



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIII - n. 3 - 2002

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIII - n. 3 - 2002

sommario

	pagina
Ai lettori	1
La ricerca biomedica a servizio della persona <i>Ferruccio Bonino</i>	2
Salute e bioetica - II <i>Giorgio Cosmacini, Roberto Mordacci</i>	4
L'arte di produrre i farmaci: un itinerario affascinante <i>Giuseppe Maiocchi</i>	7
Jacques <i>Claudio Ponticelli</i>	17
La Fondazione Bianchi Bonomi e il Centro Emofilia e Trombosi dell'Ospedale Maggiore: venticinque anni insieme <i>Pier Mannuccio Mannucci</i>	20
Asterisco	21
Angelo De Gasperis nel quarantesimo della scomparsa <i>Fausto Rovelli</i>	23
Cent'anni fa nasceva don Carlo Gnocchi <i>Giorgio Cosmacini</i>	25
Jean Guilton testimone del tempo <i>Milena Lerma</i>	28
Asterisco	31
Parole e no <i>Giovanna Seminara Grasso</i>	32
Ci ha lasciato il professor Guglielmo Scarlato <i>Nereo Bresolin, Giacomo Comi</i>	34
Per ricordare il professor Piero Pietri <i>Giampiero Campanelli</i>	35
Emilio Tadini, una perdita insostituibile <i>Rossana Bossaglia</i>	36
La memoria, anticamente trasmittitrice unica di conoscenze <i>Francesco Fiorista</i>	38
A proposito di vecchiaia <i>Giancarla Mursia</i>	43
Il telefonino <i>Antonio Randazzo</i>	44
Notizie dall'Archivio storico	46
Cronache amministrative	49

La copertina

Antica Ca' Granda, oggi sede dell'Università degli Studi: il chiostro della farmacia, attribuito al Filarete (da *Lo Spedale di Poveri del Filarete* di Liliana Grassi)

Direttore responsabile: FRANCA CHIAPPA, Ufficio Stampa dell'Ospedale Maggiore. Direzione, redazione, amministrazione: via F. Sforza 28, 20122 Milano, telefoni 02-5503.8311 e 02-5503.8376 - 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

Recenti gravi vuoti, purtroppo, nel mondo della scienza, della medicina, della cultura: se ne fa affettuosamente memoria in questo fascicolo. In altre pagine si ricordano con gratitudine ancor oggi per il “segno” profondo da loro lasciato nella comunità, esponenti di grandissimo merito e valore non estinti dal tempo.

Curare il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica, rivalutare l'esperienza personale dei processi di ricerca per giungere a coniugare nella realtà i soggetti “assistenza, giustizia e solidarietà”: il direttore scientifico dott. Ferruccio Bonino in apertura del fascicolo.

Sotto il titolo “Salute e bioetica” - autori Giorgio Cosmacini e Roberto Mordacci - in questa seconda parte Giorgio Cosmacini si ferma in particolare sulla salute, problema cruciale dell'esistenza, e analizza storicamente il concetto di salute individuale o privata e quello più ampio di salute pubblica.

Questa rivista ha trattato nei precedenti numeri argomenti relativi al farmaco, agli studi, alla ricerca che ne accompagnano il nascere, il faticoso vivere e sopravvivere da ogni punto di vista. Ne sono conseguite richieste da vari lettori, in verità un po' specifiche per le nostre pagine, ma di sorprendente interesse. Risponde qui con la competenza e l'esperienza che gli conosciamo, il dott. Giuseppe Maiocchi.

Il prof. Claudio Ponticelli racconta con la partecipazione di un vissuto il dramma di Jacques e della sua mamma nell'epoca, del resto non tanto lontana, che precedeva il ... “miracolo” dei trapianti.

La Fondazione Angelo Bianchi Bonomi e il Centro Emofilia e Trombosi dell'Ospedale Maggiore nel felice venticinquesimo di operatività. Il prof. Pier Mannuccio Mannucci illustra le motivazioni e le finalità specifiche del benemerito sodalizio, che hanno portato a risultati eccezionali nell'attività di ricerca e lusinghieri riconoscimenti in campo internazionale.

Angelo De Gasperis a quarant'anni dalla sua scomparsa: Fausto Rovelli ripercorre la vita, l'opera, l'impegno professionale dell'uomo e cardiocirurgo eccezionale al quale l'Ospedale Niguarda Ca' Granda ha dedicato una partecipatissima cerimonia di commemorazione.

La figura di don Carlo Gnocchi richiamata, vissuta dall'intera città nel centenario della nascita: Giorgio Cosmacini ne ha qui un ricordo vivissimo che dice “motivato da un triplice coinvolgimento: di storico, di medico, di antico ragazzo che sessant'anni fa lo conobbe personalmente”. Egli estende quindi la propria partecipazione alla felice ricorrenza, fermandosi per noi sul recente volume Don Carlo Gnocchi di Giorgio Rumi e Edoardo Bressan, editore Mondadori.

Jean Guilton, pensatore cristiano testimone e protagonista del suo tempo (1901-99): complessità nello studio e nell'opera di tutta una vita. E però chiarezza estrema nell'anteporre la ricerca della verità ai “silenzi sull'essenziale”, che assecondano il timore, il pudore, l'educazione, motivi di pace e altro. Milena Lerma commenta e riflette su due recenti note pubblicazioni.

“Sull'onda montante del ‘Tutto bene?’, ‘Tutto ok?’, che è interrogazione e, insieme, risposta e congedo, si approda, a sera, ognuno al suo dove, sempre più impolverato d'una separatezza ammutolita”. Così Giovanna Grasso nelle sue riflessioni sotto “Parole e no”.

Nelle pagine sopra annunciate i dottori Bresolin e Comi fanno memoria con commosso rimpianto del loro maestro prof. Guglielmo Scarlato; il prof. Giampiero Campanelli si ferma affettuosamente sul prof. Piero Pietri.

La cultura milanese ha perso in Emilio Tadini un esponente straordinario; perdita grave anche per la Ca' Granda e per la sua prestigiosa Commissione artistica: affettuosa essenzialità nel ricordo di Rossana Bossaglia, critico e storico dell'arte.

Ancora sulla memoria e questa volta come antico “unico veicolo mediante il quale le conoscenze si trasferivano nel tempo e nello spazio”. La cultura, l'originalità della ricerca e dei riferimenti adottati da Francesco Fiorista invitano alla lettura.

Giancarla Mursia, con essenziale brevità fermandosi sugli anni della stagione non più giovane, stimola ad accoglierne la pienezza dei ricordi, il valore dell'esperienza, il senso del “raccolto”, avendo comunque “davanti sempre per il domani una battaglia da vincere”.

Le appropriate, caustiche osservazioni sulle vicende consuetudinali, normali e non del ... nostro quotidiano, alle quali il prof. Antonio Randazzo ci ha con molto spirito abituati: è la volta dei telefonini. “Petulanti, invadenti, insopportabili..”.

Aggiornate informazioni e notizie dal nostro Archivio storico, le consuete rubriche e autori celebri per “l'asterisco” chiudono il fascicolo.

stampe trimestrali - Sped. abb. post. 70% - filiale di Milano - n. 3 - 2002 - registrazione Tribunale di Milano n. 5379, II-8-1960.

stampa: Stampamatic srl - Settimo Milanese (MI) - via Albert Sabin, 26; fotocomposizioni: Artea (Settimo Milanese) - via E. Fermi, 28; fotolito: Galasele s.r.l. - Milano - via Carlo Bazzi, 49

La ricerca biomedica a servizio della persona

FERRUCCIO BONINO

La scadenza del primo anno come direttore scientifico dell'Ospedale Maggiore rappresenta l'occasione ideale per un momento di riflessione sul ruolo della ricerca negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e più in generale sul problema del trasferimento dei prodotti e risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica.

Nel proporre questi pensieri desidero iniziare dalla missione dell'Ospedale Maggiore di Milano, antica istituzione cittadina la cui storia, sin dal lontano 1456 quando fu fondata dal duca Francesco Sforza ⁽¹⁾ è stata sempre costellata di personaggi di spicco nel mondo dell'arte, della cultura e della medicina.

Le migliori tradizioni dell'Ospedale Maggiore, alcune delle quali eminentemente ricordate dal cardinale Carlo Maria Martini in occasione della Festa del Perdono 2001 ⁽²⁾ sono:

- un'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",
- una ricerca eccellente "capace di non travalicare ciò che è giusto e lecito e, insieme, di osare sempre di più",
- un'adeguata valutazione del sapere pratico, dell'esperienza e del talento personale,
- un'attività didattica continua capace di formare buoni medici, infermieri e operatori sanitari,
- una saggezza amministrativa che ha permesso di coniugare le tradizioni di cui sopra con il rispetto dei beni inestimabili delle raccolte d'arte e del ricco patrimonio dell'Ospedale.

Il continuo progredire delle tecnologie propone sempre più rapidamente nuove sfide e opportunità. Oggi il compito è progettare e realizzare un Ospedale Maggiore "nuovo" adeguato al terzo millennio, ma capace di ripetere e mantenere successi e tradizioni del "vecchio" ospedale.

Partendo da questa ricca tradizione ci troviamo nella situazione di chi prepara la barca per la nuova edizione della "Coppa America". Lo scopo è difendere e riportare "a casa" la prestigiosa coppa. Per fare ciò occorrono molti contributi: un grande armatore, molti generosi sponsor e una squadra di persone esperte capace di impiegare la donna e l'uomo giusti al posto e al momento giusto.

L'obiettivo è saper rispondere con la ricerca sia al bisogno di cura dei pazienti, sia ai bisogni di tutte le persone coinvolte nel processo di diagnosi e cura (i familiari dei pazienti e gli operatori sanitari). Come il "tattico" nel pozzetto della barca studia con esperienza e ostinazione il modo per catturare nelle vele i venti migliori per far correre più veloce l'imbarcazione, così il direttore scientifico deve identificare e mettere in campo le risorse migliori per far progredire il più rapidamente possibile la ricerca, la scoperta e il cambiamento nel proprio istituto.

Per realizzare in concreto un progetto così ambizioso occorre innanzitutto garantire al nostro Ospedale una competitività credibile. Nel mondo dell'alta tecnologia il criterio di competitività che risulta spesso discriminante e apparentemente irrinunciabile è quello economico. Tuttavia non è tollerabile che la limitatezza delle risorse economiche si ripercuota sulla qualità ed efficienza di un ospedale e più in generale della sanità. L'affinamento della ricerca in direzione di una rivalutazione dell'esperienza, talento e formazione della persona può essere un modo per risolvere l'apparente paradosso che la più grande competitività sia raggiungibile solo con spese insostenibili.

La storia recente del sapere umano ci indica in una analisi più attenta del ruolo dell'esperienza personale nei processi di ricerca, scoperta e cam-

biamento la via maestra per risolvere paradossi apparentemente insolubili. A partire da una rivalutazione dell'esperienza personale potremo trovare i metodi più adatti per coniugare assistenza, giustizia e solidarietà con efficienza e qualità. Lo studio dei fenomeni biologici insegna che tutto ciò che è qualitativamente migliore e più duraturo in natura risulta allo stesso tempo anche più economico in termini di consumo di risorse. Così succede anche nel mondo delle sfide tecnologiche e, continuando con la metafora della Coppa America di vela, basta ricordarci dell'ultima edizione quando i neozelandesi di *Black Magic* stravinsero la finale facendo valere la loro esperienza e il talento personale contro gli sfidanti di *Luna Rossa*. Un progetto economicamente meno costoso risultò vincente perché capace di trasferire l'esperienza pratica e la ricerca di alcuni membri dell'equipaggio in una ricerca innovativa che portò a realizzare una barca rivoluzionaria rispetto ai canoni costruttivi tradizionali. Il successo fu quindi il risultato di un investimento molto efficace mirato sulle persone più esperte. Credo sia possibile far valere anche in sanità un moderato criterio competitivo, utilizzando gli strumenti del profitto come incentivo e non come scopo della ricerca. Si deve cercare di mirare gli investimenti della ricerca ai problemi delle persone (pazienti, operatori sanitari, ricercatori direttamente coinvolti nel processo di diagnosi e cura) piuttosto che agli oggetti spersonalizzati della ricerca (virus, geni, farmaci). Chi si prende direttamente cura dei pazienti e lavora con passione e soddisfazione ha esperienza, conoscenza, entusiasmo e spirito pratico idonei a pensare e partecipare a progetti da cui emergono risultati concretamente utili per i pazienti.

La cultura del sistema salute è migliorabile sia mediante un maggiore e costante investimento nella ricerca, sia identificando procedure innovative per indirizzare gli investimenti più direttamente in base a indicatori di esperienza e formazione personale dei ricercatori.

Infine la ricerca biomedica come partecipazione di persone al servizio della persona è indissolubilmente coniugata con la bioetica. Il ricercatore ha il difficile compito di procedere con equili-

brio sul dorso di un crinale sempre più scosceso su cui convergono le spinte antitetiche della libertà e della responsabilità della ricerca.

Occorre quindi che il "pensiero" che precede e accompagna "l'azione" di un processo di ricerca sia sempre commisurato per spessore culturale alle competenze tecnico scientifiche personali coinvolte nel progetto. Per rispondere a questa esigenza indispensabile la direzione scientifica del nostro istituto si è ora dotata di una nuova funzione di "Teoria della Ricerca" affidata al dott. Beppe Rocca. Lo scopo è una teoria della ricerca fondata sulle riflessioni di cui sopra per contribuire ad un umanesimo post-moderno della pratica medica. Mi auguro di presentare in un prossimo futuro sulla Ca' Granda gli ulteriori sviluppi ed i risultati pratici di questa idea.

Bibliografia:

1. Cosmacini G. *La Ca' Granda dei Milanesi. Storia dell'Ospedale Maggiore*, Editori Laterza, 1999.
2. Martini C.M. *L'Ospedale Maggiore nel nuovo millennio: un'antica istituzione milanese a servizio della persona*. Milano, Festa del Perdono, 2001

Salute e bioetica – II

GIORGIO COSMACINI, ROBERTO MORDACCI

Salute e sanità: bene privato e bene pubblico

La salute è un problema cruciale dell'esistenza, coinvolgente nei secoli l'umanità. Storicamente, il concetto di salute individuale o "privata" è venuto a inserirsi in quello - più ampio - di salute collettiva o "pubblica". Soprattutto a partire dal Settecento, nel contesto del pensiero illuministico e riformatore, il concetto di salute si è progressivamente esteso dall'ambito della cura individualizzante - o arte medica esercitata *ad personam* - all'ambito di una pratica - o "arte di difesa" - applicata a tutta quanta la popolazione. Quest'ultima, infatti, era considerata tra le "cause della ricchezza delle nazioni" (Adam Smith, 1776) e la sua salute era quindi vista come un bene da tutelare e incrementare attraverso un "sistema completo di polizia medica" (Johann Peter Frank, 1776). La settecentesca "polizia medica" teorizzava appunto una salvaguardia attiva della salute dei sudditi da parte dei sovrani illuminati: costoro avevano il dovere di legiferare sul bene collettivo, di cui i sudditi dovevano poter fruire in termini di concreto benessere. Il "sistema" elaborato da Frank, direttore medico della Lombardia austriaca e professore di clinica all'Università di Pavia, era finalizzato "a preservare e aumentare i cittadini" (*servandis et augendis civibus*) ed era concepito come politica della salute pubblica e come tecnica medica esercitata a difesa delle categorie sociali a maggior rischio: i più giovani, soggetti al lavoro infantile o minorile; le donne in gravidanza, costrette alle fatiche nei campi fino al momento del parto; i contadini in genere, esposti alle gravi malattie sociali del tempo, malaria e pellagra; gli artigiani che lavoravano in città e con essi tutti i cittadini, esposti alla "mal'aria urbana"⁽¹⁾.

Più in generale, quello messo a punto da Frank

era un "sistema" che si proponeva il controllo e la tutela sanitaria delle classi più umili, a partire *dalla culla*, onde fare del popolo una classe sociale sana e laboriosa, per giungere sino *alla bara*, in modo tale da coprire tutto l'arco esistenziale, con specifico riferimento ai bisogni ed eventi più importanti: infanzia, maternità, lavoro, infermità, vecchiaia, ospedalizzazione, sepoltura.

Nello stesso tempo, la "polizia medica" preannunciava anche un "medicina politica" che avrebbe redento i ceti popolari dalla "miseria, madre delle malattie"⁽²⁾. La Rivoluzione francese trasferì questa "medicina politica" dal dispotismo illuminato dei sovrani al campo dei "diritti dell'uomo", perseguendo lo scopo di proteggere la salute di quelli che da sudditi si erano trasformati in cittadini. Se da un lato i "comitati di salute pubblica"⁽³⁾ possono essere visti come espressione di una "medicalizzazione della politica", dall'altro il concetto di "salute pubblica" poté apparire in quegli anni come ideale e, al tempo stesso, come fatto politico in grado di integrare, facendogli compiere un salto di qualità, un pensiero medico da lungo tempo orientato verso mete salutiste. Nelle *Ecoles de santé* di nuova istituzione nasceva un sapere medico diverso e più ampio di quello, datato e attardato, che veniva coltivato nelle *Facultés de médecine* d'antico regime. Prescindendo dal nome "medicina", il legislatore francese intendeva ampliare i confini della salute, che da medico-scientifici divenivano politico-sociali. La salute non era più soltanto un ordinato "stato di natura" da recuperare eliminando il disordine della malattia; era anche una condizione di ben-essere da tutelare per mezzo di "un'arte di difesa" che *veniva prima* dell'arte medica, in quanto *preveniva* la malattia anziché curarla. Il rapporto tra cura

della malattia e cura della salute era, ed è tuttora, quello esistente tra le due facce di una stessa pregiata moneta da investire nella cura globale della persona umana. Nessuna di tali facce detiene un primato, ma la cura della salute ha una certa priorità perché, come già detto, viene prima, *previene*. Nel corso dell'Ottocento per riferirsi alle condizioni di salute di una collettività, ma, soprattutto, agli orientamenti e alle istituzioni posti in atto per tutelare e migliorare tali condizioni, si fece sempre più ricorso alla parola *sanità*.

Tuttora valida, anche se risalente al 1920, è la definizione datane da C.E.A. Winslow: “La sanità pubblica è la scienza e l'arte di prevenire le malattie, di prolungare la vita, di promuovere la salute fisica e di prevenire l'invalidità attraverso un organico impegno collettivo [...] per lo sviluppo di un sistema sociale che assicuri a ciascun individuo, nella propria comunità, uno standard di vita adeguato al mantenimento della salute”.

Salute e sanità non sono la stessa cosa. Il nostro senso comune percepisce una differenza tra i due termini e il nostro linguaggio corrente ne fa uso in contesti diversi. La diversità consiste forse in questo: che la salute ha un'accezione *intensiva*, la sanità ne ha una *estensiva*, come si potrebbe dire parafrasando Galileo (il quale parlò di un sapere applicato “intensivamente”, in profondità, e di un sapere applicato “estensivamente”, in ampiezza). L'accezione “intensiva” della salute è provata dal fatto che essa è sentita e vissuta, con intensità partecipativa, come bene individuale, “privato”. Viceversa l'accezione “estensiva” della salute è provata dal fatto che essa è percepita e vissuta, forse con partecipazione relativamente meno intensa, come bene sociale, “pubblico”.

Se salute e sanità non sono la medesima cosa, tutti siamo però concordi nel ritenere che tra esse esiste un legame molto stretto. Da un lato, la sanità pubblica è in fondo la sommatoria di tutti i casi di salute individuale; d'altro lato, la salute individuale è per certi aspetti il prodotto delle condizioni della sanità pubblica. Nel Medioevo e nel Rinascimento le misure prese dagli Uffici di Sanità furono le sole armi in grado di proteggere in qualche modo la salute degli individui in tempo di peste. Oggi le misure comportamentali

prescritte da una politica sanitaria responsabilmente impegnata nell'educazione dei cittadini alla salute sono tra i più importanti strumenti in grado di incidere efficacemente sulla salute medesima.

Salute e istituzioni: uffici di sanità, ospedali, aziende

Gli Uffici di Sanità medievali e rinascimentali furono istituzioni promosse da alcuni governi - primi tra tutti quelli degli Stati italiani (ducati o repubbliche) - che erano all'avanguardia in Europa per quanto concerneva il buongoverno della salute pubblica. Essi seppero organizzare, entro i limiti della sanità del tempo, la difesa delle popolazioni “contro un nemico invisibile”⁽⁴⁾.

Reti di informazione sanitaria fra Stati, passaporti della salute o “bollette di sanità” comprovanti l'identità e l'indennità sanitarie di chi ne era portatore, quarantene e cordoni sanitari, norme di “arresto” e “sequestro” di sospetti e di infetti in luoghi di isolamento o in appositi lazzaretti, “spurghi dei cenci” e “fumigagioni” - che oggi chiameremmo disinfezioni - furono i mezzi adottati per far fronte alle ricorrenti epidemie. Si trattò di un insieme di norme igienico-sanitarie basate sul concetto di “contagio”: un contatto morboso a volte immediato, ossia trasmesso direttamente dal “malsano” all'individuo sano, a volte mediato, trasmesso indirettamente dalla “mal'aria”, cioè dall'aere che risultava nocivo e corruttore in quanto corrotto in precedenza da cause inquinanti quali le esalazioni nocive, i cattivi odori, la putredine, il sudiciume, il marciume. Da qui la necessità di controllare le botteghe di smercio alimentare, le bettole e i mercati, gli ospedali e i cimiteri, i tuguri e le affollate locande, le cisterne e le fogne, le porte d'ingresso delle città e i porti delle città marinare. Gli Uffici di Sanità furono istituzioni tanto benemerite per la sanità “straordinaria”, in tempo di emergenze epidemiche, quanto provvide (nel senso di “provvisione” o previdenza) per la sanità “ordinaria”, sotto forma di sorveglianza quotidiana sulla qualità delle derrate alimentari, sulla commestibilità dei viveri, sull'abitabilità delle case,

sulle condizioni delle acque potabili e di quelle luride, sulla nettezza urbana, sull'accattonaggio e sul meretricio.

Tutte queste funzioni furono in parte ereditate, dal Settecento in poi - ma in Italia prima che altrove e in misura maggiore - dalle "condotte sanitarie", istituzioni attraverso le quali medici e chirurghi, ma anche levatrici e speziali (vale a dire ostetriche e farmacisti), erano presi a servizio dai Comuni e "condotti con promessa di soldo" a *curare pauperes sine mercede*, a "curare i poveri impossibilitati a retribuirli in denaro". In realtà, il "medico condotto" non si occupava solo della cura dei poveri, cioè di assicurare loro una *terapia* efficace contro le malattie, ma in quanto "ufficiale sanitario" era altresì incaricato, nella comunità di sua competenza, di elaborare una tattica della *prevenzione* associata, dalla seconda metà dell'Ottocento in poi, a una strategia dell'igiene che non si basava esclusivamente sulle raccomandazioni suggerite dalle norme di "igiene personale", ma anche e soprattutto sulle prescrizioni dettate dalle norme dell'"igiene scientifica". Quest'ultima scienza era nata nei laboratori di ricerca con la scoperta degli agenti microbici (protozoi e batteri) delle malattie infettive, epidemico-contagiose.

