea: aggiudicazione;

- indizione di trattativa privata per la fornitura di materiale diverso per l'U.O.S. emodinamica del padiglione Sacco;

- indizione di trattative private per la fornitura di: stoviglie monouso (per un anno) occorrenti per i presidi ospedalieri P.O. Policlinico e P.O. Commenda della Fondazione; spazzolini-spugna per la disinfezione delle mani (per tre anni);

- indizione di trattativa privata per la fornitura di arredi e attrezzature diverse da destinare al blocco operatorio della Clinica urologica I pad. Cesarina Riva piano primo dell'Ospedale Maggiore Policlinico;

- trattativa privata per la fornitura di arredi e attrezzature diverse da destinare al reparto degenze U.O. Medicina interna 1 pad. Granelli piano secondo: approvazione dei verbali di gara ed aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura di arredi e complementi di arredo da destinare ad uffici e servizi della Fondazione: approvazione verbali di gara e aggiudicazione.

e - unità operativa funzioni tecniche

- aggiudicazione della gara mediante trattativa privata per la fornitura e posa di serramenti esterni;

- aggiudicazione della gara d'appalto mediante pubblico incanto per la demolizione scavi e formazione paratie e piano di fondazione del padiglione Monteggia;

- presa d'atto e conferma del protocollo d'intesa tra l'Associazione per il bambino nefropatico e l'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di perfezionamento per la realizzazione del nuovo reparto di pronto soccorso presso la clinica pediatrica G. e D. De Marchi;

- aggiudicazione della gara mediante trattativa privata per la fornitura e posa di elementi per l'adeguamento alle normative di prevenzione incendi;
- aggiudicazione della gara mediante trattativa privata per la fornitura e installazione (chiavi in mano) di manufatto per costruzione in prefabbricato adibito a locale portineria e ufficio accettazione, completo dei necessari accessori e impianti;
- aggiudicazione della gara mediante trattativa privata per la fornitura e messa in opera di una cabina di trasformazione MT/BT prefabbricata presso il pad. Zonda;
- aggiudicazione della gara d'appalto mediante pubblico incanto per la manutenzione straordinaria dell'Ospedale Maggiore di Milano;
- indizione di trattativa privata per la fornitura e posa di elementi per adeguamento alle normative di prevenzione incendi presso la clinica urologica al pad. Cesarina Riva;
- aggiudicazione della gara mediante trattativa privata per la fornitura e posa in opera di monoblocco prefabbricato isolato e di bussola di raccordo per uso temporaneo a deposito per sale operatorie presso il pad. Zonda.

f - ufficio marketing sanitario

- rinnovo di convenzione con l'Istituto Ortopedico Gaetano Pini di Milano per l'esecuzione di analisi di laboratorio ed esami ematochimici urgenti;
- funzioni della "Banca di Emocomponenti di gruppi rari, Centro di riferimento della Regione Lombardia": convenzione tra la Regione Lombardia e l'Ospedale Maggiore di Milano;
- convenzione con la Fondazione Centro San Raffaele del monte Tabor, IRCCS Ospedale San Raffaele per l'esecuzione di Total Body Irradiation (TBI) a favore di pazienti ricoverati presso il Centro trapianti di midollo (rinnovo 1.1.2005 – 31.12.2006);
- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda – presidio ospedaliero Villa Marelli, per l'esecuzione di test tubercolari;
- rinnovo della convenzione per l'anno 2005 con l'Ospedale L. Sacco per l'esecuzione di autopsie su salme infette;
- rinnovo di convenzione per prestazioni di consulenza di chirurgia generale e d'urgenza, chirurgia toracica, nefrologia, psichiatria con formazione psicosomatica, fisiologia e oculistica da effettuarsi a favore di pazienti

- degenti dell'Istituto Ortopedico Gaetano Pini;
- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale San Paolo di Milano per l'esecuzione di prestazioni di citopatologia e di anatomia patologica: rinnovo;
- rinnovo per l'anno 2005 della convenzione per prestazioni inerenti la lettura di dosimetri personali ed ambientali a favore della Casa di cura "Città di Milano S.p.A.";
- convenzione con la Casa di cura "Città di Milano" per il servizio di medicina trasfusionale;
- rinnovo per l'anno 2005 della convenzione per l'esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l'Azienda U.S.L. di Rimini e presso l'Ospedale regionale di Lugano (CH);
- rinnovo della convenzione per l'esecuzione di prestazioni per la consulenza neuroradiologica diagnostica ed interventistica a favore di pazienti dell'Azienda ospedaliera Maggiore della Carità di Novara e dell'Istituto Giannina Gaslini di Genova;
- convenzione con l'Agenzia formativa Agenfor per stage formativo per "esperto di amministrazione finanziaria e controllo gestione";
- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neurochirurgica a titolo gratuito a favore di pazienti dell'Azienda ospedaliera Ospedale San Carlo Borromeo: rinnovo;
- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di fisica sanitaria a favore dell'ASL della provincia di Lodi;
- convenzione per il servizio di medicina trasfusionale a favore dell'Azienda ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico: rinnovo per l'anno 2005.

g - unità operativa patrimonio

- indizione di gara d'appalto mediante pubblico incanto per l'appalto per due anni relativo a opere e provviste occorrenti per la manutenzione degli immobili e relativi impianti del patrimonio disponibile della Fondazione IRCCS.

h - servizio beni culturali

- completamento della campagna fotografica sui beni artistici dell'Ospedale Maggiore.

i - unità operativa sistemi informativi e informatici

- licitazione privata per la fornitura di un sistema informativo per la gestione della Biobanca nazionale Italiana (Progetto Stembank 2003) del padiglione Marangoni della Fondazione IRCCS: ammissione delle ditte;

- aggiudicazione della trattativa privata diretta per l'acquisizione dei servizi di installazione, configurazione, formazione e manutenzione del software "Donormanager" per la realizzazione del sistema informativo regionale dei trapianti;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di hardware e software necessario alla Fondazione IRCCS e i relativi servizi di consegna e installazione;
- indizione di pubblico incanto per la fornitura di beni e servizi per l'aggiornamento tecnologico del sistema informativo amministrativo (ERP) della Fondazione IRCCS.

l - contributi e beneficenza

- è stato accettato il comodato d'uso di un citofluorimetro Facsanto proposto dalla ditta Becton Dickinson Italia Spa per l'unità operativa Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti;
- la ditta Novartis Farma Spa ha donato un armadio frigorifero per stoccaggio farmaci al Centro malattie congenite presso l'unità operativa medicina II;
- la Fondazione "il Sangue" ha offerto all'unità operativa Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti apparecchiature varie e un ecografo Acuson mod. Sequoia 512;
- sono stati inoltre offerti: materiale informatico vario dallo Studio legale Pistolesi & Gullo; una colonna per videocolonscopia dalla Olympus Italia srl per il servizio di endoscopia digestiva; sei poltrone per prelievi dall' "Associazione Talassemici Depranotici lombardi Onlus" per il Centro anemie congenite; mobili arredo dall' "Associazione per il bambino reumatico" per la Clinica pediatrica De Marchi; un cicloergometro per test da sforzo completo di adattatore per holter ECG dalla ditta Pfizer Italia srl per l'unità operativa Centro per l'ipertensione e day hospital di cardiologia presso il padiglione Sacco.

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