Ma le più importanti istituzioni della sanità furono e sono gli *ospedali*. Sorti nel Medioevo come ospizi o "alberghi dei poveri", destinati a dare ospitalità ai *pauperes infirmi*, cioè a tutti gli aventi bisogno (senza che si facesse troppa distinzione fra indigenza economica ed emergenza morbosa), essi divennero nel Rinascimento le "fabbriche della salute", finalizzate non più al semplice aiuto prestato ai "poveri infermi", ma anche al risanamento dei malati suscettibili di guarigione, alla separazione dei malati guaribili da quelli inguaribili e alla somministrazione non tanto di cure "generiche" basate sulla carità indifferenziata e prestate da "infermieri", quanto piuttosto di terapie "specifiche" - e in prospettiva "specialistiche" - basate su tecniche differenziate e prestate da medici e chirurghi.

L'Ottocento fu, a pieno titolo, il secolo dell'affermazione dell'ospedale moderno. Tale fenomeno ebbe una sua dinamica interna, scientifico-tecnica, che portò alla comparsa della moderna

clinica⁽⁵⁾ e conobbe una trasformazione esterna, conseguenza dei mutamenti culturali della società: la beneficenza, mossa dalla carità, si mutò nel "dovere" civile dell'assistenza ai malati, poi evolutosi, a sua volta, nel "diritto" che ogni malato ha alla tutela della propria salute. Nel XX secolo l'ospedale divenne una "macchina per guarire" dotata di tecnologia e specializzazione crescenti.

Oggi l'ospedale è una "azienda", che tuttavia si discosta da un modello basato esclusivamente sull'*efficienza produttiva* delle prestazioni, poiché a tale modello non possono essere integralmente ricondotti i problemi della salute, i quali non risultano tutti misurabili in termini di resa economica. Il buon funzionamento dell'*azienda ospedaliera* va valutato non tanto in termini di spesa-ricavo e di prestazioni prodotte, quanto in termini di investimento e di produzione di salute. Inoltre, il funzionamento di tale "azienda" è da vedersi non isolato, ma inserito organicamente nel tessuto socio-territoriale al quale l'ospedale appartiene e che si configura nell'*azienda sanitaria locale* (ASL), di cui fa parte anche la rete delle strutture private e pubbliche - dagli ambulatori medici agli uffici di igiene - che assicurano una *produttività efficace* non solo sotto forma di terapia personale riparatrice, farmacologica o chirurgica, ma anche sotto forma di prevenzione e promozione della salute collettiva.

Note:

1. In un'epoca in cui i mefitici miasmi che inquinavano "la salubrità dell'aria" venivano stigmatizzati dall'abate Giuseppe Parini.
2. Così il professor Frank intitolava la propria prolusione pavese dell'anno 1789, nella quale affermava che "un popolo di schiavi è un popolo cachettico" (ossia afflitto da uno stato patologico - la cachessia - contraddistinto da deperimento generale e alterazione di tutte le funzioni biologiche) e che l'abolizione della servitù nelle campagne costituiva la provvidenza o previdenza primaria per fuggire gli spettri che vi si aggiravano - malaria e pellagra - e ridare la salute ai molti che ne erano privi.
3. Si tratta di organismi politici che contraddistinsero il governo rivoluzionario nella Francia del 1793-94.
4. È questo il titolo dato da Carlo M. Cipolla al suo libro su "epidermie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento", pubblicato nel 1986.
5. Il cui nome deriva dal greco *klino* (giaccio), in quanto arte o tecnica del curare i malati "giacenti" a letto.

L'arte di produrre i farmaci: un itinerario affascinante

GIUSEPPE MAIOCCHI

Nel libro biblico di Tobia si legge: “L’Angelo disse a Tobia: afferra il pesce (che in riva al fiume Tigri aveva tentato di divorargli il piede), aprilo e togline il fiele, il cuore e il fegato. Il fiele e il cuore possono essere utili medicamenti. (6.1) [...] Poi Raffaele gli disse: prendi in mano il fiele, spalmalo sugli occhi (del padre Tobi accecato nel sonno dagli escrementi di passeri). Il farmaco intaccherà e asporterà come scaglie le macchie bianche dai suoi occhi. Così tuo Padre vedrà la luce.”(11,7).

Se la ricerca di rimedi farmacologici utili alla cura dell’uomo malato risale agli albori della storia umana, l’esigenza di selezionarli, catalogarli, verificarli e controllarli viene sentita successivamente. Intorno al XIII secolo, infatti, inizia un faticoso, ininterrotto processo che ha portato gradualmente alla codifica dei trattamenti terapeutici. I risultati di questo processo sono confluiti, nel corso dei secoli, nella stesura delle varie *Farmacopee*, il cui primo esempio, in Italia, può trovarsi nei capitoli 46 e 47 delle *Constitutiones* che, nel 1241, l’Imperatore Federico II emanò per il Regno delle Sicilie.

Ma cos’è la Farmacopea? E qual è il suo scopo? La Farmacopea è lo strumento guida della professione farmaceutica e il suo scopo è quello di contribuire alla salvaguardia della salute pubblica mediante la messa a punto di standard connessi con la qualità dei medicinali.

L’evoluzione storica della Farmacopea Italiana

Federico II

I Re normanni di Sicilia e principalmente l’Imperatore Federico II, ebbero un ruolo determinante nella nascita della farmacopea. Nei capitoli 46 e 47 delle *Constitutiones*, infatti, sono definiti i rapporti fra medico e speciale; le due professioni sono nettamente separate, e si consente la preparazione delle medicine non più solo ai medici, ma anche agli speciali; si regola, inoltre, l’apertura delle spe-

zierie (*stationem apotheca*), con una pianta organica ante litteram.

Federico II, attribuendo poi a Salerno il titolo di *Civitas Ippocratica*, che riconosceva la Scuola Salernitana come facoltà medica distaccata dallo studio napoletano, da lui fondato nel 1224, stabilì che come testo ufficiale per gli speciali fosse adottato un ricettario compilato sulla base dell’*Antidotarium Nicolai*, che rappresenta, quindi, il primo esempio di Farmacopea imposta da una autorità.

Nei secoli successivi la diffusione, agevolata dall’introduzione della stampa, di *formulari*, di *antidotari*, di testi o trattati o compendi che descrivevano i medicinali e la loro preparazione, rendeva teoricamente possibile, a ogni medico o ad ogni speciale, preparare, anche in una stessa città, uno stesso medicinale, ma ciò avveniva spesso in maniera difforme, con metodi ed ingredienti diversi, per la frequente discordanza delle ricette. Si alimentavano così la confusione, le frodi e le adulterazioni, spesso pericolose per gli ammalati.

Ricettario fiorentino

Per eliminare gli errori, i disordini e gli arbitri, con i quali l’arte farmaceutica veniva talvolta esercitata, per proteggere l’ammalato da questi pericoli e per avere una sicura uniformità nella composizione e nella preparazione dei medicinali, le autorità di alcune Città-Stato sentirono la necessità di disporre di un testo unico, obbligatorio per i medici e gli speciali, cioè di ricettari ed antidotari ufficiali che fossero non più compilati per iniziativa di una sola persona, ma da una commissione nominata dalle autorità, e approvati dalle autorità stesse che, in tal modo, avrebbero potuto garantire un servizio pubblico adeguato ed una uniformità delle ricette nei territori da loro controllati.

Con questi intendimenti, nella seconda metà del ‘400, i Consoli degli Speciali di Firenze, che rap-

presentavano l'Arte o Università degli speziali, chiesero al Collegio dei medici dell'Università di Firenze di compilare un nuovo Ricettario che potesse servire, con eguale sicurezza, all'esercizio della Farmacia e della Medicina: si manifestava così una collaborazione fra le due professioni, degli speziali e dei medici, veramente rara per quel tempo.

Nel 1498 venne così pubblicato il "Ricettario fiorentino", di ispirazione sicuramente monastica.

A questa prima edizione seguì, nel 1550, la seconda, compilata questa non per iniziativa del Collegio dei medici, ma ordinata dal Duca di Firenze e da lui approvata. E' questa, quindi, la prima Farmacopea ufficiale nel territorio italiano e nel mondo, compilata per ordine di un governatore e da questi approvata.

Le varie edizioni di questo Ricettario si susseguirono fino al 1789.

Quelle che seguono sono due citazioni ricavate dal "Ricettario fiorentino", nella ristampa del 1623:

Il buono speziale debbe essere d'ingegno, e di corpo destro, di buò costumi, non auaro, diligente, fedele, esercitato da giouane nella cognizione delle medicine semplici, e delle composte; hauer cercato tutti i luoghi atti a produrre l'herbe, e l'altre medicine, che nascono nel nostro paese; saper tanto della lingua Latina, che egli possa leggere Dioscoride, Galeno, Plinio, Serapione, Mesuè, Auicenna, e gli altri, che parlano della materia dello Speziale, ò vero, non ne sapendo, debbe essere istruito da uno intelligente maestro, e esercitarsi in leggere i moderni, i quali hanno tradotto, ò scritto di tal materia in lingua volgare.

La Bottega dello Speziale debbe essere posta in luogo, doue nò possino veti ò sole, che nò abbi vicini fummi, ò mali odori: debba auere più stanze e sotto, e sopra terra, acciò che egli possa comodamente preparare, e conseruare ogni sorte di medicina: e oltracciò auere ò horto, ò terrazzo, doue dia il sole, a cagione che possa seccare, e imbiancare alcune medicine, e appresso tutte quelle, che si debbono (secondo 'l volere de gli Scrittori) comporre al sole.

La fama del "Ricettario fiorentino" oltrepassò i confini non solo del Granducato di Firenze, ma anche dell'Italia, diffondendosi, tra il 1500 e il 1800, in

tutto il mondo. Il riconoscimento di ufficialità nei domini fiorentini ben ne giustifica la considerazione come primo esempio di Farmacopea, secondo le moderne concezioni.

La novità maggiore delle edizioni successive del "Ricettario fiorentino" è l'Appendice che comprende gli "Ordini, Provisioni, Capitoli, Statuti, et Additioni attenenti alli Medici, Spetiali & altri compresi sotto l'Arte & Università de Medici, Spetiali, e Merciai della città di Firenze nuovamente posti in osservanza, e ridotti insieme", che riprendevano quanto stabilito dai vecchi "Statuti dell'Arte", approvati dal Duca e che rappresentano, dopo le Constitutiones di Federico II, il primo regolamento obbligatorio del servizio medico e farmaceutico ufficializzato da una Farmacopea, attribuendo ad essa, in tal modo, il carattere regolamentare non solo della qualità dei medicinali descritti, ma anche della professione farmaceutica.

Le Farmacopee negli Stati Europei e in USA

Al concetto di ufficialità, introdotto con il Ricettario fiorentino, si ispirarono le Farmacopee che vennero successivamente pubblicate nelle singole città e poi negli Stati. Dapprima infatti furono le città a darsi una propria Farmacopea, poi gli Stati regionali e quindi, procedendo in Europa i movimenti di unificazione, le singole Nazioni.

In Francia, ove fino al XVI secolo, era adottato a Parigi l'*Antidotarium* di Nicolò Alessandrino, nel 1636 venne stampato il *Codex Medicamentarius o Pharmacopoea Parisiensis*, testo che venne reso obbligatorio nel 1748. A questo seguì, nel 1816, il *Codex medicamentarius sive Pharmacopoea Gallica*, in due volumi, approvato con ordinanza del re Luigi XVIII, che sostituì le edizioni precedenti: di Lione (1628), di Bordeaux (1643) di Lilla (1640) di Besançon e di Tolosa (1695). A questa prima edizione, redatta in latino, seguì nel 1837 una seconda edizione in francese dalla quale sono derivate tutte le successive.

In Germania già alla fine del secolo VIII era diffuso, come manoscritto, il "*Das Lorscher arzneibuch*", ma la prima Farmacopea ufficiale fu pubblicata a Norimberga: il *Dispensatorium* di Valerio Cordo. Successivamente venne pubblicata la *Pharmacopoeia Augustana* (1573), nella quale compare per la prima volta il termine Farmacopea.

Nei secoli XVII, XVIII e XIX erano in vigore molte Farmacopee negli Stati germanici. Nel 1865 venne realizzata una *Pharmacopea Germaniae*, come tentativo di una Farmacopea nazionale unificata. Ma la prima Farmacopea ufficiale della Germania unificata venne pubblicata nel 1872, con il titolo di *Pharmacopoea Germanica*. Conservò questo titolo anche nella II edizione del 1882, mentre la III e la IV edizione ebbero il nome di *Arzneibuch für Deutsche Reich* (Farmacopea Germanica).

Dalla V edizione del 1910 il nome fu modificato in quello attuale di *Deutsche Arzneibuch* (DAB).

In *Inghilterra* la *Pharmacopoea Londinensis* (1618), con il titolo *Pharmacopea Collegii regalis Medicorum Londinensis* fu la prima ad avere carattere nazionale. Fin dalla prima edizione essa era obbligatoria in tutto il regno di Inghilterra (ma non in Scozia e in Irlanda). La prima Farmacopea in lingua inglese fu *The Pharmacopoeia of the Royal College of Physicians of Edinburgh* (1813 e 1841). L'unificazione della Farmacopea Londinese con quella di Edimburgo, dopo il Medical Act del 1858, dette origine nel 1864 alla *British Pharmacopoeia* avente valore legale in tutto il Regno Unito.

In *Belgio* si seguiva la *Antwerpener Pharmacopea* (Anversa 1560) e una riedizione del *Dispensatorium* del Cordo. Alcune Farmacopee erano in uso nelle diverse città; alla fine del XVII secolo si adottò la *Pharmacopoea Batava*, che nel 1823 fu sostituita, nel reame dei Paesi Bassi, dalla *Pharmacopoea Belgica* pubblicata a l'Aja in lingua latina. La *Farmacopoe Belgica* fu pubblicata nel 1854, cioè dopo 24 anni dall'indipendenza del Belgio, capostipite dell'attuale *Pharmacopée Belge*.

In *Olanda* la prima Farmacopea fu la *Pharmacopoea Amstelredanensis*, ma anche altre città ebbero loro Farmacopee. Come nel Belgio, durante il Regno dei Paesi Bassi venne adottata, come Farmacopea nazionale, la *Pharmacopea Batava*. A questa seguì, la *Nederlandsche Apotheek*, che era la traduzione olandese della *Pharmacopoea Belgica*. Con la separazione dei due Stati (Belgio e Olanda) venne pubblicata nel 1851 la *Pharmacopea Neerlandica – Neerlandsche Pharmacopee*.

In *Spagna* fu pubblicata, a Barcellona nel 1511, e quindi subito dopo il “Ricettario fiorentino”, una Farmacopea dal titolo *Concordia Pharmacopola-*

rum Barcinonesium. Anche altre città ebbero una simile *Concordia* o altre Farmacopee. La prima Farmacopea nazionale o *General*, venne pubblicata nel 1739, dal “Real Colegio de farmaceuticos” di Madrid, con il titolo di *Pharmacopoeia Matritensis*, resa obbligatoria nel 1794 con il titolo di *Pharmacopoeia Hispana*.

In *Austria*, nel 1570 era ufficiale un *Dispensatorium* manoscritto. Nel 1616 venne imposta come ufficiale la *Pharmacopoeia Augustana*. La prima Farmacopea pubblicata in Austria fu il *Dispensatorium Pharmaceuticum* Austriaco Viennese. Nel 1812 si pubblicò, in latino, la prima *Pharmacopoea Austriaca*, alla quale seguì nella lingua del paese l'*Oesterreichsches Arzneibuch*.

In *Svizzera* alla *Pharmacopoea regia Galenica et Chimica* (1684) di Ginevra, seguì la *Pharmacopoea Helvetica*, pubblicata a Basilea nel 1771. Nel 1855 la Società Svizzera dei Farmacisti pubblicò la nuova *Pharmacopoea Helvetica*, adottata in quasi tutti i Cantoni e resa obbligatoria nel luglio 1894, che sostituiva le Farmacopee cantonali, come la Ticinese e la Sangallese.

In *Portogallo* fu pubblicata nel 1794 la *Pharmacopoeia General para o reino e Dominios de Portugal*, ordinata dalla Regina Maria I che sostituiva le Farmacopee private di alcune città come la *Pharmacopoea Lusitana* (Lisbona), la *Pharmacopoea Portuense* (Porto).

In *Svezia* la *Farmacope Suecica* (1705/1775/1817) fu preceduta dalla *Pharmacopoea Holmiensis* (Stoccolma 1684).

Si ricordano ancora la *Pharmacopoea Danica* (1772), la *Pharmacopoea Rossica* (1778-1782), che comprendeva anche la Finnica, il *Dispensatorium Brandenburgicum* (Praga), le Farmacopee Ungheresi (1862), Romena (1862), Giapponese (1886).

Negli *Stati Uniti* la prima Farmacopea (*United States Pharmacopoeia*) fu pubblicata nel 1820. Fino ad allora erano state seguite alcune Farmacopee europee, come ad esempio l'*Edinburgh New Dispensatory*, o alcuni formulari o ricettari di alcune Società mediche.

A partire dal 1888 la USP fu completata con il *National Formulary of Unofficial Preparations*, pubblicato dalla American Pharmaceutical Association con il benestare della United States Pharmaco-

poetical Convention (USPC). Con il passare degli anni il collegamento tra la USP e il NF si accentuò sempre di più, fino al 1975 quando i due compendi furono integrati in un unico volume.

Le Farmacopie in Italia dal XVI al XIX secolo

In tutti i Paesi che già avevano raggiunto l'unificazione, le prime Farmacopie nazionali, che sostituivano quelle regionali, furono quindi elaborate tra il XVII e il XIX secolo.

In Italia questa evoluzione, connessa con quella politica, si compiva solo alla fine del XIX secolo.

Il territorio italiano, nella seconda metà del XIX secolo, era ancora suddiviso in diversi Stati: Regno di Sardegna, Regno Lombardo-Veneto, assoggettato all'Impero Austro-Ungarico, Ducato di Parma, Ducato di Modena, Ducato di Lucca, Granducato di Toscana, Stato Pontificio, Regno delle Due Sicilie, che vennero riuniti, con le note vicende risorgimentali, nel Regno d'Italia, nel 1861-1870.

Fino all'unificazione e alla nascita del Regno d'Italia, ogni Stato ebbe una propria Farmacopea, valida nel proprio territorio; alcune ufficiali, cioè ordinate dalle Autorità e riconosciute dai regnanti o dai governanti, altre private, ma raccomandate dalle Autorità o dalle Università locali.

Dal XVII secolo, oltre al "Ricettario fiorentino", furono disponibili, ad esempio: la *Farmacopea Torinese* (1736), l'*Antidotario Milanese* o *Prospectus pharmaceuticus* (1668/1729), l'*Antidotario Mantovano* (1558/1559, che potrebbe essere la prima Farmacopea lombarda), la *Farmacopea Bergamasca* (1580/1680), il *Codice Farmaceutico per lo stato della Serenissima Repubblica di Venezia* (1790), compilato per ordine del Magistrato della Sanità e approvata dal Collegio dei medici del Veneto, forse preceduto nel 1617 da una Farmacopea compilata da Curzio Marinelli; il *Formulario Genovese* (1791), il quale venne compilato per servire di norma nelle preparazioni officinali ai Farmacisti della Repubblica genovese, l'*Antidotario Bolognese* (1574/1800), al quale è legato il nome dell'Aldrovandi e redatto dal Collegio medico bolognese, il *Ricettario senese* (1777 / 1795), sicuramente il migliore di tutti, nel quale la Farmacia viene suddivisa in Galenica e Chimica e che ebbe anche grande valore didattico; l'*Antidotario Romano* la cui prima edizione del 1583 era dedicata al

Papa Sisto V che lo confermò come testo di riferimento per la preparazione delle medicine; l'*Antidotario Napoletano* (1642/1649), le prime edizioni del quale comparvero con il titolo di *Petitorio*, che indicava l'elenco dei medicinali obbligatori, l'*Antidotario Palermitano* del 1670 (a Palermo erano anche in uso la *Farmacopea Londinese* e il *Codex Francese*), il *Dispensatorio* o *Antidotario Catanese* del 1658, la *Farmacopea Messinese* del 1629, la *Farmacopea Sarda* (1773), rientrando nel novero delle Farmacopie Sabaude.

E' doveroso, a questo punto, ricordare che già nel 1789 l'Ospedale Maggiore di Milano, poteva vantare una propria *Pharmacopoea ad usum Nosocomii Civici Generalis Mediolanensis* !!

Alla vigilia della creazione del Regno d'Italia, prevalsero le Farmacopie approvate dai governanti dei singoli Stati.

La *Farmacopea del Regno di Sardegna* (1846), che era una traduzione della *Farmacopea Torinese* del 1783, la *Farmacopea Austriaca Provinciale* (1794), per il Lombardo Veneto, come traduzione della *Farmacopea Austriaca*, la *Farmacopea degli Stati Estensi* (1839), il *Codice Farmaceutico* per gli *Stati Parmensi* (1858), il *Ricettario Fiorentino* (1789), il *Codice Farmaceutico Romano e Formulario* (1868), il *Ricettario Farmaceutico Napoletano* (1823), la *Farmacopea per gli Stati sardi* (1853), ultima delle Farmacopie Sabaude.

A tutte queste Farmacopie ufficiali si affiancarono un gran numero di testi farmaceutici, redatti da privati studiosi, che sono vere e proprie Farmacopie non ufficiali.

Ai testi più antichi, come ad esempio il *Teatro Dogmatico e Spargirico* del Donzelli (1666/1763), il *Lessico Farmaceutico chimico* del Capello (che ebbe 11 edizioni dal 1728 al 1745), si affiancarono quelli più recenti come ad esempio la *Farmacopea Ferrarese* del Campana (15 edizioni dal 1799 al 1841, nove anni dopo la morte dell'Autore), la *Farmacopea Generale* del Brugantelli (1802), la *Farmacopea* del Ferrarini (1825), la *Farmacopea Eclettica* del Ferrarini, la *Farmacopea Italiana* dell'Orsi (1851/1876). La *Farmacopea Nazionale e Generale* del Ruata del 1833, che è una vera e propria enciclopedia dei medicinali riconosciuti dalle Farmacopie della maggior parte degli Stati Italiani e stranieri.

PHARMACOPOEA

AD USUM

NOSOCOMII CIVICI GENERALIS

MEDIOLANENSIS

ANNO 1789.



MEDIOLANI

EXCUDERANT JOANNES BAPTISTA BIANCHI,
ATQUE CAJETANUS MOTTA.

Facsimile del frontespizio della Farmacopoea ospedaliera del 1789

Pharmacopée
en usage dans
les hôpitaux
de Milan
(1789)

La I edizione della Farmacopea Ufficiale (1892)

Nel dicembre del 1870 fu approvato dal Senato del Regno il progetto per un Codice Sanitario, che prevedeva la compilazione di una Farmacopea Ufficiale obbligatoria per i farmacisti e con revisione fissata dapprima ogni 3 anni e poi ogni 5 anni.

Nel dicembre 1888 venne approvata la Legge sulla "Tutela dell'igiene e della sanità pubblica" (nota come legge Crispi-Pagliani) che, pur non prevedendo norme specifiche per la pubblicazione e per la revisione della Farmacopea, ne imponeva l'obbligo della detenzione in ogni farmacia, precisando che la mancanza dell'esemplare della Farmacopea e di qualsiasi sostanza medicinale dichiarata obbligatoria dalla Farmacopea stessa, veniva punita con un'ammenda (art. 28).

Nel 1892 il *Codice Parmense*, il *Codice Farmaceutico Romano* e la *Farmacopea degli Stati Sardi* furono sostituiti dalla *Farmacopea nazionale I* edizione.

La II edizione (1902)

All'avvicinarsi della scadenza dei cinque anni il Ministero dell'Interno ordinò la revisione della I edizione della Farmacopea. La seconda edizione, con allegata la tariffa dei medicinali, venne approvata nel marzo 1902 e pubblicata nell'ottobre successivo, cioè dopo 10 anni dalla prima edizione.

La Farmacopea registro ufficiale delle specialità medicinali

Nel maggio 1898 la Direzione generale dell'amministrazione civile del Ministero dell'Interno emanò una circolare con la quale si introduceva il principio della iscrizione nella Farmacopea ufficiale delle specialità medicinali. Questa disposizione fu dettata principalmente da opportunità commerciali, in quanto molti Stati europei ed extraeuropei consentivano l'importazione di prodotti medicinali solo se erano descritti nella Farmacopea, considerando questo come prova di un'autorizzazione ufficiale da parte degli organismi tecnico-sanitari del paese esportatore. I produttori interessati all'iscrizione nella Farmacopea Ufficiale dovevano fare domanda al Ministero dell'Interno tramite la Prefettura allegando la descrizione del prodotto, i metodi analitici e i campioni, dichiarando la loro disponibilità

a sostenere le spese dell'ispezione straordinaria e dei controlli analitici, dopodiché la farmacia o l'officina di produzione era ispezionata dai funzionari della Direzione generale della Sanità.

La III edizione (1909)

Una novità nella III edizione fu l'indicazione dei saggi di purezza e di identificazione delle falsificazioni.

La IV edizione (1920)

La revisione della IV edizione, fino alla sua pubblicazione, richiese sette anni.

Questa edizione, revisionata anche nella nomenclatura dei prodotti, introducendo le denominazioni comuni, assumeva un carattere ben definito, allineandosi a quella degli altri Paesi.

Monopoli delle farmacie

Dopo aver definito i medicinali a dose o forma di medicamento, si introduceva il principio del monopolio della farmacia nella vendita dei medicinali permettendola solo ai farmacisti nella farmacia sotto la responsabilità del titolare. Questa nuova disposizione suscitò grande scalpore, e determinò un forte conflitto tra farmacisti e non farmacisti, in quanto l'applicazione rigida di tale disposizione avrebbe impedito la vendita, fuori dalla farmacia, di molti prodotti, come ad esempio il Fernet, il Ferrochina, alcune acque minerali e i sali per preparare quelle artificiali.

La V edizione (1929)

Con la V edizione la Farmacopea Ufficiale subì una trasformazione radicale assumendo prevalentemente il carattere di Codice di qualità dei medicinali prodotti dall'industria, stabilendo come è detto nella prefazione, "*i requisiti ai quali determinati prodotti debbano corrispondere per poter essere adoperati come farmaci*"; non si rivolse più solo al farmacista, ma anche all'industria farmaceutica, pur conservando alcune preparazioni galeniche eseguibili uniformemente in tutte le farmacie.

Questa edizione non riportò più le notizie legislative riguardanti il servizio farmaceutico e le tabelle furono meglio organizzate e completate con l'aggiunta di quella che riportava l'elenco delle sostanze tossiche aventi azione stupefacente, così come

L E S S I C O

FARMACEUTICO-CHIMICO

CONTENENTE LI RIMEDJ PIÙ USATI D' OGGIDI

D I

GIO: BATTISTA CAPELLO

UNDECIMA IMPRESSIONE

RIVEDUTA, ACCRESCIUTA, E DA MOLTI ERRORI EMENDATA

D A

LORENZO CAPELLO

SUO NIPOTE

*SPEZIALE ALL' INSEGNA DE' TRE MONTI IN CAMPO
DI SANT' APOLLINARE.*



Hayeschild

IN VENEZIA MDCCXCII.

APPRESSO PIETRO SAVIONI

SUL PONTE DE' BARETTERI ALL' INSEGNA DELLA NAVE

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CON LICENZA DE' SUPERIORI, E PRIVILEGIO.

richiesto dalla legge 18 febbraio 1923 n. 396 che per la prima volta in Italia disciplinava il commercio e lo smercio degli stupefacenti a seguito della ratifica della Convenzione dell'Aja del 1922.

La VI edizione (1940)

L'opera di modernizzazione della Farmacopea Ufficiale continuò con la VI edizione; scomparvero molte preparazioni non più usate, i testi vennero adeguati alle nuove acquisizioni scientifiche e anche ai fini dell'autarchia. Furono introdotte le monografie dei sieri, dei vaccini e delle anatossine. La VI edizione, l'ultima del Regno d'Italia, fu disponibile nel 1940, alla vigilia del coinvolgimento dell'Italia nel secondo conflitto mondiale. Essa, tra l'altro, si adeguava alle nuove disposizioni del testo Unico delle Leggi Sanitarie, con l'introduzione della tabella che costituiva l'elenco dei prodotti dispensabili con ricetta medica.

La VII edizione (1965, 1967)

Tra l'ultima Farmacopea del Regno d'Italia e la prima della Repubblica Italiana (VII FU), trascorsero venticinque anni. Ritardo causato dalle vicende belliche, ma anche dal grande progresso farmaceutico e terapeutico, dalle innovazioni alla struttura sanitaria del Paese.

Dal punto di vista redazionale questa edizione è molto simile alla Farmacopea britannica, alla quale, in massima parte, si ispirò.

Se con la V e la VI edizione si era inaugurata l'era moderna della FU, con questa VII edizione ha origine l'era contemporanea.

La Farmacopea Europea

Nel 1965, quando la VII edizione venne diffusa, era già stata firmata, a Strasburgo, la Convenzione relativa all'elaborazione di una Farmacopea Europea.

I sei Paesi fondatori del MEC (Belgio, Francia, Germania, Italia, Lussemburgo, Olanda), la Gran Bretagna e la Svizzera sottoscrissero, nell'ambito del Consiglio d'Europa, un Accordo Parziale ove era già introdotto il concetto di Farmacopea Europea.

Nell'aprile 1963 i rappresentanti degli otto Paesi aderenti a questo accordo si riunirono a Roma e prepararono una proposta di raccomandazione, da sottoporre all'Assemblea Consultiva del Consiglio d'Europa, per la realizzazione di un piano progres-

sivo per una Farmacopea Europea. Questa proposta fu approvata dal Comitato di Sanità pubblica del Consiglio d'Europa e da essa originò la Convenzione relativa alla elaborazione di una Farmacopea Europea, che venne firmata a Strasburgo dai rappresentanti degli otto Paesi, il 22 luglio 1964.

La Convenzione è un trattato internazionale, aperto a tutti i Paesi del Consiglio d'Europa e stabilisce che gli Stati che vi aderiscono si impegnano ad elaborare progressivamente una Farmacopea comune e ad adottare le misure necessarie per assicurare che le monografie e quanto altro stabilito dalla Farmacopea Europea diventino norme ufficiali nei singoli Paesi. Questo avviene con il recepimento nelle Farmacopee Nazionali del principio che queste possono anche non recepire una monografia europea, se non è di interesse nazionale; l'essenziale è che se la Farmacopea Nazionale descrive un prodotto per il quale esiste una monografia europea, la corrispondente monografia nazionale deve recepire le esigenze di quella europea, adattandola allo stile della Farmacopea Nazionale, che può anche contenere monografie nazionali non previste dalla Europea a condizione che ne sia informata la Commissione Europea, prevedendo anche una procedura di armonizzazione (Convenzione di Strasburgo del 1964 ratificata con legge 752/73).

La Farmacopea Europea definisce la qualità dei prodotti utilizzati nella preparazione dei medicinali; si rivolge all'industria e non al servizio pratico di farmacia, anche se lo influenza indirettamente con le definizioni, la terminologia, e con la garanzia della qualità delle materie prime che il farmacista preparatore utilizza per l'allestimento delle preparazioni galeniche.

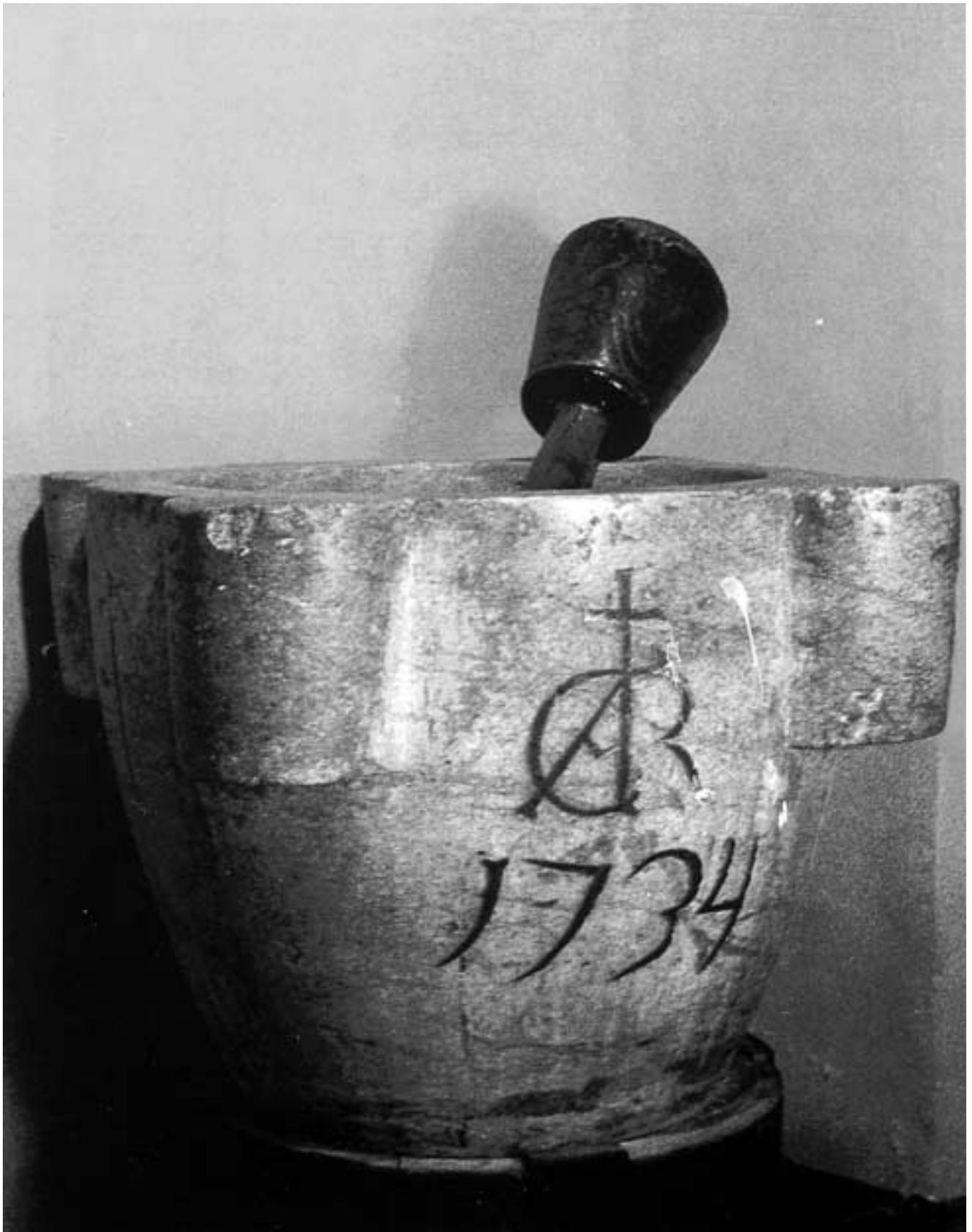
Affinché le norme e le monografie elaborate dalla Commissione Europea e approvate dal Comitato di Sanità pubblica del Consiglio d'Europa diventino norme ufficiali nei singoli Paesi, come detto nella Convenzione, è necessario che queste vengano recepite nelle Farmacopee Nazionali.

La VIII edizione (1971, 1978, 1980, 1981)

La VIII edizione si presentò completamente diversa e innovativa rispetto alla precedente.

A parte la suddivisione in due volumi, le modifiche

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



apportate rispetto alle precedenti edizioni non furono soltanto apparenti e formali, ma rifletterono il profondo cambiamento di questa edizione nell'impostazione e nel confronto con le Farmacopee di altri Paesi.

Fra le molte novità si ricorda l'introduzione del capitolo dedicato alle *Norme di buona fabbricazione e al controllo di qualità dei medicinali* che era una novità mondiale e rifletteva la volontà del Ministero della Sanità di imporre ai produttori l'osservanza di precise norme comportamentali, in previsione degli scambi con l'estero.

Dal 1972 al 1991 i due volumi furono integrati con un III volume dedicato al Formulario Nazionale.

La IX edizione (1985, 1988, 1991)

La IX edizione fu pubblicata nel 1985. Si ritenne opportuno, in questa edizione, ampliare il numero di monografie delle droghe vegetali, pubblicandole in un volume separato.

Con la IX edizione ha termine la serie delle tradizionali Farmacopee Ufficiali Italiane.

La X edizione

La X edizione è stata pubblicata nel 1998; essa è una traduzione letterale dei testi inglesi della Farmacopea Europea.

L' XI edizione

Venerdì 7 giugno 2002, presso l'aula magna dell'Università di Milano, è stata presentata l'undicesima edizione della Farmacopea italiana. Essa è rivolta alle Autorità regolatorie, a chi è coinvolto nel controllo di qualità dei farmaci, ai produttori di medicinali, quindi anche ai farmacisti. Il testo è suddiviso in capitoli generali, monografie di forme farmaceutiche, monografie generali riferite a classi di prodotti, e alle preparazioni omeopatiche. Inoltre, nell'esigenza che l'attività preparatoria avvenga nel rispetto della assicurazione della qualità, sono state definite nuove norme di "Buona Preparazione" dei medicinali in farmacia.

Riprendere in mano i nostri "sacri testi" che portano il segno dei tempi e dello studio deve essere fatto con molto rispetto. Solo così si ricorda la storia e con essa i suoi uomini "illuminati" che si sono prodigati, con fatica e determinazione, a soggiogare la terra secondo il disegno del Creatore.

Bibliografia:

E. Cingolani "La Farmacopea Ufficiale italiana XI edizione"

Glossario:

Medicinale: sostanza o composizione presentata come avente proprietà curative o profilattiche delle malattie umane o animali, nonché ogni sostanza o composizione da somministrare all'uomo o all'animale allo scopo di stabilire una diagnosi medica o di ripristinare, correggere o modificare funzioni organiche dell'uomo o dell'animale.

Specialità medicinale: medicinale precedentemente preparato ed immesso in commercio con una denominazione speciale e in confezione particolare.

Forma farmaceutica: forma somministrabile di un medicinale (compressa, supposta, fiala...)

Principio attivo: molecola o molecole dotate di attività terapeutica presenti nella forma farmaceutica.

Eccipiente: sostanza senza valore terapeutico che si associa al principio attivo per renderlo idoneo alla somministrazione o per conferirgli particolari caratteristiche farmacocinetiche (compresse gastroresistenti, forme ritardo...)

Formula magistrale: medicinale preparato in farmacia in base a una prescrizione medica destinata ad un particolare paziente.

Formula officinale: medicinale preparato in farmacia in base alle indicazioni di una farmacopea e destinato ad essere fornito direttamente ai clienti della stessa.

Tempi lontani. Il trapianto come sogno irraggiungibile, come traguardo di una ricerca lunghissima e di interminabile sperimentazione molto spesso conclusasi col sacrificio della vita. Oggi non solo in Francia, luogo del racconto, ma in tutti i Paesi evoluti il trapianto renale viene eseguito con ottime probabilità di successo. Ciò non deve indurre a dimenticare quanto è costato arrivarvi e di contro deve, invece, rafforzare l'impegno a una ricerca sempre più intensiva e approfondita.

Jacques

CLAUDIO PONTICELLI

Jacques aveva iniziato a lavorare pochi giorni dopo avere compiuto 16 anni. Qualche mese prima il padre era deceduto lasciando lui e la giovane madre in una situazione di grave indigenza. Dopo una lunga ricerca aveva trovato un lavoro come muratore, o meglio come apprendista. Infatti era del tutto inesperto ed i compagni più anziani gli avevano affidato le mansioni più semplici, preparare la calce, portare i secchi, spostare le travi. Si trovava bene con loro, lo consideravano la loro mascotte e lo vigilavano con attenzione quasi paterna. Durante i brevi intervalli di lavoro ascoltava incantato i loro discorsi. Era il 1950. Parlavano della lotta clandestina contro gli invasori tedeschi, enfatizzando le loro imprese, intercalando il racconto con qualche imprecazione, con lunghi sospiri al ricordo dei compagni caduti. “Dai bevi ragazzo. Il vino fa buon sangue e ti ripara dal freddo”. Quel dicembre era molto rigido. Parigi si preparava al Natale con una vivacità dimenticata da tempo. “Allons copains. Il faut travailler.” Jean Pierre era un gigante sulla cinquantina. Non vi era una gerarchia nel gruppo, ma lui era il capo naturale. Ogni sua parola suonava come un ordine.

Jacques si alzò. Sentiva la testa pesante, forse un effetto del vino. Dalla malferma pensilina a dieci metri d'altezza vedeva i passanti camminare frettolosi. Si avviò dietro i compagni, lo sguardo fisso verso la strada. Fu un attimo. Scivolò su una piccola lastra di ghiaccio, il peso del secchio colmo gli fece perdere completamente l'equilibrio. Precipitò nel vuoto con un grido. Un tonfo impressionante, la gente che si accalcava attorno al giovane rantolante, i compagni che dall'alto lo fissavano ammutoliti, quasi si sentissero responsabili della disgrazia.

Un signore con una borsa a soffietto si fece largo tra la piccola folla “Sono un medico! Lasciatemi visitare

il ragazzo!” Pochi attimi, un'espressione preoccupata “Presto un'ambulanza. Sta morendo dissanguato! Ha un'emorragia interna!”

Un'ora dopo Jacques era in camera operatoria. Il professor V. era un grande chirurgo ed un eccellente diagnosta. Aveva fatto diagnosi sui soli dati clinici. Allora non vi erano ecografia, TAC, risonanza magnetica. “Rottura del rene destro” aveva sentenziato. Era andato deciso sul rene eseguendo una lombotomia rapida e precisa. Il rene era quasi diviso in due da una frattura profonda. Buttava sangue in quantità impressionante. Senza la decina di trasfusioni che gli erano state praticate il giovane sarebbe già morto. Non restava che rimuovere il rene. La nefrectomia fu eseguita in modo esemplare, con calma e rapidità sotto lo sguardo ammirato dei collaboratori.

Il professore si rialzò soddisfatto, togliendosi la mascherina, sfilandosi i guanti, mentre i suoi assistenti procedevano a chiudere la ferita.

Fuori dalla sala operatoria sorrise alla madre che lo interrogava angosciata.

“Signora, suo figlio è salvo. Stava per morire dissanguato ma la sola fonte di emorragia era il rene destro. Ho dovuto levarlo... ma non si preoccupi. Il buon Dio ci ha provveduto di due reni ed uno solo è più che sufficiente per condurre una vita normale fino alla vecchiaia.”

Con un singhiozzo liberatorio la donna gli afferrò le mani baciandole: “Grazie signor professore. Che Dio la benedica, che benedica tutti voi medici e infermieri. Tutti, tutti. Grazie, grazie...” Scoppiò in un pianto dirotto. Jacques il suo Jacques era salvo!

Nel reparto di degenza era subentrata una grande agitazione. Medici ed infermieri si alternavano attorno al letto del giovane. “Neanche una goccia” mormorò un

assistente guardando il sacchetto collegato al catetere vescicale desolatamente vuoto. Erano passate dieci ore dall'intervento e non aveva urinato neppure una goccia. Telefonò al primario "L'azotemia continua a salire, per ora il potassio tiene ma se non si sblocca entro 48 ore lo perdiamo. Deve essere un rene da choc, probabilmente l'emorragia..." Il primario brontolò qualcosa "Se è così possiamo solo sperare che si sblocchi spontaneamente. Non esagerate con i liquidi, ormai le perdite idriche dovrebbero essere compensate. Non vorrei mandarlo in uno stato di iperidratazione". Un'idea gli frullò per la testa "Forse anche l'altro rene ha sanguinato ed un coagulo può avere ostruito l'uretere. Provate a mandare un cateterino su per l'uretere". L'assistente ripose la cornetta. Era una possibilità, come non averci pensato? Avrebbe guardato in vescica col cistoscopio, individuato lo sbocco ureterale, spinto un sottilissimo catetere fino al bacinetto renale per sbloccare la via urinaria dai coaguli. "Porc..." Chino sul cistoscopio da oltre mezz'ora, uscì in una bestemmia sconsolata. Non esisteva alcuno sbocco ureterale sinistro. Quel ragazzo era nato con un solo rene! L'intervento del prof. V. l'aveva salvato da morte certa per emorragia, ma l'aveva condannato ad una morte altrettanto certa per insufficienza renale.

Ritelefonò al prof. V. esponendogli la situazione. Gli rispose un lungo silenzio poi con voce triste, disillusa, il professore disse quasi a se stesso: "Chiamerò il mio amico Jean H., è un grande clinico ed ha appena aperto un reparto dedicato alle malattie renali. Se esiste qualche possibilità di salvare quel povero ragazzo lui ce la indicherà..."

Dopo aver visitato Jacques, i due professori convocarono la madre ed il suo medico di fiducia. H. le spiegò la situazione con parole semplici, col tono triste di chi assiste impotente alla sicura morte di un giovane di 16 anni. "Il rene artificiale?"... Il medico di famiglia azzardò la domanda. H. scosse la testa. "Il prof. Kolff ha ottenuto qualche risultato nell'insufficienza renale acuta irreversibile. Ma l'apparecchio è complesso e per utilizzarlo bisogna preparare chirurgicamente un'arteria e una grossa vena che non possono venire poi riutilizzate. Nel migliore dei casi possono essere utilizzate 10 dialisi, poi non ci sono più vasi sanguigni disponibili" (n.d.a.: Solo 11 anni più tardi il gruppo del dr. Scribner a Seattle dimostrava la possibilità di eseguire dialisi ripetute per anni, attraverso la realizzazione all'avambraccio di uno shunt in teflon-silastic che

veniva collegato ai circuiti di dialisi e poi ricomposto). La madre si alzò pallidissima, la voce tremante: "Mio figlio è tutto ciò che mi rimane. Prendete un mio rene e attaccatelo al ragazzo!" Aveva un'espressione determinata, fermissima. Il prof. H. sospirò: "Signora, lei ci sta chiedendo di eseguire un trapianto. Tecnicamente è fattibile, lo abbiamo eseguito più volte nell'animale. Sappiamo come collegare i grandi vasi sanguigni renali ad un'arteria e ad una vena iliaca, sappiamo congiungere l'uretere del donatore alla vescica del ricevente. Ma..." Ebbe una lunga pausa "Tutti gli animali in cui abbiamo eseguito un trapianto sono morti entro pochi giorni. Il rene trapiantato viene attaccato da linfociti, un gruppo particolare di globuli bianchi, che infiltra il rene e distrugge i tubuli, i glomeruli, i vasi sanguigni. Noi chiamiamo rigetto questo complesso di reazioni. Di fatto l'organismo ospite rifiuta di accettare un organo estraneo, lo distrugge". La madre lo fissò quasi con ferocia. Per quanto il professore avesse usato parole semplici, non capiva o non voleva capire. "Professore, quante probabilità di sopravvivenza ha mio figlio?" L'uomo scosse tristemente il capo "Nessuna" ... "Quante probabilità ha che il mio rene possa ridargli la vita?" "Non lo so, ma direi quasi nessuna". "Quasi" la donna sottolineò con enfasi quell'avverbo sfuggito al professore, "Allora tentiamo! Non lascerò morire mio figlio senza aver tentato l'impossibile". "Signora, non è possibile. È un esperimento mai riuscito... Io non voglio che lei sacrifichi un rene per nulla"... "Nulla? Mio figlio è nulla? Lui è TUTTO! Darei tutti e due i reni, il mio cuore, la mia anima per farlo sopravvivere. Professore, io voglio che facciate il... il... "trapianto" suggerì il medico curante.

Seguì un lungo silenzio. "Lei conosce il suo gruppo sanguigno?". "A *positivo*, come quello di Jacques". Il prof. H. ripulì gli occhiali bofonchiando con V. una serie di termini tecnici "È probabile che ci sia una buona compatibilità...Almeno metà del patrimonio genetico del ragazzo gli è stato trasmesso dalla madre. Poi nell'ultimo allotrapianto murino abbiamo ottenuto un ritardo nella comparsa del rigetto, irradiando il ricevente".

I due discussero a lungo approfondendosi in una serie di considerazioni che ormai neppure il medico curante riusciva a seguire. Infine il prof. H. si alzò fissando negli occhi la madre trepidante "Madame, per l'ultima volta la scongiuro. Rinunci alla sua nobile offerta... è

una pazzia!” Lei ebbe un triste sorriso “Monsieur, se aveste un figlio nelle condizioni del mio, cosa fareste?”... “È una pazzia” borbottò il prof. H. “Ma avete ragione, darei anch’io il mio rene”... “Signori, ci proveremo... Che Dio ci assista”.

Fu un lungo intervento. Mentre nella camera operatoria vicina un’équipe isolava i vasi iliaci del ricevente, un altro gruppo di chirurghi prelevava il rene sinistro alla madre, lo perforava con uno speciale liquido refrigerato in modo che il metabolismo delle sue cellule fosse rallentato conservandone la vitalità.

Allora si passò al trapianto. In un silenzio assoluto il professor V. procedette alle anastomosi vascolari, prima la vena renale poi l’arteria.

“Declampiamo...” Gli occhi degli operatori erano fissi sul rene grigiastro, freddo. Fu rimossa la pinza che ocludeva l’arteria renale. In pochi attimi il rene divenne roseo, poi di un bel rosso. Dall’uretere ancora penzolante cominciò ad uscire qualche goccia color giallo oro. “Dio santo, funziona! FUNZIONA!”... Una serie di esclamazioni di gioia, di sorpresa riempì la sala. Chiaramente emozionato il prof. V. richiamò all’ordine i suoi collaboratori. “Signori, l’intervento non è finito” Anastomizzò l’arteria alla vescica in un’atmosfera elettrica, euforica. Chiuse la ferita. Dal catetere vescicale usciva urina in abbondanza.

Baciò sulla fronte il ragazzo ancora addormentato.

Li avevano messi in due letti vicini, madre e figlio.

I giorni passavano e Jacques migliorava in continuazione. Ormai i suoi dati di funzione renale erano normali, mangiava con appetito, insisteva per alzarsi, per camminare. Il suo recupero sbalordiva i medici, era ancora più rapido di quello della madre. Ogni giorno gli irradiavano il rene per distruggere i linfociti, una sottopopolazione di globuli bianchi che poteva aggredire le cellule estranee. Il prof. H. seguiva amorevolmente il ragazzo, controllando due volte al giorno i parametri generali e renali. Ormai erano passati 7 giorni. Il miracolo stava realizzandosi! Il giorno dopo arrivò all’ospedale di buon’ora. Era allegro, tranquillo. Come ormai d’abitudine andò da Jacques. Il giovane appariva inquieto, prostrato. “Ha avuto 39 di febbre e una riduzione della diuresi” spiegò l’assistente con voce preoccupata, “Nessun segno d’infezione?” L’assistente scosse la testa. Il prof. H. si chinò sul paziente. Tastò il rene. Era gonfio, dolente alla palpazione. “Non preoccuparti, Jacques, aumenteremo la

dose di radiazioni”. Ma dentro di sé sentiva montare una rabbiosa disperazione. L’organismo del giovane stava mandando una violentissima reazione contro quel rene che non riconosceva come suo. Le cellule del sistema immunitario si lanciavano messaggi attraverso mediatori chimici organizzando un esercizio di anticorpi diretti in modo specifico contro gli antigeni estranei. Era il rigetto, il rifiuto del sistema immunitario di accettare tessuti che non riconosceva come suoi. Il calvario di Jacques fu breve.

Il rene smise di produrre urina, le condizioni del giovane peggiorarono, i valori di azotemia, di potassiemia, di creatininemia salivano. Il paziente era tormentato da scosse muscolari, da respiro stertoroso, da convulsioni improvvise. Morì pochi giorni dopo.

Questa, un po’ romanzata, un po’ basata su ricordi lontani, è la storia che mi raccontò una anziana infermiera quando nel 1967 mi recai a Parigi per un periodo di studio sul trapianto renale.

È una storia triste, apparentemente disperata. Ma da quella tragica esperienza il gruppo del prof. Hamburger seppe trarre nuovi stimoli, una più forte volontà di superare quella che alla maggior parte dei clinici e degli scienziati appariva come una barriera insormontabile: la risposta immunologica di rigetto con cui il nostro organismo distrugge i tessuti, le cellule, le strutture che gli sono estranee.

Oggi, il trapianto renale rappresenta la terapia di scelta per i pazienti con insufficienza renale avanzata. Al successo e alla diffusione del trapianto in Italia ha molto contribuito l’Ospedale Maggiore di Milano in tutte le sue componenti. Dal 1969 ad oggi sono stati eseguiti oltre duemila trapianti renali. Certo non tutto è stato risolto. Rimangono ancora molti problemi da superare per ottenere una sopravvivenza dell’organo trapiantato ancora più lunga, per evitare gli effetti collaterali della terapia immunosoppressiva necessaria per prevenire il rigetto. Soprattutto vi è una terribile carenza di organi da trapiantare. Tuttavia i risultati del trapianto renale sono migliori rispetto alla dialisi per quanto riguarda la qualità di vita, la riabilitazione sociale e familiare e la stessa attesa di vita. La lunga strada verso questi risultati è stata costellata da dolorosi insuccessi e da speranze deluse. Ma è anche stata caratterizzata da enormi sacrifici, scelte responsabili ed atteggiamenti eroici di pazienti, familiari, e medici cui ho cercato con questo breve racconto di rappresentare un esempio.

La Fondazione Bianchi Bonomi e il Centro Emofilia e Trombosi dell'Ospedale Maggiore venticinque anni insieme

PIER MANNUCCIO MANNUCCI

Nel 1971 la famiglia Bianchi Bonomi decise di costituire una Fondazione per onorare il padre Angelo attraverso la creazione di un ente di utilità sociale per aiutare la ricerca scientifica sull'emofilia, le malattie ereditarie della coagulazione del sangue e la trombosi. La Fondazione venne dotata di un patrimonio immobiliare ed ottenne personalità giuridica in data 22 giugno 1977. Ricorre quindi quest'anno il 25° anniversario della sua istituzione. La principale attività della Fondazione è consistita e consiste nel sostenere il Centro Emofilia e Trombosi Angelo Bianchi Bonomi, riconosciuto dall'Ospedale Policlinico e dall'Università degli Studi di Milano e sito in via Pace 9. Tale attività si esplica nell'erogazione di borse e premi di studio per giovani ricercatori italiani e stranieri, strutturazione di laboratori ed ambulatori e dotazione di apparecchiature scientifiche.

Con i contributi della Fondazione, dell'Ospedale Maggiore Policlinico, dell'Università di Milano e di vari enti scientifici italiani ed esteri (National Institutes of Health USA, European Union Biomed, Fondazione Italo Monzino, Fondazione Luigi Villa), il Centro ha ottenuto significativi risultati assistenziali e scientifici nel campo delle malattie della coagulazione del sangue, sia quelle emorragiche da difetto di coagulazione che quelle trombotiche da eccesso di coagulazione. Centro di Riferimento della Regione Lombardia, Centro collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di Ginevra e della Federazione Mondiale dell'Emofilia di Montreal, assiste regolarmente più di 3000 pazienti con malattie emorragiche e trombotiche, con diagnosi e terapia in regime ambulatoriale, di day-hospital e di ricovero ospedaliero. Sono più di 700 le pubblicazioni del Centro sui maggiori giornali scientifici internazionali di medicina interna e di ematologia, fra cui Lancet, New England Journal

of Medicine, Annals of Internal Medicine e Blood. Fra le scoperte più innovative e di ricaduta clinica dei ricercatori e clinici del Centro ricordiamo l'individuazione di un farmaco antiemofilico sintetico, la desmopressina (DDAVP), che negli anni '80 ha permesso a molti pazienti italiani di essere risparmiati dalle infezioni epatiche e dal virus dell'AIDS¹⁻²; la prima sperimentazione nell'individuo normale e anti-HIV sieropositivo del vaccino anti-TAT contro l'AIDS, attualmente in corso³; la scoperta di nuovi fattori genetici causali di trombosi venosa ed embolia polmonare, che permettono di individuare gli individui a rischio e di effettuare un'adeguata profilassi primaria in occasione di interventi chirurgici, durante la gravidanza e il puerperio e nei voli aerei di lunga durata⁴⁻⁹; l'individuazione di nuove diagnosi e terapie nel campo delle malattie rare della coagulazione¹⁰⁻¹².

Recentemente il Centro Angelo Bianchi Bonomi ha ricevuto contributi finanziari dai National Institutes of Health per ricerche sulla desmopressina; dall'Unione Europea (Biomed) per lo studio delle più idonee terapie nella malattia di von Willebrand o angioemofilia e per l'esecuzione della diagnosi genetica nei pazienti con questi difetti; dalla Fondazione Cariplo e dalla Fondazione Italo Monzino per lo studio delle malattie rare della coagulazione; nonché dal Ministero della Salute, nell'ambito della ricerca corrente e della ricerca finalizzata dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Ospedale Maggiore Policlinico, la fonte più importante di finanziamento.

Quindi, dopo 25 anni dalla sua istituzione, il Centro si è affermato fra i primi in Italia e nel mondo in questo settore della medicina clinica e di laboratorio. Il gesto generoso della famiglia Bianchi Bonomi è evidenziato e riconosciuto di fronte alla comunità scientifica dal prodotto migliore del Centro, le

pubblicazioni scientifiche. Come l'Ariosto nel primo canto di *Orlando Furioso*, i miei collaboratori ed io diciamo alla famiglia Bianchi Bonomi:

*“Quel ch'io vi debbo, posso di parole
pagare in parte e d'opera d'inchiostro;
né che poco io vi dia da imputar sono,
che quanto io posso dar, tutto vi dono”*

Bibliografia:

- 1 - Mannucci PM, Ruggeri ZM, Pareti FI, et al. *l-deamino-8-D-arginine vasopressin: a new pharmacological approach to the management of haemophilia and von Willebrand's disease*. Lancet 1: 969, 1977.
- 2 - Mannucci PM, Ghirardini A. *Desmopressin: twenty years after*. Thrombosis and Haemostasis 78: 958, 1997 (letter).
- 3 - Gringeri A, Santagostino E, Muça Perja M, et al. *TAT toxoid as a component of a preventive vaccine in seronegative subjects*. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 20 : 371-5, 1999.
- 4 - Martinelli I, Sacchi E, Landi G, et al. *High risk of cerebral vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives*. New England Journal of Medicine 338: 1793-1797, 1998.
- 5 - Martinelli I, Mannucci PM, De Stefano V, et al. *Different risks of thrombosis in four coagulation defects associated with inherited thrombophilia. A study of 150 families*. Blood 92: 2353-2358, 1998.
- 6 - Cattaneo M, Baglietto L, Zighetti ML, et al. *Tamoxifen reduces plasma homocysteine levels in healthy women*. British Journal of Cancer 77: 2264-2266, 1998.
- 7 - De Stefano V, Martinelli I, Mannucci PM, et al. *The risk of recurrent deep venous thrombosis among heterozygous carriers of both factor V Leiden and the G20210A prothrombin mutation*. New England Journal of Medicine 341: 801-806, 1999.
- 8 - Ardissino D, Mannucci PM, Merlini PA, et al. *Prothrombotic genetic risk factors in young survivors of myocardial infarction*. Blood 94: 1-7, 1999.
- 9 - Martinelli I, Taioli E, Cetin I, et al. *Mutations in coagulation factors in women with unexplained late fetal loss*. New England Journal of Medicine 343: 1015-1018, 2000.
- 10 - Peyvandi F, Mannucci PM. *Rare coagulation disorders*. Thrombosis and Haemostasis 82: 1207-1214, 1999.
- 11 - Peyvandi F, Carew JA, Perry DJ, et al. *Abnormal secretion and function of recombinant human factor VII as the results of modifications to a calcium binding site caused by a 15-base pai2r insertion in the F7 gene*. Blood 97: 960-965, 2001.
- 12 - Mannucci PM, Tuddenham EDG. *The hemophilias – From royal genes to gene therapy*. New England Journal of Medicine 344: 1773-1779, 2001.

Asterisco

L'irrisolutezza

L'irrisolutezza è una specie di paura che, tenendo l'anima in sospeso fra parecchie azioni che può realizzare, la porta a non eseguirne alcuna: in quanto le concede tempo per scegliere prima di decidere, avrebbe in sé veramente qualcosa di buono; ma quando dura più del necessario, e fa perdere nel deliberare il tempo necessario ad agire, è un gran male. Io la chiamo una specie di paura, benché possa accadere, quando si ha la scelta di parecchie cose in apparenza ugualmente buone, di restare incerti ed irresoluti, pur non provando nessun timore; questa forma d'irrisolutezza, infatti, proviene solo dall'oggetto che ci si presenta, e non da un movimento degli spiriti: perciò non è una passione se non in quanto il timore aumenti l'incertezza per la preoccupazione di sbagliare nella scelta.

Ma questo timore è così abituale e così vivo in taluni che spesso, pur non avendo essi nulla da scegliere, e vedendo una cosa sola da prendere o da lasciare, li inceppa e fa sì che si soffermino inutilmente a cercarne altre; si tratta allora di un eccesso di irrisolutezza proveniente da un troppo vivo desiderio di far bene e da una debolezza dell'intelletto che, privo di nozioni chiare e distinte, si limita a possederne un gran numero di confuse; perciò il rimedio contro questo eccesso è di abituarsi a formulare giudizi certi e determinanti circa le cose che si presentano, convincendosi che si è compiuto il proprio dovere quando si è fatto ciò che si giudicava il meglio, anche se si è giudicato molto male.

RENÉ DESCARTES
(da *Le passioni dell'anima*
in Giovanni Macchia, *I moralisti classici*,
Ed. Garzanti, 1961)

Madonna con Bambino: di maestro campionese della prima metà del secolo XIV. Dalle Raccolte d'Arte dell'Ospedale Maggiore (nella sede amministrativa di via F. Sforza)



Angelo De Gasperis

nel quarantesimo della scomparsa

FAUSTO ROVELLI

Il 18 luglio nell'Aula Magna dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda si è svolta la commemorazione del prof. Angelo De Gasperis che il dipartimento cardiovascolare e la direzione dell'ospedale hanno organizzato in occasione del 40° anniversario della sua morte.

È stata una cerimonia importante, densa di significati per il modo con cui i dirigenti dell'ospedale, i medici, i suoi amici, i suoi allievi hanno voluto ricordarlo, per la grande partecipazione di colleghi, che avevano lavorato con lui o che comunque avevano avuto modo di conoscerlo, per la presenza di malati che hanno voluto testimoniare il loro affetto al grande medico. Gente venuta per lui da ogni parte d'Italia.

Ricordi, pensieri, quante riflessioni sono emerse in quella circostanza!

La medicina attraversa ora un periodo difficile e sotto certi aspetti critico, alla ricerca di nuove identità, di nuovi sistemi organizzativi, di nuovi percorsi, tra umanesimo e sviluppo scientifico e tecnologico, tra diritti sociali, diritti dei cittadini e necessità economiche, problemi etici, questioni amministrative e politiche.

Sembrano soffrirne soprattutto gli ospedali pubblici e le ragioni sono molteplici: i bilanci economici, alcune incertezze di gestione, gli orientamenti politici, oltre allo sviluppo e all'evidente concorrenza del settore privato.

Si è forse anche verificata, nella classe medica e negli operatori sanitari, una crisi di sfiducia o una diminuita attenzione verso certi valori ideali che in altri tempi costituivano la ragione prevalente per l'impegno professionale.

Non ci sono rimpianti, ma certo tutte queste considerazioni, oltre al ricordo dell'uomo e del chirurgo eccezionale, hanno contribuito a dare un particolare significato alla cerimonia di commemorazione di Angelo De Gasperis.

Anche ai tempi di De Gasperis il lavoro in ospedale era molto difficile, duro, soprattutto quando si volevano introdurre cambiamenti nella pratica clinica e

nel modo di lavorare.

Erano gli anni dopo la guerra e il confronto con la situazione degli ospedali d'Oltre Alpe e soprattutto con le strutture sanitarie del Nord-America era per noi disarmante e lo era soprattutto per la cardiologia e per la cardiocirurgia, discipline che avevano avuto un fortissimo impulso con lo sviluppo, proprio in quegli anni, di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche.

Il nostro Paese usciva da una guerra disastrosa e ci trovavamo con strutture ormai vecchie, con apparecchiature non più idonee. Soprattutto le istituzioni erano inadeguate ad un mondo della sanità che con l'avvento delle nuove tecnologie e dei nuovi sistemi di lavoro aveva cominciato a rinnovarsi con un ritmo sempre più accelerato.

Gli ostacoli culturali e materiali per introdurre innovazioni tecnologiche, per organizzare le strutture e il lavoro di gruppo secondo i modelli già in atto all'estero, sembravano insormontabili.

Il riconoscimento delle specializzazioni mediche e chirurgiche emergenti era ostacolato, perché si riteneva che tutte le attività mediche dovessero svolgersi nell'ambito della "medicina o della chirurgia generale", vincolando ogni innovazione terapeutica e quindi l'organizzazione stessa dei reparti ospedalieri.

Le specializzazioni erano contrastate e venivano talvolta considerate un sistema per togliere potere alle grandi "baronie" della medicina e della chirurgia.

Questo era il contesto storico, universitario ed ospedaliero, in cui si era trovato Angelo De Gasperis.

Angelo De Gasperis era nato a Maggiora (Novara) nel 1910; svolse gli studi universitari a Torino e dopo la laurea prestò servizio militare come ufficiale medico in Marina, durante la guerra.

Dopo il 1945 si stabilì a Milano e con regolare concorso entrò a fare parte della clinica chirurgica della Università di Milano, al padiglione Zonda.

Angelo De Gasperis era un uomo che affrontava tutti i problemi con impegno e con intelligenza. Frequentò i più prestigiosi centri internazionali, Stoccolma, Parigi,

Londra, Baltimora, Minneapolis e cercò di introdurre le nuove tecniche nel suo reparto d'ospedale, al Policlinico di Milano.

Il cammino non fu facile, emersero contrasti per problemi di competenze, di gerarchia o comunque legati alla anzianità di alcuni colleghi.

Nel 1948 De Gasperis fu accolto alla divisione di chirurgia generale dell'ospedale di Niguarda di cui era primario il prof. Franco Nereo Rossi, con il chiaro intento di dare l'avvio allo sviluppo della chirurgia cardiaca e toracica.

Non era impresa facile, con nuove apparecchiature, con nuovi strumenti, ma soprattutto con la necessità di introdurre nuovi comportamenti nel modo di intendere l'attività assistenziale.

Riorganizzò il lavoro in sala operatoria. Fu sempre De Gasperis ad attuare nella pratica clinica l'anestesia con intubazione orotracheale per il controllo della respirazione in corso di chirurgia toracica e ad organizzare la rianimazione e l'assistenza intensiva post-operatoria.

Si occupò personalmente del servizio di fisioterapia respiratoria, secondo criteri del tutto innovativi; pretese e fece venire in Ospedale personale specializzato scandinavo e francese.

Si allestì inoltre un laboratorio per la sperimentazione sugli animali e per la verifica di alcune tecniche chirurgiche.

La sua capacità di organizzare il lavoro di équipe si rivelò formidabile. Sapeva coinvolgere nei problemi e responsabilizzare nel lavoro medici, infermieri, ausiliari, tecnici, tutto il personale.

Non vi erano problemi di orari o di fatica, vi erano le necessità degli ammalati, la voglia di lavorare, il desiderio di colmare un gap che nel campo dell'assistenza allora era spaventoso.

A quell'epoca io ero un giovane medico: ebbi da lui ogni appoggio. Si promossero tecniche cardiologiche, i primi cateterismi cardiaci, le prime angiocardioografie, con apparecchiature che in qualche caso venivano fatte nella officina dell'ospedale, con la partecipazione attiva dei nostri tecnici e dei nostri operai.

Furono anni di incredibile operosità, di vera passione. Il primo intervento per cardiopatia congenita fu nell'ottobre 1950 su una bambina di pochi anni con tetralogia di Fallot, il "morbo blu".

Gli interventi, dapprima settimanali perché ogni ope-

razione era un fatto straordinario e richiedeva una preparazione particolare, divennero poi sempre più frequenti, finché per rispondere ad una domanda pressante, fu necessario organizzare e istituire un reparto autonomo di chirurgia toracica dove si potevano eseguire più interventi al giorno e dove si attuarono per la prima volta in Italia tecniche allora ritenute eccezionali, quali la circolazione extra corporea (1956), l'ipotermia moderata e poi l'ipotermia profonda (1960).

Questa dell'ipotermia profonda per operare malformazioni complesse a cuore fermo, esangue, fu una esperienza molto importante e certamente contribuì a fare di De Gasperis uno degli uomini di punta della cardiocirurgia mondiale.

De Gasperis era già ammalato, quando programmò e ottenne dalla Amministrazione dell'Ospedale l'ampliamento del reparto, con nuovi spazi per i servizi, per le sale operatorie, per un efficiente centro cardiologico, già intravedendo i problemi che si sarebbero dovuti affrontare per le emergenze nelle malattie di cuore.

Morì il 18 luglio 1962; troppo presto per lui, per la sua famiglia, per i suoi malati, per il suo Ospedale.

La sua opera continuò e il suo insegnamento rimase vivo.

Tutti quelli che lavorarono con lui ricordano la sua figura, il suo fascino, il suo atteggiamento deciso, lo sguardo acuto, intelligente e soprattutto critico. Il suo carattere era forte, qualche volta duro; non avrebbe altrimenti potuto superare le difficoltà che nella vita aveva incontrato. Accanto ai momenti di durezza aveva manifestazioni di profonda commovente sensibilità umana.

Ebbe quattro figli: l'ultima, Silvia, quando egli morì aveva poco più di 2 anni. Aveva per la moglie e per i figli un affetto profondo.

Lasciò il ricordo della sua operosità, di un modo di lavorare senza risparmio, sempre proteso a perfezionare le proprie tecniche e a migliorare i risultati. Allora si diceva "spirito pionieristico". Vuol dire amore al lavoro, amore per l'opera.

Questo è l'uomo a cui si intitola il Centro Cardiologico e Cardiocirurgico dell'Ospedale Ca' Granda di Milano Niguarda.

Sono passati 40 anni e il suo esempio è ancora vivo.

Cent'anni fa nasceva don Carlo Gnocchi

GIORGIO COSMACINI

In significativa concomitanza, la celebrazione del centenario della nascita – a San Colombano al Lambro il 25 ottobre 1902 – di don Carlo Gnocchi è congiunta alla recente pubblicazione del Libro *Don Carlo Gnocchi* (Mondadori 2002), saggio biografico sul “papà dei mutilatini” scritto da Giorgio Rumi, professore ordinario di storia contemporanea nell’Università degli Studi di Milano, e da Edoardo Bressan, professore associato nell’insegnamento della disciplina nel medesimo ateneo.

Dire di don Carlo Gnocchi, per chi scrive queste pagine, è motivo di triplice coinvolgimento: di storico, di medico, di antico ragazzo che più di sessant’anni fa conobbe personalmente don Carlo... “Don Carlo!”. Oso chiamarlo così, come quando avevo dieci anni. Egli, giovane prete, aveva tratto da un’esperienza in parrocchia l’ispirazione a dare un primo senso compiuto al proprio sacerdozio: “stare con i ragazzi”. Ragazzi erano gli studenti affidati alle sue cure spirituali nel milanese Istituto Gonzaga, retto dai Fratelli delle Scuole Cristiane. Fra quei ragazzi c’era mio fratello Aldo, che “faceva il liceo”, e c’ero io, che “facevo le elementari”. In quel primo venerdì del mese di marzo del 1939 don Carlo era venuto a casa mia a portarmi la Comunione, onde evitare che, essendo io affetto da una riacutizzazione febbrile della mia cronica angina tonsillare, la malattia in corso mi facesse perdere l’indulgenza cui dava diritto l’Eucaristia praticata per nove consecutivi primi venerdì del mese.

Don Carlo mi aveva da poco comunicato quando nella mia stanza irruppe, ignaro della presenza del prete, il nostro medico di famiglia, il dottor Sebastiano Luca Bellinato, che era un vero e proprio “mangiapreti”, in più molto critico del regime politico dominante e della educazione infantile basata sul binomio “libro e moschetto”.

Con il suo solito piglio esordì: “Come sta il mio balilla? E cos’altro ti hanno insegnato i prr...eti?”.

L’ultima parola gli morì quasi sulle labbra, mentre sul suo viso si disegnava un palese imbarazzo. Invano mia madre tentò di stemperare l’atmosfera nel rito delle presentazioni: “Il dottor Sebastiano Luca Bellinato ... don Carlo Gnocchi”.

Fu quest’ultimo a uscir fuori per primo da quel gelo: “San Sebastiano proteggeva gli infermi e San Luca era medico”. “Ma io sono un medico tutt’altro che santo”, ribattè con prontezza il dottore. “La santità-si limitò a replicare sempre sorridendo don Carlo-non è richiesta alla sua professione; ma la *religio medici*, sì”.

Il dottor Bellinato restò per un momento senza parola. Ma subito ripartì argomentando: “La ringrazio per la citazione. Se ben ricordo *Religio medici* è il titolo di un libro di Thomas Browne, medico londinese vissuto al tempo di Cromwell. Browne distingueva tra “religione” e “religiosità”, sostenendo che dove c’era vera religiosità non c’era posto per lotte di religione. Proprio la religiosità del medico, facendo di quest’ultimo il curante di ogni uomo-ricco o povero, credente o miscredente che fosse-era l’esempio di quello spirito di tolleranza universale che permetteva di vedere in ogni uomo-a prescindere dal suo censo e dal suo credo-un proprio simile, come aveva insegnato Gesù Cristo, o un proprio eguale, come avrebbe insegnato Carlo Marx”.

Questa volta fu don Carlo a restare senza parola, per un attimo. Poi, sempre sorridendo, riprese: “Se non sbaglio fu proprio colui che lei ha citato per ultimo a riconoscere a colui che ha citato per penultimo il merito e il primato di aver predicato e praticato la redenzione degli infelici...”

“... e degli oppressi”, l’interruppe il dottore, mentre sul viso gli si stampava un sorriso largo, proprio di chi capiva di aver trovato un valido contendente, ma anche un interlocutore sintonizzato sulla sua stessa lunghezza d’onda.

“È come dice lei”, soggiunse. “Medici e preti non possono che stare dalla stessa parte. L’aver cura dei malati, malati fisici o morali che siano, non è che un caso particolare dell’aver a cuore la sorte dei diseredati. Questa è la loro comune *religio*”.

Nel dir ciò la grande mano del medico si era abbattuta su quella di don Carlo stringendola con calore. Il gelo di prima si era sciolto, con grande sollievo di mia madre. Lo scambio d’idee-se ben ricordo-finì lì, in un clima che mi parve di reciproca simpatia.

L’episodio descritto, con quel che precede e quel che segue (di cui faccio grazia al lettore), è apparso degno di figurare tra gli “scritti e ricordi” che la rivista *Missione Uomo*, periodico della Fondazione Don Carlo Gnocchi-ONLUS, ha pubblicato nel “numero speciale”, aperto dall’editoriale del cardinale Carlo Maria Martini e dedicato alle iniziative del Centenario.

Ma chi scrive unisce al ricordo d’infanzia la sua riflessione di storico e di medico. Dopo gli anni del Gonzaga, don Carlo, consapevole che “ragazzi” cresciuti e ancora più bisognosi di cure erano quelli che, vestiti da alpini, “andavano in Albania e in Russia”, vestì a sua volta la divisa di cappellano militare e li seguì. Nella piana del Don visse la tragica ritirata della Divisione Tridentina.

Reduce da quell’esperienza traumatica, don Carlo trovò nella realtà umana dell’immediato dopoguerra il secondo motivo ispiratore della sua vocazione: “vivere la carità”. La carità fu dapprima quella rivolta verso le vittime dei bombardamenti aerei, i “sinistrati”, gli orfani di guerra. Poi gli portarono un “mutilatino”. E allora la maggior opera di carità ebbe contorni più precisi: divenne quella di “dare un senso al dolore”.

Ha scritto Giorgio Rumi: “È la situazione post-bellica a dettare le sue ragioni e a quest’appello don Gnocchi non si sottrae. Fa come padre Felice Casati quando la peste del 1630 vede fuggire le autorità ed evidenzia l’inettitudine del potere civile. Quali che siano i pensieri e le chiamate ultime, il dolore del prossimo impone l’intervento [...]. Chi è prossimo, chi sono gli ultimi in questo scorcio di dopoguerra? È l’infanzia che rimane vittima del conflitto testé chiuso, sono i mutilatini che i residuati bellici sparsi sul territorio nazionale-percorso dalla Sicilia alle Alpi da eserciti stranieri-feriscono e colpiscono con

danni difficilmente riparabili”.

Come porvi riparo? Nell’Istituto dei Grandi Invalidi di Arosio, di cui è direttore, nacque il progetto, realizzato, della Federazione Pro Infanzia Mutilata e, nel 1952, della Fondazione Pro Juventute (oggi Fondazione don Carlo Gnocchi-ONLUS). È un grandioso progetto di *restaurazione della persona umana*, come scrive egli stesso, di ricostruzione dell’uomo intorno ai propri bisogni. Sono i tanti bisogni dettati dalla “salute residua” dei piccoli mutilati e poi dei bambini motulesi sopravvissuti alla fase acuta della poliomielite, la malattia che falcidiava l’infanzia in epoca pre-vaccinica.

Dare un senso al dolore stando vicino ai ragazzi che soffrono. Don Carlo non è medico, non è pediatra; ma da curante vero del corpo e dell’anima sa che chi combatte una malattia può vincere o perdere, ma chi assiste con amore di carità un malato, un bambino, vince sempre. Egli è un vincitore anche perché, come ha sottolineato Edoardo Bressan, egli sa rapportarsi al dolore per averlo provato egli stesso: a cinque anni ha perduto il padre, a sette e a tredici i due unici fratelli, bambini; durante la ritirata di Russia ha sperimentato “lo strazio di lasciare indietro i feriti intrasportabili o coloro che semplicemente non ce la facevano più”; e infine si è identificato nel *dolore innocente*.

Chi scrive ricorda di lui l’aspetto magro e pallido, il dolce sorriso, la parola affabile; ricorda, nel 1944, la ferma consapevolezza, come ha sottolineato ancora Bressan, della “necessità di organizzare forme di aiuto per i perseguitati politici e razziali, a due passi dalla frontiera svizzera”.

Ma don Carlo Gnocchi sarà ricordato per ben altro, per quella che potremmo definire “religiosa e laica santità” legata alla sua opera colossale, educativa e restauratrice: un’opera interrotta in lui dalla morte, a soli 54 anni. Un’opera precorritrice: la donazione delle sue cornee a due ragazzi ciechi inaugurò in Italia l’era dei trapianti d’organo.



Visita e cura ai malati della vista e interventi diversi in un'antica stampa (dalle Civiche Raccolte Bertarelli)

Jean Guilton testimone del tempo

MILENA LERMA

Pubblicato in Francia nel 1987 e tradotto in italiano nel 1991, il testo di Jean Guilton “Silenzio sull’essenziale” viene presentato ora dalle Paoline nella collana “Spiritualità del quotidiano”.

Si tratta di un’opera breve, “chiara e concentrata” come l’Autore stesso la definisce, “una specie di testamento” che riassume il suo pensiero sull’ecumenismo e testimonia la ricerca appassionata sull’essenziale evangelico che ha caratterizzato la sua lunga vita di pensatore cattolico.

Per i meno esperti l’argomento può presentarsi complesso, non solo per la difficoltà di accedere al ragionamento filosofico/teologico sul tema, ma anche per la problematica che tale analisi comporta nel contesto della verità evangelica e dell’apertura ecumenica.

Se in tutti i campi, afferma l’Autore, si fa silenzio sull’essenziale per pudore, per motivi di pace, di educazione, particolarmente arduo è affrontare l’essenziale in ambito religioso per il riemergere di conflitti in materia di fede che, nel tempo, hanno separato i cristiani.

Va detto che l’Autore ha il dono di farsi comprendere anche dai “non sapienti” tanto il suo linguaggio è chiaro e penetrante pur nell’affrontare un soggetto che egli stesso definisce difficile poiché tocca quell’essenziale su cui si tende a tacere in nome dell’apertura conciliare e dell’unità dei fratelli. Ma non si può sempre conservare il silenzio, anche se caritatevole, senza venir meno al dovere della verità.

Per meglio conoscere il pensiero e la figura di questo fecondo scrittore francese che ha attraversato tutto il secolo XX (1901-1999) è di grande interesse la biografia redatta da Jean Jacques Antier “*Jean Guilton. Pensatore e testimone*”, un’opera che le Paoline presentano contemporaneamente al succitato testo di Guilton.

È una biografia che si legge come un romanzo sia

per la scorrevolezza della scrittura che per i riferimenti storici che inquadrano il ritratto di questo singolare personaggio protagonista del suo secolo. Egli è stato professore di filosofia alla Sorbona, Accademico di Francia, amico di papi, di uomini di stato, di illustri pensatori e scienziati del suo tempo; nonché partecipe in prima persona di avvenimenti di grande portata storica come la seconda guerra mondiale, il Concilio Vaticano II; testimone altresì di cambiamenti epocali connessi con le rivoluzioni scientifiche e tecnologiche dell’era nucleare.

Questa biografia ci consente di vedere, come in un film, lo sviluppo della vita sociale e culturale di Jean Guilton e di comprendere, in particolare, l’origine e la crescita della sua vocazione tesa a promuovere l’unità dei cristiani, a connettere il cattolicesimo col pensiero moderno senza svalutarne l’essenza primaria, ad assimilare il progresso scientifico alla fede.

Di grande forza evocativa sono le testimonianze di particolari momenti della vita di questo eccezionale personaggio, dall’adolescenza “protetta” condivisa con coetanei di altro credo religioso al drammatico impatto con la realtà della guerra; dal travaglio per la sopravvivenza materiale in prigionia alla rinascita spirituale quando in campo di concentramento tedesco alleviava la disperazione dei compagni affascinandoli con la filosofia in una sorta di “università della prigionia”; dalla faticosa ripresa della sua opera di intellettuale cattolico nel mutato contesto socio politico della Francia post bellica agli straordinari incontri della sua vita, in primis con i futuri papi Roncalli e Montini da cui si svilupperà, con la semplicità e la forza dello Spirito, l’idea e poi la realizzazione del Concilio Vaticano II.

È noto come Jean Guilton, per la sua competenza di studioso, sia stato “scelto” da Giovanni XXIII a partecipare al Concilio come primo ed unico osservatore laico e successivamente sia stato invitato da

Paolo VI a prendere la parola come filosofo laico e testimone dello sviluppo del pensiero ecumenico con la motivazione, fra l'altro di poter consegnare al Concilio il "germe" originario di questa grande idea.

Per accostarci al pensiero di Guitton sul tema dell'essenziale seguiamo la struttura del suo testo che si divide in due parti.

Nella prima intitolata "Nel conflitto tra carità e verità" l'Autore affronta il tema della verità a tre livelli: nel rapporto con la carità, con la libertà soggettiva e con l'autenticità storica delle testimonianze su Gesù.

Nella nostra società tollerante, egli afferma, il conflitto tra carità e verità non viene risolto con la sola adozione di comportamenti rispettosi nei confronti di chi sostiene un credo diverso o nel mettere tra parentesi ciò che ostacola il dialogo. "L'essenziale è infatti lo spazio occupato da ciò che, in verità, viene temuto". Né la ricerca di "criteri di verità" può essere sostituita dalla ricerca di "criteri di sincerità"; analogamente la verità oggettiva, imposta dall'esterno, non può essere sostituita dalla verità interiore soggettiva, pena la perdita di punti di riferimento oggettivi per dare un giudizio su importanti questioni che dividono le coscienze, come è dato constatare, ad esempio, nei confronti dell'aborto, dell'omosessualità, dell'eutanasia, solo per citare alcuni temi estremamente problematici.

Il dibattito tra libertà e verità, che ha occupato tanta parte del Concilio, ha chiarito ulteriormente la distinzione tra verità oggettiva e soggettiva, tra ciò che è vero per me (verità soggettiva) e ciò che è vero in sé (verità oggettiva).

Per Guitton il cuore del problema sta nella ricerca della verità come vincolo che unisce gli spiriti, malgrado le loro differenze, e non come elemento di divisione.

Il raggiungimento di questo obiettivo assunto dal Concilio per favorire l'unione di quanti credono in Cristo, ha richiesto un adattamento della liturgia alle necessità dei tempi allo scopo di rendere comprensibile ed accessibile a tutti il "sacro" del culto attraverso cambiamenti nel linguaggio e nei rituali. Si coglie in Guitton l'ansia di realizzare cambiamenti utili dal punto di vista ecumenico "per avvicinare le confessioni separate", ma con la giusta

proporzione tra spazio per vivere il "sacramento" e spazio per vivere il mistero del "sacrificio eucaristico". Ragione per cui, se la nuova liturgia rende possibile a tutti la comprensione della parola di Dio, la condizione ottimale per la sua adozione è che la liturgia della parola occupi uno spazio che non vada a scapito del momento sacro dell'eucarestia: cioè che non si dia più importanza alla parola rispetto al sacrificio.

Il Concilio obbliga alla conversione, costringe a passare dall'abitudine delle cose imposte e acriticamente accettate, alla scelta consapevole; dallo stadio religioso infantile a quello adulto.

Circa l'identità storica delle testimonianze su Gesù, l'Autore ha dedicato "sessanta anni" della sua vita di studioso e di uomo di fede all'approfondimento di questo tema; egli non nega l'importanza dell'indagine scientifica, ma teme la tentazione di considerare la scienza "più certa" della fede "che è vera". A suo giudizio la scienza applicata al Vangelo ha spiegato la composizione, la redazione ma non l'essenziale del Vangelo stesso.

Nella diatriba con alcuni esegeti convinti che taluni episodi del Vangelo siano dei "miti" creati per trasmettere più agevolmente al popolo la Rivelazione, Guitton non solo rifiuta questo tipo di esegesi, ma rifiuta anche la dissociazione dell'esegesi al duplice livello di teologi eruditi e di popolo, ovvero di una religione dotta e di una popolare. Con umiltà egli si schiera dalla parte dei "piccoli e dei non sapienti". La seconda parte del testo è dedicata all'essenziale e al dialogo, ovvero ai travagliati tentativi di riunione dei cristiani e di un possibile dialogo interreligioso, tra speranze aperte dal Concilio e difficoltà di realizzazione in tempi brevi.

"Io soffro come di una piaga della separazione tra cristiani" dice l'Autore; ma nel contempo egli sostiene che tale separazione "pur essendo uno scandalo, conserva una sua onorabilità... abbiamo preferito una verità crudele ad una falsa carità, una separazione visibile ad una unione ambigua".

In quale misura il pensiero profondo del cattolicesimo si possa conciliare con quello del protestantesimo rappresenta per Guitton un problema drammatico "dal momento che si tratta di sapere dove si trova la volontà di Dio".

Ci sono tra i due pensieri, quello cattolico e quello

protestante, delle differenze essenziali relative, ad esempio, al rapporto tra grazia e natura, alla definizione dell'atto di fede e del peccato, all'interpretazione del sacerdozio e altre ancora.

L'Autore cerca di conciliare la sua convinzione di essere nella verità con il rispetto per coloro che sono lontani da tale verità, non solo assimilando ciò che dell'altro può contribuire a purificare il proprio pensiero, ma facendo in modo che ciascuna parte "salga più in alto" nella ricerca della verità e che i fratelli si uniscano nella preghiera per l'unità "senza volere né poter sapere quando si farà né come si farà".

Si tratta di una ricerca per progredire nella conoscenza e nell'amore che unisce.

Già negli anni sessanta Jean Guitton, forte delle sue riflessioni di studioso e di osservatore partecipe, giungeva a dare uno sguardo al cattolicesimo del futuro, quello dell'era nucleare, partendo dalla propria ricerca personale e da quella dei pensatori preconciliari per mettere l'intelligenza alla ricerca della fede; ma le sue intuizioni anticipatorie gli avevano fatto correre il rischio di essere interpretato come "modernista", rischio che aveva già coinvolto e ridotto al silenzio i suoi maestri G. Pouget, F. Portal, A. Lagrange.

Anche dopo il Concilio alcuni suoi libri su Gesù e la Vergine erano stati salvati da una messa all'indice grazie all'autorevole ed intelligente intervento dell'amico papa Paolo VI che sorridendo gli diceva: "Le ho risparmiato il rogo!"

Il Concilio aveva esaudito l'ideale di Guitton di vedere i credenti uniti nello sviluppo della fede e nella ricerca di sintesi tra "verità" (caratterizzata da immutabilità) e "varietà" (caratterizzata da cambiamento/adattamento). Egli affermava: "Una dottrina è vera quando riesce a congiungere la varietà e l'incremento, che sono i segni dell' 'esistenza', con la costanza e l'identità, che sono le caratteristiche dell' 'essenza'. "Di lui è stato detto che "ha saputo cogliere il mistero dell'identità nel cambiamento".

Peraltro, avendo vissuto il periodo preconciliare e quello conciliare, Guitton era in grado di prevedere anche le difficoltà del dopo Concilio per la fatica di "cambiare", particolarmente nel passaggio verso un nuovo periodo storico "in cui si prepara per la Chiesa e per l'umanità, una trasformazione senza precedenti".

Partecipe delle profonde modifiche apportate al modo di pensare e di vivere dagli accadimenti sociali, dalla cultura alternativa, dalle innovazioni scientifiche nell'ultima parte del secolo XX, egli avanza l'ipotesi che forse in futuro la storia sarà divisa dagli studiosi in "preatomica" o del "primo fuoco" (dominata dall'uomo e in cui ha avuto inizio la civiltà) e in "atomica" o del "secondo fuoco" (che libera l'energia rinchiusa nella materia).

Secondo Guitton la crisi della verità e la caduta dell'idea di progresso hanno fatto prendere coscienza all'umanità di "essere mortale", e non attraverso un ragionamento ma attraverso i fatti e l'esperienza.

L'Autore si domanda quale sarà l'avvenire del cristianesimo nel mondo futuro, mentre già si profila un "ateismo umano" o "un umanesimo ateo", cioè privo di sacro. Di conseguenza anche l'insegnamento religioso diventerà più difficile poiché il problema del nostro tempo non è tanto di annunciare la buona novella a chi non la conosce, ma di "rievangelizzare" ed arrivare a credere per convinzione e non per abitudine. Pertanto la missione dei laici non sarà quella di istruire gli ignoranti, ma di persuadere un popolo che non crede più.

Tuttavia la sua visione del futuro del cattolicesimo è carica di speranza.

Già nel 1963 Jean Guitton preconizzava il risveglio di un bisogno religioso di una umanità più libera dalle costrizioni sociali. "Ma per ottenere questo risveglio di salvezza occorrerà che la religione venga più intensamente proposta all'intelligenza e che non sembri contraria alla scienza e ai suoi progressi..".

Si tratta quindi di una missione di riconversione che richiede capacità di impegno e di testimonianza da parte di un laicato divenuto adulto.

In conclusione Guitton scioglie un inno alla fede e alla speranza.

"Che cos'è aver fede se non mantenere l'invincibile speranza che oggi o domani, in questo mondo o in un altro, dopo lunghe vicissitudini o in un solo istante, il bene sarà vincitore?". E sente di invidiare i giovani delle nuove generazioni più libere per la possibilità che avranno di impegnarsi in una battaglia decisiva, sicuri di non essere sconfitti. Poiché si dice convinto che il futuro sarà favorevole al cattolicesimo come "religione più adatta a proporsi alle élite come alle masse... un cattolicesimo rin-

giovanito e capace di condurre gli esseri umani dal tempo all'eternità".

Il cammino non è così semplice, come non è semplice sintetizzare il pensiero di Jean Guitton così intenso e rigoroso, così erudito e mistico. Occorre meditare, approfondire con pazienza il tema della verità per ridare voce all'essenziale superando l'ambiguità del silenzio.

La collocazione del testo nella collana "Spiritualità del quotidiano" appare coerente con la necessità vitale per la mente e per il cuore di riservare uno spazio di riflessione per crescere spiritualmente giorno per giorno in un mondo in cui è sempre più difficile essere ottimisti.

Jean Guitton: *Silenzio sull'essenziale. Riflessioni di un pensatore cristiano*. Paoline Editoriale Libri, Milano 2002, pagg. 121 Euro 8,00

Jean Jacques Antier: *Jean Guitton. Pensatore e testimone*. Paoline Editoriale Libri, Milano 2002, pagg. 443 Euro 21,50

Asterisco

La vita come realtà

In difesa di sé, contro i costruttori di sistemi:

la tua vita personale non può avere un senso specifico durevole. Può acquistare un senso derivato solo se inserita in qualcosa che "dura" e subordinata a questo, che ha un "senso" in se stesso. Vale forse quest'ultimo per quello che intendiamo oggettivare quando parliamo della Vita? Può forse la tua vita avere un senso come frammento della Vita?

È forse la Vita? Provacì e vedrai: la Vita come realtà. Ha un "senso" la Vita? Vedi la Vita come realtà e troverai priva di senso la domanda.

"Provare"? Provare osando il salto in una subordinazione *incondizionata*. Osarlo quando sei sfidato, perché solo alla luce della sfida puoi vedere il bivio e sperare di scegliere con chiarezza di volgere le spalle alla tua vita personale, senza il diritto di guardare indietro.

Troverai che "nel modello" sei liberato dal bisogno di vivere "nel gregge".

Troverai che, subordinata alla Vita, la tua vita conserva tutto il suo senso indipendentemente dalla cornice che ricevi per realizzarla.

Troverai che la libertà del continuo commiato, del momentaneo cancellare te stesso, dà alla tua esperienza della realtà una purezza e un'acutezza che sono realizzazione di te stesso.

Troverai che la subordinazione quale atto del volere richiede la sua ripetizione continua e si spezza se, in alcunché, è ancora lecito alla nostra vita individuale di ri-insinuarsi da capo al centro.

DAG HAMMARSKJÖLD
(da *Linea della vita*, Rizzoli, 1967)

Parole e no

GIOVANNA SEMINARA GRASSO

È ottobre, e piove, a Milano. Nel grigio chiarore del mattino, nel silenzio traversato dal ticchettio dell'acqua che cade e dal brontolare intermittente dei tuoni le parole si sono solidificate in lettere, sillabe, spezzoni di frasi; sono "gelate" come nell'invenzione di Rabelais, colorandosi d'azzurro, di nero, d'oro, quasi "perle" o "confetti". Dentro la morsa del freddo boreale hanno preso una forma e hanno perduto il suono. E, per essere ancora intelligibili, aspettano di sciogliersi al calore delle dita dei marinai del racconto.

Forse è per questo che il foglio, aspettandolo, rimane aperto sulla scrivania, "bianco e vuoto come la paura"; o si riempie di ghirigori il cui senso è sparito sotto il gelo dell'apatia e dell'indifferenza o è stato cancellato dallo iato che separa, troppo spesso, il segno scritto e la sua voce dall'intimo significato.

Passiamo come invisibili in un vortice di figure che mimano un sorriso stereotipato e inattendibile, in una fuga di volti deformati dall'ansia di contrabbandare qualcosa per qualcos'altro; in un fiume di suoni disarticolati: sono formali domande di cortesia che suggeriscono risposte rassicuranti e chiudono a qualsiasi scampolo di incontro vero.

Sull'onda montante del "Tutto bene?" "Tutto okay?", che è interrogazione ed, insieme, risposta e congedo, si approda, a sera, ognuno al suo dove, sempre più impolverato d'una separatezza ammutolita. "Penso allo Zero come alla perfezione ed

al nulla" diceva Parise. Ed anche Montale era sedotto dall'essenzialità e dal senso di rarefazione che lo Zero gli suggeriva.

Le parole sono ancora ibernate; sono sagome rigide e colorate; volteggiano afone per aria. E poi...poi avviene un incantesimo e la commozione della memoria le scioglie.

Basta uno sguardo all'indietro per cogliere e recuperare, chissà, la nostra inconsapevolezza e l'innocenza di un altro tempo. Come eravamo diversi, noi tra noi e con gli altri, noi e le cose e i fatti. Ci sentivamo eterni su un rettilineo che, ad un tratto, si nascondeva nella nebbia del futuro e, tuttavia, restava aperto alle mete che inseguivamo. Mentre ora lo abbracciamo tutto, quel rettilineo con lo sguardo della memoria; ed anche il tempo, che pareva così tanto e lungo, è quasi tutto consumato, insieme alle attese ed alle speranze, e quello di tanti dei nostri cari s'è ormai interrotto.

Basta il calore delle emozioni a sciogliere il grumo dell'incomunicabilità. E la forza evocatrice della distanza anima i gabbiani d'una cartolina patinata, restituendoli compagni dell'ora del dolore sulla neve d'un terrazzo d'ospedale a Zurigo. O ci riporta, a ritrovarvi, magari, un senso di vita in ...*"stanze di una casa / lasciata indietro dal tempo. / Odorano d'inverno e d'abbandono, / bisbigliano i rumori del silenzio, / imprigionano l'eco di tante stagioni"*.

Seguendo, così, gli itinerari della commozione, torniamo a rivestire di parole palpitanti la dolorosa percezione del nostro esser soli e, tuttavia, impegnati ad indossa-

re maschere diverse ad ogni ruolo che la vita ci assegna. E possiamo, anche, sostenere la domanda di Ernesto Sabato: *“Ma che maschera noi indossiamo quando crediamo che nessuno, assolutamente nessuno ci osserva, ci sorveglia, ci ascolta, ci implora, ci comanda, ci attacca?”*.

Sì, è grazie al calore della commozione se riusciamo a registrare ed a reggere l'ineludibile trascorrere del tempo, su tutto: uomini e luoghi, vita e morte. Ed è cercando le parole che dicano questa consapevolezza ed il nostro pianto, è così che ritroviamo, con il dolore per i tanti, insostituibili destini perduti, un sentimento di pietas e di condivisione della condizione umana.

Ecco, proprio la parola condivisione esprime uno degli aspetti essenziali e felici della vita; e, forse, condividere la vita, nelle sue lacerazioni, nell'amicizia, nell'amore, può esserne il senso e il dono.

Su questo s'articola una bellissima intervista di Claudio Magris a Sabato, il novantenne scrittore argentino che ha protestato contro la Giunta Militare “non in corteo o in salotto”, ma sacrificando il suo tempo ed il suo scrivere per ricostruire il cammino di tanti desaparecidos.

“Nunca más” aveva titolato il libro del dopo. Ma oggi il suo Paese deve affrontare di nuovo una crisi non solo economica che minaccia drammaticamente la sopravvivenza.

Ed eccolo, Sabato, ancora accanto “agli ultimi della terra che subiscono la storia”; eccolo, ancora impegnato col pudore della

sua grande umanità ad aiutare i ragazzi randagi della sua strada e di Buenos Aires, la sua città.

“Essere uomo tra gli umani / io non so più dolce cosa” dice una poesia di Umberto Saba, ritrovando nello spartito della vita la nota della speranza che conforta. Quella nota che torna a vibrarci dentro quando il nostro ritmo quotidiano viene per caso intercettato dal lento passeggiare insieme di un uomo e di una donna avanti negli anni, dal loro andare come se il tempo non avesse fine. Ci vibra dentro, quella nota, e ci restituisce il sorriso quando gli occhi di un bimbo, misteriosi e profondi come il mare, ci smemorano coinvolgendoci nel gioco duro e necessario del vivere.

Ci ha lasciato il professor Guglielmo Scarlato

NEREO BRESOLIN, GIACOMO COMI

Il prof. Guglielmo Scarlato è stato una delle più importanti figure nel campo della Neurologia italiana e internazionale degli ultimi quarant'anni.

Modello per ognuno di noi, colleghi, specializzandi e studenti dell'Università di Milano rappresentando un esempio di eccellente clinico, insegnante e ricercatore, resterà d'esempio negli anni per la sua passione per le scienze neurologiche e per le sue qualità umane.

Nato a Napoli nel 1931, dopo un esemplare iter di studi si laurea con lode nel 1954 nella locale Università. Dal 1955 al '57 presta attività all'Istituto Max Plank für Hirnforschung di Colonia e successivamente all'Hôpital de la Salpêtrière di Parigi. Si specializza in Neurologia, completa la sua formazione all'Istituto di Istochimica dell'Università di Pavia e nel '61 ottiene la libera docenza in clinica delle malattie nervose e mentali. Eccellente neurologo clinico e produttivo ricercatore universitario, nel '57 entra all'Istituto di Clinica Neurologica di Milano. Professore associato nel '72 e ordinario nel '79, dal 1980 dirige l'Istituto di Clinica Neurologica (più tardi divenuto Dipartimento di Scienze Neurologiche) dell'Università di Milano presso l'Ospedale Maggiore Policlinico. Dirige inoltre e coordina per molti anni la Scuola universitaria di specializzazione in Neurologia.

È membro attivo di numerose Società di Neurologia (incluse la Società Italiana di Neurologia, l'Associazione Italiana di Neuropatologia e la Società Italiana di Istochimica). È uno dei fondatori ed è presidente onorario della Società Europea di Neurologia, membro onorario dell'American Academy of Neurology e della Société Neurologique francese e svizzera.

Il prof. Scarlato ha dato il via in Italia al moderno studio delle patologie muscolari. I campi della distrofia muscolare e delle malattie metaboliche sono sempre stati, infatti, i suoi principali interessi clinici e di ricerca. A sostegno di questo impegno ha fondato vent'anni fa il "Centro Dino Ferrari" per la diagnosi e la terapia delle malattie neuromuscolari e neurodegenerative.

Un'intera generazione di neurologi si è formata in Italia e all'estero secondo il più moderno approccio scientifico alle patologie neurologiche: molti di essi lavorano tuttora presso il dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università di Milano.

Il prof. Scarlato è stato autore di oltre 400 lavori, capitoli di libri e reviews sulle malattie neurodegenerative e neuromuscolari. Molti altri temi sono stati approfonditi da lui tra i quali, di particolare interesse, sono state le ricerche per la miologia di base e clinica, le neuropatie disimmuni, le malattie del motoneurone, la patogenesi dei disturbi neurodegenerativi e, non ultimi, i meccanismi dell'invecchiamento cerebrale e il trattamento delle malattie extrapiramidali.

A testimoniare il suo instancabile impegno e la sua costante curiosità scientifica c'è la ricerca recente sulle cellule staminali e sul loro impiego nella terapia delle malattie neurodegenerative. Le numerosissime collaborazioni con clinici e scienziati lo hanno portato alla direzione del nuovo Centro di Eccellenza per lo studio delle malattie neurodegenerative dell'Università di Milano dal 2001, anno della sua fondazione.

Dotato di brillante intelligenza e di qualità personali straordinarie, aveva eccellenti capacità intuitive sia cliniche che diagnostiche. Non trascurava mai, accanto all'approccio scientifico alle malattie, il rapporto umano coi pazienti. Mostrava un genuino interesse per ogni possibile innovazione nel campo delle scienze di base che potesse trovare applicazione nella pratica medica. Noto e apprezzato il suo "sense of humour" molto speciale. Ha instancabilmente portato un incoraggiamento e un supporto concreto ai suoi collaboratori.

Ci ha lasciato il 17 luglio all'età di 71 anni. Sarà ricordato per sempre da tutti coloro ai quali ha offerto l'opportunità e l'onore di conoscerlo e di lavorare con lui.

Per ricordare il professor Piero Pietri

GIAMPIERO CAMPANELLI

Il professor Piero Pietri è stato uomo giusto, dalla grande umanità e semplicità, in un personaggio carismatico illustre.

Il contesto in cui nasce è di per sé particolare: una piccola isola, l'Elba (lo "scoglio" del suo cuore); la madre, Giovanna Saladino, dalle grandi doti letterarie, allieva di Luigi Pirandello; il padre, il maestro Giuseppe Pietri noto musicista creatore di celebri operette come "Addio giovinezza", "Acqua cheta" e altre, fra le quali "La donna perduta" col duetto delle campane: campane delle chiesette di San Pietro e Sant'Ilario. Sant'Ilario nella quale ora riposa il Professore.

Nato il 21 dicembre 1926, cresce insieme al fratello Gianni e alla sorella Donatella. Le sue esperienze di ragazzo, all'isola d'Elba prima e a Milano poi, l'Istituto Zaccaria, le sue suggestioni adolescenziali e della prima giovinezza sono trascritte ne "Lo Scoglio", il giornale dell'isola sul quale amava scrivere e raccontare.

La produzione scientifica del Professore si articola in oltre quattrocento lavori sui più svariati argomenti della nosologia chirurgica (così come andava fatto ai tempi di Oselladore e Pezzuoli, suoi maestri), nelle nove monografie con i due trattati di chirurgia e il trattato di gastroenterologia chirurgica.

Egli aveva tra gli altri numerosi interessi extrascientifici, una vera passione storica per Napoleone: forse da qui deriva un altro aspetto del suo carattere, la versatilità, la capacità di trovare nuove strade, nuove soluzioni, nuove prospettive. Era instancabile, soprattutto intellettualmente; coniugava, non senza sacrificio, l'attività di chirurgo, di medico, di professore universitario, di accademico nel senso esteso del termine, di organizzatore e ricercatore con una determinazione e una forza che non di rado sorprendevo, stancavano e talvolta scoraggiavano anche gli allievi più giovani e "forti". Egli diceva: "l'Università è una guerra e soltanto i più forti sopravvivono e arrivano alla luce...". ("Se di tua Stella seguirai la luce non potrai fallire a glorioso porto..." scriveva Dante, e il Professore questo lo trasmetteva a noi).

La sua attività è dimostrata non solo dalle migliaia di interventi chirurgici da lui realizzati, ma anche dall'aver organizzato oltre quaranta congressi nazionali e internazionali, aver presieduto importanti società scientifiche (Società Lombarda di Chirurgia, Società Italiana di Chirurgia Endocrina, Società Italiana di Chirurgia Geriatrica, Sezione Italiana del Collegium Internazionale Chirurgiae Digestivae, Vicepresidenza Mondiale dell'International College of Surgeons), aver fondato e presieduto alcune società (AISTOM - Associazione Stomizzati, ANDOS - Associazione Nazionale Donne Operate al Seno, SICADS - Società Italiana di Day Surgery), aver dato impulso a due Scuole di specializzazione da lui dirette: la Chirurgia Vascolare a Trieste e la Chirurgia Generale a Milano, dov'è stato innovatore in senso europeo; aver formato decine di allievi, alcuni arrivati anche a ruoli di prestigio.

Resterà nella riconoscenza dei numerosissimi medici e chirurghi e di quanti hanno da lui certamente in varia misura ricevuto: ci insegnava il grande piacere del "donare".

Noi ricordiamo con vivissima gratitudine il Maestro e - anche - l'Uomo dei momenti di incontro cui teneva: occasioni cordiali di scambi di idee dai quali scaturivano motivi di riflessione, esaltazione, umiliazione, sofferenza, e di godimento quando si sedeva al pianoforte e suonava per noi.

Anche quando il Professore ha ridotto l'attività ed è iniziata la sua malattia, ha sempre conservato la pacatezza, la signorilità e la tenacia che ne hanno caratterizzato la vita.

A riconoscimento della sua lunga carriera, importanti le benemeritenze, fra le quali la Medaglia d'oro dei Benemeriti della Scuola, della Cultura, dell'Arte, e la Medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica, entrambe conferitegli dal Presidente della Repubblica.

Il professor Pietri ci ha lasciati il 6 settembre, con un grande senso di perdita per noi, di tristezza, di vuoto.

Emilio Tadini, una perdita insostituibile

ROSSANA BOSSAGLIA

La morte di Emilio Tadini, avvenuta il 25 settembre a Milano, dove egli era nato nel 1927, a conclusione di una malattia di cui egli era pienamente consapevole, toglie alla cultura un personaggio poliedrico, insieme artista, letterato e intellettuale in senso pieno. E toglie all'Ospedale Maggiore un insostituibile esponente della Commissione artistica, giacché la sua competenza nel settore, aggiornata sull'evoluzione del gusto e sempre attenta nella valutazione della qualità, è stata fondamentale quando si è trattato di scegliere un pittore cui affidare l'esecuzione del ritratto di un benefattore e di giudicare poi la qualità dell'opera.

Tadini era egli stesso un pittore fantasioso, dalla vena arguta espressa sovente in immagini pupazzettesche, ma non mai buffonesche, ma non mai beffarde: l'aspetto ludico delle sue composizioni rendeva particolarmente comunicativi i valori etici che egli intendeva trasmettere. Lo stesso si può dire del suo stile di narratore, qualche volta attraversato da meditazioni malinconiche, ma sempre limpido. Era un critico attento, la cui immedesimazione nelle opere che gli piacevano particolarmente non inficiava la sua distaccata e rigorosa capacità di giudizio; non mescolava dunque predilezioni personali con le serene valutazioni che intendevano informare e orientare il pubblico dei lettori: la sua lunga collaborazione con il "Corriere della Sera" è particolare testimonianza di questo suo impegno.

Se, infine, quanto egli ha scritto o dipinto resterà come documento creativo e intellettuale, la persona, nella sua affascinante originalità, continuerà ad essere oggetto di rimpianto: chi l'ha conosciuto non può dimenticarne il volto espressivo e forte, il timbro della voce, insieme opaco e intenso.

Questo il ricordo di Emilio Tadini che Rossana Bossaglia ha espresso affettuosamente per tutti noi.

Ma a questo punto perché non fermarci qui sulla "voce" stessa di Tadini, grande amico della Ca' Granda, difensore e sostenitore dei valori centenari della stessa, patrocinatore del suo prestigioso patrimonio d'arte, di scienza, di cultura?

Dal Corriere della Sera del 10 ottobre 1999

Ca' Granda, Sos per i ritratti dei milanesi dal «coeur in man»

LA QUADRERIA A MIRASOLE

Oggi il grande violoncellista Mischa Maisky terrà alla Scala un concerto straordinario «per l'abbazia di Mirasole». L'abbazia è di proprietà dell'Ospedale Maggiore della nostra città, e i lavori di restauro sono già avanzati. Adesso bisogna sistemare definitivamente la zona destinata a ospitare la Quadreria dell'Ospedale. E quella della Quadreria è una storia che va raccontata e che ci riguarda tutti. Verso la fine del Quattrocento (sono gli anni in cui a Milano lavora Leonardo - anche al Cenacolo) l'architetto Antonio Averulino, detto il Filarete, dopo la decisione del duca di Milano di unificare i servizi per i malati, progetta e inizia la costruzione dell'Ospedale Maggiore di Milano.

La «Ca' Granda» rinnova dal fondo la teoria e la pratica dell'assistenza pubblica. Altro che «i privati si arrangino!». Aria, luce, ampie corsie, una rete di acque correnti per eliminare istantaneamente i rifiuti. L'Ospedale milanese diventerà un modello per tutta l'Europa dei tempi moderni. Le grandi conquiste del Rinascimento italiano non si danno soltanto in arte e in letteratura. I milanesi mostrano subito di amarla, quella grande istituzione pubblica che è la Ca' Granda, mostrano di capirne il grande valore sociale. E chi può farlo dona all'Ospedale Maggiore somme di denaro, edifici, terreni. Più tardi l'amministrazione dell'Ospedale decide che, per ringraziare e onorare ogni grande benefattore, commissionerà un suo ritratto a un pittore - fondando così quella che diventerà la Quadreria della Ca' Granda. C'è anche una regola. Sopra un certo valore in denaro o in beni, ritratto a figura intera - sotto, un mezzo busto. E per secoli, saranno molti i ritratti commissionati. I più, bisogna dire, a figura intera.

Una grande idea. E molti sono i lasciti generosi, per secoli, dal Cinquecento a oggi. Così la Quadreria della Ca' Granda si arricchisce. Centinaia di ritratti. Ma il risultato non consiste soltanto in una eccezionale collezione d'arte. La Quadreria della Ca' Granda finisce per dotare Milano di un tesoro letteralmente unico. Quale altra città al mondo può vantare una simile collezione di ritratti dei cittadini che l'hanno abitata per secoli e secoli di vita - di storia?

La possiamo guardare in molti modi, questa raccolta straordinaria. Come una grande collezione di pittura costruita intorno a un solo tema, certo. Ma la possiamo anche guardare come una specie di gigantesco romanzo per immagini. O addirittura come una accurata ricerca di sociologia, e di economia sul campo. Comunque, una tale ricchezza... Di certe dinastie vediamo i ritratti dei fondatori. Veri e propri animali da preda, carichi di energia, di una violenza trattenuta quasi a fatica. Dopo un po' di anni - il tempo di un paio di generazioni - lo stesso cognome ci indica la figura elegante di qualche giovin signore, raffinato, bel sorriso, aspetto un po' fragile. Finché quel cognome non torna più. Il che vuol dire che la dinastia si è interrotta, dispersa. E arrivano cognomi nuovi. A proposito, è molto probabile che, tra qualche decennio, nella Quadreria della Ca' Granda si vedrà apparire sui cartellini con le didascalie qualche cognome esotico - arabo, magari, o filippino, peruviano. Milanesi purosangue anche loro, in questo Gotha di nobiltà concreta - di nobiltà garantita dai fatti, voglio dire, e non da stupide convenzioni.

Adesso, dunque, per ospitarla, questa collezione, si sta sistemando una parte dell'Abbazia di Mirasole. E ci vogliono soldi. Ma il problema, è evidente, non riguarda soltanto l'amministrazione dell'Ospedale. Riguarda Milano. Perché è in ballo un tesoro, lo si è già detto, è in ballo qualcosa che tocca il cuore stesso della città - la sua storia, la sua tradizione, e la faccia stessa, il corpo figurato di tanti che hanno fatto Milano, per secoli. In una città decente - dovunque, nel mondo - ci si precipiterebbe a risolverlo, questo problema.

Emilio Tadini

La memoria, anticamente trasmittitrice unica di conoscenze

FRANCESCO FIORISTA

... memoria minuitur nisi eam exerceas (... la memoria diminuisce se non la eserciti...)

Cicerone

La memoria trattata come tema letterario, sia poetico che narrativo, presente fin dai poemi omerici (si veda la Ca' Granda n. 1/2002).

Qui ora la memoria come vera e propria tecnica della mente, per millenni l'unico archivio a disposizione dell'uomo in cui poter conservare le conoscenze, non disperderle e soprattutto trasmetterle alle generazioni future. Infatti prima dell'avvento del libro stampato, la memoria imperò sulla vita quotidiana e sul sapere, così da meritarsi la definizione di "*ars omnium artium conservatrix*" ("*arte preservatrice di tutte le arti*"), unico veicolo mediante il quale le conoscenze si trasferivano nel tempo e nello spazio. "...*Infatti ogni conoscenza poggia sulla memoria, e invano riceviamo gli insegnamenti, se qualsiasi cosa abbiamo noi udita, svanisce...*": così affermava Quintiliano nella seconda metà del primo secolo d.C.. Definita da Eschilo "*madre di ogni saggezza*", era "*forziere e custode di tutte le cose*" secondo Cicerone, "*principio vivificatore*" ancora per Quintiliano: per mezzo della memoria e nella memoria (individuale prima e indi collettiva, ovvero memoria di una comunità) venivano accumulati, immagazzinati e conservati i frutti dell'istruzione. Agostino al riguardo faceva riferimento a "*vasti quartieri, i campi e gli antri, le caverne incalcolabili della memoria*".

Molti i nomi famosi della letteratura o della filosofia di cui si narravano grandi, o addirittura strabilianti, capacità mnemoniche: da Cicerone a Seneca il Vecchio, da San Tommaso a Francesco Petrarca, da Pico della Mirandola a Giordano Bruno.

Orazio, nelle *Epistole* (II, 1, 70-71), narra lo sforzo fatto, nonché le botte ricevute dal maestro, per imparare a memoria l'*Odusia*, la lunga traduzione in versi saturni latini dell'*Odissea* fatta da Livio Andronico. Arte perduta ormai quella della memoria, anzi ora addirittura derisa al rango di ciarlataneria da baraccone, quasi che essa avesse

in sé un valore negativo, e mera perdita di tempo fossero le tecniche atte a perfezionare il talento mnemonico.

Prima di addentrarci in quella che un tempo era l'arte mnemonica, trascriviamo la definizione che il dizionario Zingarelli riporta alla voce "memoria": "*Funzione generale della mente, consistente nel far rinascere l'esperienza passata, attraverso le quattro fasi di memorizzazione, ritenzione, richiamo e riconoscimento*". Funzione mentale fondamentale, e non solo dell'uomo, ma anche dell'animale: si pensi al famosissimo passo del canto XVII dell'*Odissea*, quando il vecchio e fedele cane Argo, prossimo a morte, riconosce dopo vent'anni il suo padrone Ulisse.

La memoria nel mondo antico

Secondo la mitologia greca, la "memoria" era una divinità. Infatti Zeus si unì a Mnemosine "la memoria", figlia di Gea (la Terra) e di Urano (il Cielo). Per nove notti i due immortali divisero il sacro talamo, lontani dagli altri dèi. Passato un anno, Mnemosine partorì, sotto la vetta nevosa dell'Olimpo, le nove Muse. Per secoli ad Atene, in onore di Mnemosine, si facevano libagioni di latte e miele.

E, le Muse, dette anche Mneiadi ovvero "le memorie", avevano un sapere infinito, un immenso tesoro di conoscenza proprio perché infinita era la loro memoria: non solo del presente e del passato, ma anche *memoria futura*. Alla loro perfezione mnemonica, culla dunque del sapere, aspirava il poeta, l'artista o il filosofo dell'antica Grecia: nel desiderio dell'uomo di aspirare alla conoscenza, attraverso una memoria che non fosse "...*l'udito di cose ormai sorde, la vista di cose ormai cieche...*" come scritto da Plutarco nel *Tramonto degli oracoli*, a indicare la memoria purtroppo monca e imperfetta dei mortali, piena di lacune e di lacerazioni.

Per secoli in qual modo, se non a memoria, si perpetuarono passando di bocca in bocca l'Iliade e l'Odissea? Quale talento mnemonico dovevano possedere gli aedi, i quali cantavano interi canti declamando le gesta di Etto-

re e Achille, di Ulisse e di Diomede? Ricordiamo come a proposito della dibattutissima e mai sopita “questione omerica”, una svolta decisiva fu offerta nella terza decade del ‘900 dall’americano M. Parry proprio con la sua teoria “oralistica”: quella cioè di un’epoca orale in cui i rapsodi, sorretti dalla mnemotecnica (ossia di un particolare metodo per ricordare a memoria migliaia di versi), avevano potuto tramandare i due poemi, fino alla loro fissazione per mezzo della scrittura. Lo stesso dicasi per le leggi, custodite nella memoria prima di essere conservate sui documenti.

Del resto le due più grandi correnti filosofiche e religioso-spirituali del mondo occidentale sono state fissate immutabili sulla pagina scritta solo dopo che erano state tramandate grazie alla memoria di chi quelle frasi aveva personalmente udito: si pensi alle parole di Socrate, ritenute a memoria dai suoi discepoli e poi fissate nei quattro *Dialoghi* da Platone, e a quelle di Cristo, tramandate a memoria per almeno trent’anni prima di essere trascritte nei tre *Vangeli* sinottici di Matteo, Marco e Luca. E per circa settant’anni conservate dalla prodigiosa memoria di Giovanni, l’autore novantenne del quarto *Vangelo* canonico: senza la memoria del discepolo prediletto, neppure ventenne quando seguiva Cristo, non avremmo mai conosciuto episodi come quello di Nicodemo o della Samaritana.

Infatti, per diversi decenni dopo la morte di Gesù, la diffusione della “buona novella” avvenne in maniera esclusivamente orale, secondo il metodo chiamato dai cristiani “catechesi”, ossia “risonanza”, perché consisteva nel “far risonare” (dal greco *katechèo*) la voce alla presenza dei discepoli. Metodo questo conforme a quello dei dottori giudaici del tempo: si pensi che il *Talmud* fu messo per iscritto solo tra il V e il VI secolo d.C., dopo che fu trasmesso oralmente per circa cinquecento anni. E se dal giudaismo e dal cristianesimo passiamo alla terza religione monoteistica, la stessa cosa avvenne per il *Corano*, il quale non fu messo in scritto da Maometto, ma restò per circa una generazione affidato unicamente alla memoria dei suoi discepoli, pur conservandosi con fedeltà verbale.

Nel mondo romano, un campo particolare in cui la tecnica mnemonica era importantissima, tanto da costituirne un imprescindibile requisito professionale, era quello retorico-oratorio: più semplicemente, nella pratica corrente di allora, il mondo giuridico del Foro, oppure quello politico del Senato. Classicamente, la memoria costi-

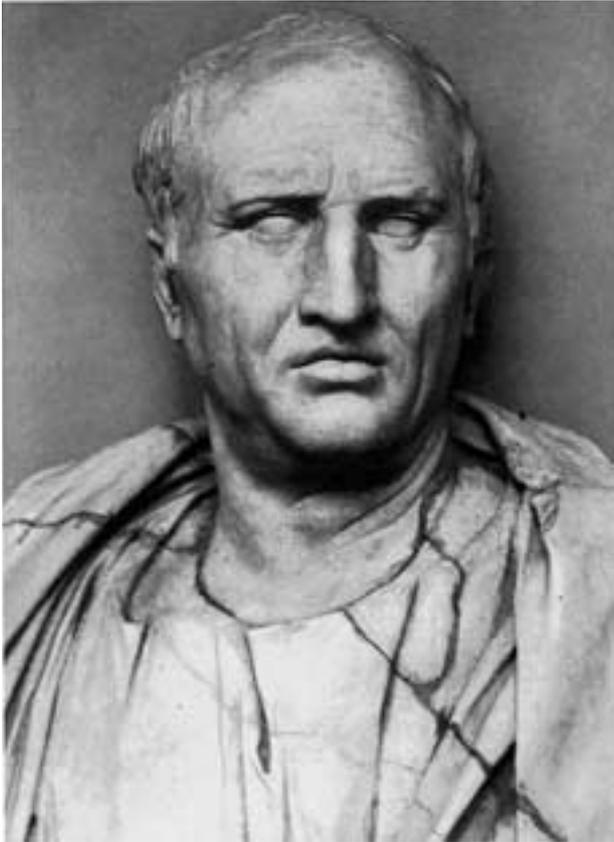
tuiva una delle cinque parti della materia retorica (*inventio, dispositio, elocutio, memoria, actio*) così come ampiamente troviamo sia nell’opera *Rethorica ad Herennium*, di un tal Cornificio di epoca sillana, sia nei trattati *De inventione* e massimamente nel secondo libro del *De oratore* di Cicerone; e, ancora più avanti, nel libro XI della *Institutio oratoria* di Quintiliano (“...*thesaurus eloquentiae dicitur...*”, ovvero “...*la memoria è detta forziere dell’eloquenza...*”). Un’ottima memoria, infatti, era un sussidio indispensabile al successo della persuasione, meta di ogni avvocato.

Altrettanto era già precedentemente avvenuto nel mondo greco (dal sofista Gorgia a Lisia, da Isocrate a Demostene, ecc.), ove oltre all’oratoria giudiziaria e politica-deliberativa esisteva anche un’oratoria detta “epidittica” o dimostrativa: quella cioè che celebrava in pubblico, durante le cerimonie funebri, le virtù del defunto, o anche quella tenuta in occasione di giochi e feste. Ricordiamo come nel mondo greco fosse frequente la figura del logografo: colui che, esperto nell’arte del dire, prestava la propria competenza in campo giudiziario per redigere dei discorsi appropriati che poi il committente (l’imputato o l’accusatore) recitava a memoria in tribunale, dato che la legge non consentiva l’impiego di avvocati.

Simonide di Ceo e la tecnica della memoria

E’ con il poeta lirico greco Simonide di Ceo (colui che esaltò in versi il sacrificio dei 300 Spartani caduti alle Termopili, e per questo cantato da Leopardi nella parte finale della *Canzone all’Italia*), vissuto tra il VI e il V secolo a.C., che la tecnica mnemonica fece un salto di qualità. Su di lui è rimasto celebre un curioso aneddoto tramandatoci sia da Cicerone che da Quintiliano: invitato a declamare una sua lunga composizione poetica in un affollato banchetto, fu chiamato fuori dalla sala. In quel mentre il tetto della casa crollò, uccidendo tutti i convitati, i cui corpi maciullati non erano più riconoscibili; solamente grazie alla sua memoria nel ricordarsi l’esatta posizione ai tavoli di ogni convitato, i parenti poterono individuare le salme dei loro cari e dare loro una non anonima sepoltura.

Pare che da questa tragica esperienza avesse egli appunto ideato la tecnica particolarissima dell’arte mnemonica, quella cioè di associare ad un luogo la cosa che si desidera ricordare, in modo che l’ordine dei luoghi mantenesse l’ordine delle cose, e le immagini



Cicerone all'epoca del suo consolato

delle cose denotassero le cose stesse. Tale tecnica “architettonica”, basata sui due semplici concetti di *loci* (luoghi) e *imagines* (immagini), rimase pressoché immutata per millenni, da Cicerone a Quintiliano, da S. Agostino a S. Tommaso e fino a tutto il Medioevo. Così ad esempio, l'oratore che in un discorso voleva parlare prima della guerra, poi della flotta, indi della giustizia e infine della poesia, doveva entrare mentalmente in una particolare casa, meglio se disabitata e spoglia, già precedentemente memorizzata, e poi via via riempita di oggetti utili per il ricordo: nell'atrio una spada (guerra), nella sala da pranzo un'ancora (flotta), nella camera nuziale una bilancia (giustizia) e infine nel giardino una cetra (poesia), e così via. Quello che cambiava nel corso dei secoli era l'edificio: dalla casa romana degli oratori latini si passò, ad esempio nel Medioevo, alla cattedrale gotica. Si spiega così anche il modo di dire, derivato dal latino, di “promemoria”: mezzo o artificio per farci ricordare qualcosa. E sempre Cicerone consigliava “...a quanti esercitino questa facoltà dello spirito, di fissare nel cervello come degli scomparti e di disporvi quindi le

immagini delle cose che vogliono ricordare. Con questo sistema l'ordine degli scomparti conserverà l'ordine delle idee, le immagini delle cose richiameranno le cose stesse, gli scomparti fungeranno da tavolette di cera per scrivervi sopra e le immagini serviranno da lettere con cui scrivere...”.

Quintiliano citava, quali esempi di memoria prodigiosa, l'ateniese Temistocle, che in un anno imparò perfettamente il persiano; il re del Ponto Mitridate, che conosceva ventidue lingue; il re persiano Ciro, che teneva a mente i nomi delle diverse migliaia dei suoi soldati! E sempre Quintiliano scriveva che “...senza un'evidente ragione, è straordinario a dirsi quanto l'intervallo di una notte giovi alla saldezza della memoria, e alla memoria dà forza proprio quel tempo che suole essere considerato tra le cause di oblio. D'altra parte la memoria eccezionalmente rapida sfugge presto, e, quasi abbia adempiuto ad un suo compito immediato e non debba niente al futuro, come congedandosi si dilegua...”. Fondamentale era, per l'autore della *Institutio oratoria*, “...insistere particolarmente fin dall'infanzia, e la memoria a questa consuetudine deve essere ricondotta attraverso l'esercizio, a non farci, cioè, indulgere con noi stessi. Alcuni pensano che la memoria sia un dono della natura, ed essa senza dubbio in grandissima parte da questa dipende, ma anche la memoria, come ogni altra cosa, è con l'esercizio che si accresce. Nessuna altra cosa come la memoria cresce con la cura e perisce nell'inerzia...”.

Il mistero della memoria

Il grande violinista Salvatore Accardo, in un'intervista, non sapeva spiegare la sua conoscenza del suono del violino, già da quando era bambinetto di appena quattro anni, che in un sol modo: di “ricordarsela” da un'altra precedente vita.

Aneddoto questo riportato per sottolineare come da sempre la memoria ha racchiuso in sé qualcosa di misterioso ed arcano: l'anima platonica si “ricordava” delle forme ideali (il famoso mito della reminiscenza, secondo cui conoscere è ricordare, e l'anima è *memoria*, come espresso da Platone nei dialoghi *Menone* e *Fedone*). Ed ecco come il testo platonico del Fedone avvalorava l'ipotesi del violinista Salvatore Accardo: “...l'apprendere si riduce a ricordare; noi, in un qualsiasi precedente tempo, abbiamo già appreso ciò di cui ora si desta in noi via via il ricordo. E ciò sarebbe

impossibile, se l'anima nostra non fosse in qualche luogo, prima di pervenire a questa forma umana. In conseguenza, anche per questo è molto probabile che l'anima sia cosa immortale...".

Ancora nel dialogo platonico *Fedro*, Socrate afferma che la verità è nella memoria, e nella scrittura solo una sembianza di verità; in questa paradossale condanna della scrittura e di chi la inventò - secondo la mitologia il dio egizio Theuth o Thot, inventore dei geroglifici - Platone intravedeva i rischi della parola scritta su quella interiorizzata, anticipando di quasi due millenni la "sconfitta" della memoria di fronte alla larghissima diffusione della parola stampata. Ecco qui riportato il bellissimo passo in questione: "...*La tua scoperta indurrà nell'anima l'oblio, perché non si farà più esercizio di memoria. Gli uomini non ricorderanno più da soli nella loro interiorità, bensì per l'aiuto di una scrittura esteriore; per mezzo di segni che provengono da fuori. Non trovasti rimedio per accrescere le facoltà della memoria, ma rimedio soltanto per richiamare una cosa alla memoria. Oh! Non verità di sapere, mera apparenza di sapere tu concedi. Ne verranno uomini che sapranno molte nozioni, ma senza maestro; uomini che hanno l'aria di pronunciar giudizi su infinite cose, ma che non sanno nulla, per lo più. Uomini ombrosi e boriosi; saccenti, e non saggi...*".

Addirittura, secondo San Tommaso d'Aquino (*Summa Theologica*), la memoria era parte della Prudenza, dunque di una delle quattro Virtù Cardinali. E sempre nel XIII secolo il poeta, filosofo, teologo e mistico catalano Raimondo Lullo, frate francescano, nello scritto filosofico *Ars magna* o *Ars compendiosa inveniendi veritatem*, esponeva in una complessa teoria il metodo logico più appropriato per giungere alla conoscenza, anche e soprattutto per mezzo della memoria. E più tardi, nella Firenze di Cosimo il Vecchio, i filosofi neo-platonici quali Marsilio Ficino e Pico della Mirandola svilupparono intorno al nucleo della memoria occulta esoterici sistemi di pensiero. Fino a Giordano Bruno, il quale nell'opera minore *De umbris idearum* (*Delle ombre delle idee*, 1582), svelava la segreta e complessa tecnica mnemonica dei frati domenicani, consistente nel fissare i *loci* e le *imagines* nella costellazione dello Zodiaco: la tecnica della memoria come mezzo per assurgere alle immagini celesti e a una realtà superiore. Al riguardo ricordiamo che Giordano Bruno rientrò in Italia nel 1591 su invito di un nobile veneziano, Giovanni Moce-

nigo, desideroso di apprendere da lui proprio l'arte della memoria: e quello stesso discepolo l'anno successivo lo denunciò al Tribunale dell'Inquisizione come eretico.

Dunque fino a tutto il XV secolo era grandissimo il numero delle persone che avevano bisogno, per lo svolgimento delle loro attività, di una memoria altamente sviluppata: poeti, attori, retori, medici, avvocati, sacerdoti. E quindi non a caso proprio alla fine del '400 un tale Pietro da Ravenna scrisse un manuale pratico dal titolo *Phoenix, sive artificiosa memoria*, in cui indicava che i migliori *loci* della memoria si potevano trovare in una chiesa deserta, ove poi depositare moltissime immagini "promemoria". Egli confessava di avere fissato nella propria mente circa centomila *loci*, essendo in grado di ripetere a memoria l'intero corpo del diritto canonico e decine e decine di orazioni ciceroniane.

Col XVI secolo, dopo la diffusione dell'invenzione di Gutenberg della stampa a caratteri mobili (e dunque non solo della cultura libraria ma anche e soprattutto della disponibilità di libri di piccole dimensioni, ovunque trasportabili e disponibili), l'archivio della conoscenza sarebbe passato dalla memoria invisibile e interiore della mente alla pagina del libro stampato, un po' come ora sta passando dal libro stampato alla memoria di un dischetto di un personal computer. Il reperimento delle conoscenze e la loro trasmissione non avrebbero più richiesto né la memoria né conseguentemente le tecniche atte a coltivarla.

Le acrobazie mnemoniche sarebbero divenute pure e semplici bravate, fino ai nostri giorni: unicamente utili per emergere a storici quiz televisivi quali *Lascia o raddoppia* o *Il Rischiatutto*.

Essa è, almeno in parte, rimasta prerogativa di alcune particolarissime categorie professionali, quali ad esempio gli attori teatrali: il non dimenticato Vittorio Gassman aveva "registrate" a memoria nella mente circa settanta ore tra le varie opere di drammaturgia.

In rarissimi eccezionali casi, essa costituisce ancora un anacronistico passatempo culturale di qualche figura inevitabilmente definita "stravagante": persona reale (ad esempio tale Silvana Bedodi, professoressa di lettere in un ginnasio a Cuneo, la quale conosce a memoria tutta la *Divina Commedia*, come da articolo del *Corriere della Sera* del 9 luglio 2002), oppure personaggio della finzione artistica cinematografica (il cameriere di una trattoria di Venezia, interpretato dall'attore Bruno Ganz, nel film di Silvio Soldini *Pane e tulipani*, che conosceva a memoria tutto *L'Orlando furioso*).



Dalla Quadreria
dell'Ospedale
Maggiore: il benefattore
Lodovico Bianchi
nel ritratto di Emilio
Gola (1906)

A proposito di vecchiaia

GIANCARLA MURSIA

La vecchiaia dovrebbe essere un quieto approdo. Quasi sempre, invece, l'approdo è difficoltoso perché alla vecchiaia anagrafica si accompagnano la vecchiaia biologica, la vecchiaia psicologica e l'impatto diverso di ogni singola persona. Già la parola stessa non è mai gradevole tanto che si ricorre, per indicarla, a sinonimi e ad eufemismi come terza età (ormai divenuta quarta), golden age, très agés, post adulto e via dicendo. Solo di rado, quando si vada a un non dimenticato latino, si adopera la parola "senectus" che assume perfino un'austera dignità.

Essere vecchi è uno stato ineluttabile: il passo si accorcia, la vista diminuisce, la pelle si affloscia, accrescono i malesseri fisici e i turbamenti interiori, gli entusiasmi cadono e sono sostituiti da depressioni, la fantasia sbiadisce, i sogni, quelli ad occhi aperti, spariscono. Con le rughe del volto vengono fuori le rughe di dentro. Senza, con questo, che la vecchiaia arrivi per tutti ad un preciso compleanno. C'è chi è vecchio già a sessant'anni e chi non lo è ad ottanta.

Sentirsi vecchi non è una disfatta se si ha un atteggiamento psicologico positivo, prendendo consapevolezza della realtà, sforzandosi con la ragione ad accettare "l'anziano che è dentro di noi e che emerge con il passar degli anni". Non si tratta di rassegnazione ma di razionale accettazione. Scrive Cicerone nel "Cato maior de senectute" (lettura bellissima di una esemplare scrittura) che quando si è vecchi "la colpa di tutte le lagnanze sta nel carattere e non nell'età".

Comunque, se la vecchiaia non è attraente è tuttavia una realtà e, per di più, auspicabile perché nessuno vuol morire giovane. A chi ha scritto "avanza tremenda la vecchiaia e dura un'eternità" si contrappone chi ha scritto "non è che la vecchiaia sia brutta. Il guaio è che dura poco!"

Bisogna poi aggiungere (forse anche premettere) che può esistere anche una vecchiaia serena e placida, con le sue risorse, se lo si vuole e se si è in grado di volerlo. I ricordi del passato quando non diventino rimpianto, la natura con le sue semplici bellezze, la lettura e la rilettura di libri amati e letti, una volta, in fretta, la compagnia di qualcuno, la solidarietà, la benevolenza, la comprensione generosa verso chi sta attorno. Ed altro ancora, volendo. Renzo Rozzini, psicogeriatra a Bologna, afferma di aver la prova ogni giorno di quanto "gli acciacchi della vecchiaia vengano modulati dallo stato psicologico". Come ha detto Cicerone.

Ciò non toglie che il problema esista con le sue tante difficoltà che vanno dal tessuto familiare al tessuto sociale, da quello affettivo a quello economico, tanto che la vita per il vecchio arriva a sembrare inutile, ingombrante per la società e perfino per i familiari. Anche se la scienza fa molto per la vecchiaia ed anche se messaggi televisivi, messaggi pubblicitari non sempre disinteressati ma lusinghevoli arrivano a dire "vecchio è bello". Perché molto si parla, molto si scrive, molto si legge sulla vecchiaia. Su di essa esiste una letteratura e una retorica. Però la vecchiaia rimane vecchiaia, inesorabilmente.

E allora?

Allora bisogna, alla fin fine, cercare d'invecchiare bene rielaborando le poche e tante possibilità ancora vitali che esistono dentro ognuno, farle emergere affinché possa essere affrontata una delle stagioni dell'esistenza - ultima e definitiva - con le risorse che le sono a portata di mano. Se non si è più capaci di scalare una montagna, perché non leggere della scalata su di un libro, perché non guardarla alla televisione e non ascoltare qualcuno che la racconti? Ma, soprattutto, si abbia sempre, davanti, per il domani "una battaglia da vincere".

Il telefonino

ANTONIO RANDAZZO

Ormai ci abbiám fatto l'abitudine. Non ci stupiamo piú nel vedere automobilisti alla guida della macchina, ragazzi su uno scooter in movimento, pedoni di tutte le età, sesso e razza, con il telefonino attaccato all'orecchio. I primi tempi dicevo tra me: "Guarda quel matto! Mette a rischio la sua pelle e quella degli altri distraendosi dalla guida e guidando con una mano sola". I pedoni con il telefonino in azione suscitavano la mia invidia. Mi dicevo: "Anche ammettendo che il telefonino sia di ottima fattura, se quel signore riesce ad ascoltare e a interloquire in mezzo alla baraonda di questo traffico, deve possedere un udito almeno pari a quello del mitico Toro Seduto che, si dice, appoggiando l'orecchio al terreno, riusciva a percepire il galoppo dei cavalli a distanza di un chilometro". Negli abitacoli al chiuso (per esempio in treno o sul tram), non potendoti tappare le orecchie, ti sentivi molto imbarazzato nell'ascoltare gli impropri della ragazza per il suo fidanzato, colpevole di aver dimenticato la ricorrenza del loro primo incontro e di non aver inviato dei fiori come aveva fatto l'anno prima. La ragazza, forse a ragione, ne deduceva che l'interesse del fidanzato per il buon andamento e per il protrarsi dell'unione aveva subito, nel corso di un anno, un vertiginoso calo. Seduto davanti alla ragazza, tu non sai se atteggiare la tua mimica ad espressioni di solidarietà, di disaccordo o di indifferenza. Ancora piú imbarazzante diventa la situazione quando l'accordo fra i due partners risulta totale e, di conseguenza, la telefonata esprime il pathos del distacco o il rammarico per l'impossibilità di scambiarsi "de vivo" le effusioni amorose. A quel punto, se sei in treno, fai finta di dormire, simulando il respiro ritmico e rumoroso di chi è nel sonno piú profondo e quindi non sente nulla; oppure ti alzi per andare

alla toilette. Quest'ultimo accorgimento non sempre si dimostra efficace. Non potendo prolungare la tua permanenza nella toilette oltre certi limiti, quando ti convinci che è passato ormai un tempo adeguato per le espansioni amorose del tuo dirimpettaio, torni al tuo posto. Ed ecco la sorpresa! La conversazione non è ancora finita, anzi si va facendo sempre piú infuocata. Allora schizzi verso la vettura ristorante e ordini un caffè. Quando torni indietro, il piú delle volte la conversazione per fortuna è finita e ti puoi tranquillamente risedere al tuo posto.

Tuttavia, non sempre le cose vanno cosí. Qualche volta la telefonata si protrae oltre ogni ragionevole previsione, per cui, se vuoi evitare che gli altri viaggiatori pensino che sei un colitico perso, ti tocca ritornare nella vettura ristorante e prendere un altro caffè. Un mio amico che, come me, assiste con imbarazzo alle effusioni amorose via telefonino e che, come me, ha adottato l'escamotage del caffè, mi ha confessato che una volta ha dovuto berne tre di fila prima che la telefonata finisse.

Per fortuna, l'uomo è dotato di una grande adattabilità. È il solo animale che riesca a vivere all'equatore, con 40 gradi sopra lo zero o al polo, con 40 sotto zero. È vero che, diversamente da tutti gli altri animali, può aiutarsi svestendosi quasi del tutto all'equatore e coprendosi fino agli occhi al polo, ma ciò non toglie che risulti il piú adattabile fra i mammiferi. Cosí, anch'io mi sono adattato, durante i miei spostamenti in treno, ad essere involontario testimone delle incontenibili pulsioni telefoniche dei miei compagni di viaggio.

Devo confessare che si tratta tuttora di un adattamento parziale. Infatti faccio ancora fronte con qualche difficoltà ad alcune situazioni. Una di queste riguarda, ad esempio, l'acquisizione for-

zata di notizie sull'andamento della Borsa a Zurigo o a Milano, a cui vieni involontariamente costretto dal signore che ti siede accanto. Capisco la necessità, per chi possiede azioni in Borsa, di dare tempestivamente disposizioni ai propri collaboratori per vendere o acquistare. Tuttavia, il sapere, di prima mattina, che le Fiat sono calate o le Omnitel salite, è una notizia che mi lascia non solo indifferente, ma addirittura mi indispettisce perché mi rende conscio di essere un poveretto che non possiede azioni di alcun tipo.

Le cose vanno ancora peggio quando la conversazione al telefonino riguarda le prospettive che offre il mercato delle scarpe o delle lenzuola. Avverto allora un forte impulso a strappare di mano il telefonino al mio vicino. Immagino la scena del telefonino sul pavimento e del sottoscritto che, con incomposte urla di giubilo, lo calpesta violentemente.

Un altro motivo di turbativa nasce dalla possibilità che il telefonino sia nascosto in qualche tasca, collegato con un auricolare posizionato nel condotto uditivo dell'utente. Non vedendo il telefonino, tu vieni preso dal dubbio che quel signore, così infervorato in quello che sembra essere un soliloquio, non sia proprio del tutto normale. Soltanto la visione del cavetto di collegamento fra telefonino e orecchio potrebbe tranquillizzarti. Se non riesci a vedere il cavetto rimani a lungo nel dubbio.

Credo che, per evitare gli inconvenienti dell'imperversante uso del telefonino, non rimanga altra possibilità che quella di muoversi in aereo. Subito al decollo, senti la voce del comandante che ti porge il suo saluto, si rallegra con se stesso e con la Compagnia aerea da cui dipende di viaggiare con te, ma ti diffida dall'adoperare il telefonino per evitare il pericolo di interferenze con le apparecchiature di bordo.

Dalle frasi del comandante si capisce benissimo che non vuole allarmarti, ma solo farti capire che, usando il telefonino, potresti avere la sorpresa di atterrare al Cairo invece che a Capodichino, a Rio de Janeiro invece che a New York. Il deterrente fa sì che, per tutta la durata del viaggio, ti è evitato il trillo del telefonino, trillo

che di solito ti perseguita ovunque: durante le conferenze, i concerti, i congressi, le riunioni conviviali e persino durante la Messa.

A mio giudizio, se dopo l'attentato alle due torri di New York, i trasferimenti in aereo non si sono azzerati, è per il fatto che tutti coloro che ambivano a non sentire per qualche ora il trillo del telefonino, benché fossero consci dei rischi di attentati, sceglievano egualmente l'aereo.

Io non possiedo un telefonino. Devo confessare che, qualche volta, estraendo dal taschino della giacca la scheda telefonica e avvicinandomi furtivamente a un telefono pubblico, mi sento a disagio. Intorno a me circolano decine di persone con il telefonino all'orecchio, che mi guardano con commiserazione.

Che fare? Adeguarsi ai consigli di quella splendida creatura, nata in Australia, ma che penso abbia trovato l'America qui da noi, la quale tutte le sere ci invita dal teleschermo ad abbonarci ad Omnitel? O essere additato, fra breve, al pubblico dileggio, in quanto unico superstite sfornito di telefonino? Al momento, ho deciso di resistere.

Mi è di aiuto, in questa patetica resistenza, una constatazione. Mi capita spesso di chiamare parenti, amici, colleghi muniti di telefonino e di sentire una aggraziata vocina che mi dice che l'abbonato non può essere raggiunto in quel momento e che è meglio provare più tardi. Provo e riprovo, a volte per intere giornate. Sempre la stessa risposta! Allora immagino che il possessore del telefonino, messo alle strette dalla numerosità delle chiamate, abbia avuto nei confronti dello strumento un vero rigetto. Esasperato dal trillo, ha deciso di sopprimerlo, per non esserne più perseguitato. Ecco! Io penso che farei proprio così. Un telefonino, in mano mia, sarebbe destinato al più siderale silenzio per giorni e giorni. Perciò, ancora oggi, traggio furtivamente dalla tasca la scheda elettronica, mi avvicino all'ormai desueta colonnina del telefono pubblico e faccio il numero di casa mia per sapere se qualcuno mi ha cercato. Si tratta certo di una metodologia antiquata, di un vero ritorno al passato, quando potevi ascoltare le conferenze, i concerti, la Messa senza che il petulante trillo del telefonino venisse a turbare il corso dei tuoi pensieri.

Notizie dall'Archivio storico

Aggiornamenti su attività e risultati del Servizio Beni Culturali del nostro Ospedale

A partire dal febbraio 2001, numerose opere d'arte e documenti dell'Ospedale Maggiore sono stati esposti al pubblico in occasione di mostre e descritti nei relativi cataloghi:

Mostra *L'età dei Visconti e degli Sforza*, Milano, "Spazio Oberdan", 29 marzo - 3 giugno 2001, organizzata dalla Provincia di Milano: esposti undici documenti datati dal 1267 al 1448, tra cui si segnalano due diplomi di Ottone Visconti con sigilli in cera e quattro diplomi riccamente miniati.

Mostra *Eliseo Sala. Un ritrattista e la sua committenza nell'Italia romantica*, Treviglio, Museo Civico "Della Torre", 5 maggio - 22 luglio 2001: dell'artista l'Ospedale ha concesso il *Ritratto di Antonio Litta* (1843).

Mostra dedicata a *Giuseppe Palanti*; Spoleto, 28 giugno - 30 settembre 2001, nell'ambito del "Festival dei Due Mondi" sono state visibili quattro tele delle quindici realizzate per l'Ospedale da Palanti: i ritratti di *Guido de Capitani da Vimercate* e di *Adele de Capitani da Vimercate* (1936), di *Dante Tomasini* e di *Graziosa Torriani Tomasini* (1942).

Mostra *Arte nel Ticino 1803-1870*, Lugano, 5 ottobre 2001-10 marzo 2002: si sono potuti ammirare i quadri di Giuseppe Tencalla, *Allegoria in memoria di Giacinta Riva Ratti* (1861-62) e di Abbondio Bagutti, *Ritratto di Francesco Werich* (1816); il busto in marmo di Francesco Somaini, ritratto di *Giovanni Antonio Valtorta* (1848) e la celebre scultura di Vincenzo Vela, *La preghiera del mattino* (1846). Le opere sono state tutte restaurate col generoso contributo della Città di Lugano, organizzatrice della mostra.

Mostra *La città borghese*, Milano, palazzo dell'Arengario, 1 febbraio - 21 aprile 2002: in vista il quadro di Guido Tallone, *Ritratto di Benigno Crespi* (1941), le Civiche Raccolte Storiche di Milano, organizzatrici della mostra, si sono fatte carico del restauro.

Mostra *Pompeo Mariani. Poesia della natura, fascino*

della mondanità, Serrone della Villa Reale di Monza, 15 marzo - 12 maggio 2002. Tra le opere del Mariani esposte, anche il *Ritratto di Giulio Pisa* (1907) appartenente alla Quadreria dell'Ospedale Maggiore, restaurato a spese dei Musei Civici di Monza.

Mostra *La ricerca del vero: il ritratto in Lombardia. Da Moroni a Ceruti*, 21 aprile - 14 luglio 2002, Musei Civici di Varese. In questa occasione l'Ospedale Maggiore ha concesso sette ritratti: Jacob Ferdinand Voet [già attribuito a Velasquez], Monsignor *Giuseppe Paravicini* (sec. XVII), Francesco Pagano, *Giovanni Ambrogio Rosate* (metà sec. XVII); Filippo Abbiati, *Filippo Pirogalli* (1677); Andrea Porta, *Baldassarre Mitta* (fine sec. XVII) e *Siro Antonio Scagliosi abate* (1699); Antonio Lucini, *Giulio Cesare Pessina* (1715) e *Giovanni Antonio Parravicini* (sec. XVIII). Inoltre sono stati esposti due busti in marmo: Giuseppe Vismara, *Alfonso Litta arcivescovo di Milano* (sec. XVII); Pietro A. Daverio, *San Carlo* (1603). La città di Varese ha sostenuto interamente le spese di restauro di quattro tele e delle due sculture e grazie a questi interventi si sono potute attribuire correttamente due opere finora anonime.

Mostra *Grandezza e splendori della Lombardia spagnola: 1535 - 1701*, Milano, Musei di porta Romana, 10 aprile - 16 giugno 2002. Dell'Ospedale Maggiore sono state esposte sette tele: *Il cortile dell'Ospedale Maggiore di Milano* (1670-1680 circa); i *Ritratti di Giulio Cesare Secco d'Aragona* (1680 c.); *Giorgio Clerici* (1660-1670 circa); *Anna Monti Secco d'Aragona* (1680-1691 c.); *Giulia Borgazzi Rimoldi Pieni* (1690 c.); *Giacinto Santagostino, Ritratto di Bartolomeo Arese* (1669); da Salomon Adler, *Ritratto di Teobaldo Visconti* (1670 c.); *Albero genealogico della famiglia Litta* (1625); la curiosa "Cassetta per le vipere" dell'antica spezieria (XVII sec.); tre diplomi con le sottoscrizioni autografe di Carlo V, Filippo II e Carlo Borromeo. L'organizzazione della Mostra ha sostenuto gli oneri degli interventi di restauro di cinque dei sette quadri esposti.



La benefattrice Anna Monti Secco d' Aragona nel ritratto di pittore lombardo, esposto recentemente nella Mostra "Grandezza e splendori della Lombardia spagnola 1535-1701"

Altri restauri sono stati effettuati autonomamente da momenti espositivi.

Un recupero di particolare rilievo è stato possibile per l'interessamento dell'Associazione Imprenditrici e Donne Dirigenti d'Azienda (A.I.D.D.A.). Si tratta del restauro della grande tela raffigurante *Il cortile della Ca' Granda* risalente agli anni '70-'80 del XVII sec.; l'intervento è stato presentato al pubblico e alla stampa il 28 maggio 2001.

L'Ospedale Maggiore ha voluto dare il proprio contributo al Giubileo dell'anno 2000 facendo restaurare un grande crocifisso ligneo, già collocato sul muro esterno della "Rotonda" in via Pace. Il lavoro del restauratore è stato particolarmente gravoso, ma ha permesso di ridare vita a un oggetto di grandissimo valore, che ora è ammirabile nella chiesa dell'Annunciata in via Francesco Sforza.

Si è concessa la riproduzione di immagini di opere d'arte in dodici pubblicazioni, tra cui si devono assolutamente menzionare i volumi:

- *Il tesoro dei poveri: Il patrimonio delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (ex Eca) di Milano*, a cura di Marco G. Bascapè et al. (Cinisello: Silvana Editoriale, 2001); significativo catalogo delle opere d'arte corredate dai profili biografici di numerosissimi benefattori degli antichi Luoghi Pii Elemosinieri, poi Congregazione di Carità, infine Ente Comunale di Assistenza, oggi Amministrazione delle II.PP.A.B. milanesi; in 13 casi le persone raffigurate coincidono con benefattori dell'Ospedale Maggiore.

- *Ernesto Pirovano 1901-1972*, catalogo a cura di Sergio Reborà, con la collaborazione di Carlo Migliavacca (Milano: Skira, 2001, con cd-rom); il pittore realizzò 5 ritratti di benefattori tra il 1937 e il 1943, oltre che il crocifisso e gli affreschi della chiesa ospedaliera di S. Giuseppe nel 1938.

- Graziano Vergani, *L'arca di Bernabò Visconti al Castello Sforzesco di Milano* (Cinisello: A. Pizzi, 2001); le nostre raccolte d'arte conservano una *Madonna col Bambino* di Bonino da Campione, proveniente dalla donazione Litta.

- *Lombardia: l'arte, la bellezza, la città. I tesori da riscoprire*, a cura di Roberta Cordani (Milano: Celip, 2001); sono riprodotti i quadri *Ritratto di Attilio Lampugnani Visconti* (1757) opera del Pitocchetto e *Il cortile dell'Ospedale Maggiore di Milano*.

L'attività sul patrimonio non è circoscritta solo ai prestiti o ai restauri.

È stato pienamente avviato un articolato programma di studio rivolto alla conoscenza, alla valorizzazione e alla tutela dei beni artistici di proprietà dell'Ospedale (anche in vista del futuro allestimento museale a Mirasole), nel quadro di una convenzione stipulata con l'Università Cattolica di Milano. I lavori, che si svolgono sotto la responsabilità scientifica dei professori Luciano Caramel e Alessandro Rovetta, prevedono la schedatura informatizzata e la riproduzione fotografica di tutte le opere d'arte. Dal 1° maggio è stata anche istituita una borsa di ricerca come supporto a questo progetto.

Inoltre, grazie all'istituzione di una borsa annuale di ricerca, dal 1° novembre 2001 si può contare sulla collaborazione di uno dei maggiori esperti in collezioni lombarde similari e della storia dell'arte di Milano: il dott. Sergio Reborà.

Le indagini del Comando Carabinieri tutela patrimonio artistico hanno permesso il recupero di undici quadri – piccoli ma preziosi – trafugati dall’Ospedale in anni passati e di cui si è denunciata la mancanza nella prima metà dell’anno 2001.

Il Servizio Beni Culturali, non si limita però unicamente a interventi sulle opere d’arte, ma gestisce anche la Biblioteca storica di Medicina a Mirasole e l’Archivio storico. Per quest’ultimo è stata istituita dal 1° maggio una borsa annuale di ricerca. Anche nell’ambito dei materiali d’archivio si è effettuato un intervento di conservazione, facendo restaurare un gruppo di otto mappe antiche, col contributo della Regione Lombardia.

La catalogazione scientifica informatizzata della Biblioteca storica di medicina è proseguita con uno specifico contributo regionale che ha permesso di schedare ulteriori 1500 volumi.

Continua l’accesso degli studiosi ai fondi dell’archivio

e si fornisce assistenza e consulenza, anche se esistono oggettive difficoltà nella gestione di una utenza sempre più numerosa. Si sono sempre più aperti i saloni dell’Archivio Storico a gruppi qualificati di visitatori.

Grazie all’istituzione di due borse di ricerca annuali, si sono avviati dal 1° novembre 2001 impegnativi interventi di schedatura in vista del riordino della parte “amministrativa” dell’Archivio Storico (10.000 cartelle circa, contenenti documenti dal 1864 al 2001).

Inoltre ricordiamo l’assemblea della Società Storica Lombarda, ospitata presso l’Ospedale il 10 dicembre 2001, l’Archivio è infatti socio della prestigiosa associazione.

Infine, sempre nell’ambito di rapporti di collaborazione con associazioni, si è dato avvio a diversi programmi d’intervento grazie a una convenzione con il Gruppo Archeologico Milanese - onlus per lo svolgimento di attività di volontariato a supporto del Servizio Beni culturali del nostro Ospedale.

Restaurato per intervento dell’AIDDA (Associazione Imprenditrici e Donne Dirigenti d’Azienda) *Il grande cortile della Ca’ Granda*, di anonimo pittore milanese del ‘600, presentato al pubblico e alla stampa nel maggio 2001



Cronache amministrative

terzo trimestre 2002

a cura del Commissario straordinario dell'IRCCS Ospedale Maggiore

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

a - direzione amministrativa

- determinazioni circa la Fondazione Policlinico Francesco Sforza;
- approvazione definitiva del programma dei lavori (triennio 2002-2004) ed elenco annuale dei lavori (anno 2002);
- lavori di restauro dell'Abbazia di Mirasole in Comune di Opera: completamento funzionale dell'edificio con porticato e stalle ad uso quadreria e delle case coloniche corpo sud-est.

b - direzione sanitaria

- attivazione dell'"area a pagamento" nelle unità operative di medicina nucleare e neurologia.

c - ricerca scientifica

- Ministero della Salute: finanziamento dei programmi speciali ex art. 12 comma 2 Lett. B, decreto legislativo 502/92 per l'esercizio finanziario 2001, convenzione n. 98: "Fattori genetici ed ambientali e rischio di tromboembolismo venoso"; approvazione della collaborazione tra l'Ospedale Maggiore di Milano e l'Università degli Studi di Firenze (dipartimento area critica medico chirurgica) e protocollo d'intesa; convenzione n. 99: "Isolamento, espansione e caratterizzazione di cellule staminali a scopo di trapianto e riparazione tissutale (responsabile prof. Paolo Rebulla): approvazione della collaborazione tra Ospedale

Maggiore e le unità operative esterne e protocollo d'intesa;

- approvazione della collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano alla ricerca finalizzata 2001, convenzione n. 215: "Utilizzo della potenzialità delle cellule staminali somatiche come nuovo approccio terapeutico alle patologie neurodegenerative" assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS "Eugenio Medea" - Associazione La Nostra Famiglia;
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano al programma di sperimentazione: "Efficacia, qualità e appropriatezza dei servizi di ricovero dedicati ai pazienti con ictus cerebrale acuto (stroke unit) in Italia", assegnato dal Ministero della Salute alla Regione Lombardia: assegnazione di undici borse di ricerca;
- assegnazione di tre borse di ricerca a favore di laureati in scienze biologiche nell'ambito della convenzione con il CRE (Centro regionale emoderivati) della Regione Lombardia, per la costituzione di una banca di emocomponenti congelati appartenenti a donatori di gruppi rari e non frequenti presso il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti;
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano alla ricerca finalizzata 2001: "Studio morfologico della malattia aterosclerotica e della sua evoluzione mediante nuove metodiche diagnostiche per immagini" assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Istituto Auxologico Italiano";
- progetto strategico legge 449/97: "Messa a punto di un modello metodologico per la produzione e la valutazione di prodotti alimentari ipoallergenici" assegnato dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e

della Ricerca: approvazione della convenzione e sottoscrizione del relativo protocollo d'intesa con le unità operative esterne;

- approvazione della convenzione tra la Regione Lombardia e l'Ospedale Maggiore di Milano per l'inserimento della biblioteca scientifica quale polo erogatore nel sistema bibliotecario biomedico lombardo (SBBL).

d - unità operativa risorse umane

- nomina del direttore del dipartimento trasfusionale e di riferimento per i trapianti di organi e tessuti;

- affidamento degli incarichi dirigenziali per l'area della dirigenza medica;

- assunzione a tempo indeterminato di due collaboratori professionali sanitari - tecnico sanitario di radiologia medica - a tempo pieno, mediante utilizzo di graduatoria di concorso pubblico;

- piano di riorganizzazione dei dipartimenti sanitari dell'IRCCS Ospedale Maggiore.

e - unità operativa approvvigionamenti

- trattativa privata per la fornitura di: servizio di manutenzione e posa filtri assoluti per la prevenzione e il controllo della legionellosi; materiale per l'unità operativa urologia; siringhe monouso sterili; materiale, a carattere di unicità, per procedure di posizionamento di endoprotesi aortica presso l'unità operativa di radiologia pad. Zonda: aggiudicazione;

- acquisto di apparecchiature per il laboratorio centrale di medicina molecolare, finanziamento in conto capitale (1998) del Ministero della Salute: aggiudicazione delle apparecchiature poste in gara;

- trattativa privata per la fornitura di radionuclidi per i dosaggi di ormoni gastrointestinali per il laboratorio di radioimmunologia, cattedra di gastroenterologia;

- aggiudicazione del pubblico incanto per la fornitura di materiale monouso in tessuto non tessuto (TNT), sterile e non sterile, per 18 mesi;

- trattativa privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per virologia Torc comprendente le apparecchiature in uso, unitamente agli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, per tre anni: approvazione del verbale di gara e aggiudicazione provvisoria;

- trattativa privata per l'acquisto di apparecchiature e arredi per gli ambulatori del Centro per le malattie a trasmissione sessuale (MTS) di via Pace, finanziamento della Regione Lombardia per l'importo di Euro 431.933,56: approvazione dei verbali di gara e aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura triennale di deflussori per soluzioni perfusionali, trasfusori per sangue, deflussori urologici, aggiudicazione dei lotti 4, 5, 6;

- trattativa privata per la fornitura di: soluzioni sterili; cateteri a fibre ottiche, dispositivi vari per elettroencefalografia (EEG), elettromiografia (EMG) e potenziali evocati (E.P.); materiale di consumo per il servizio farmaceutico (per due anni): aggiudicazione;

- fornitura "in service" di un sistema diagnostico per lo screening sierologico delle unità di sangue, per tre anni, e acquisto di materiali di riferimento per la valutazione pratica delle prestazioni del sistema diagnostico offerto dalla ditta Bio Rad Laboratories;

- pubblico incanto per la fornitura di presidi diversi per laparo/toracosopia e laparo/toracotomia, monouso e non, per due anni: approvazione del verbale di gara e aggiudicazione;

- indizione di trattativa privata per la fornitura triennale di deflussori per infusione parenterale e per nutrizione enterale e fornitura "in service" delle relative pompe;

- trattativa privata per la fornitura di: camici per operatori di laboratorio e addetti alla manipolazione di antiblastici; traverse salvaletto assorbenti e pannoloni (per due anni); sistema di raccolta drenato pleurico monouso sterile; dispositivi per infusione di farmaci chemioterapici: aggiudicazione;

- trattativa privata biennale per la fornitura di materiale di medicazione tradizionale e materiale di medicazione invasivo chirurgico;

- trattativa privata per la fornitura di: materiale per l'U.O. semplice di emodinamica; pellicole fotografiche e carta per stampanti ecografiche; serbatoi e drenaggi chirurgici diversi; preparati antisettici disinfettanti: aggiudicazione;

- trattativa privata per l'acquisto di un apparecchio RX portatile con IB da 9" da installare presso l'Unità operativa di anestesia e rianimazione Emma Vecla pad. Guardia: aggiudicazione;

- trattativa privata per l'affidamento del servizio di noleggio materassi antidecubito per il periodo 1.7.2002/30.6.2004;
- trattativa privata per la fornitura triennale di: sacchetti monouso per la raccolta di liquidi organici aspirati; spazzolini/spugna per la disinfezione delle mani: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per il servizio di vigilanza notturna presso il Centro trasfusionale e di immunologia trapianti, servizio di vigilanza ispettiva presso i diversi padiglioni della sede di F. Sforza, 35 e servizio di vigilanza notturna presso i magazzini di Rozzano per due anni.

f - unità operativa funzioni tecniche

- licitazione privata per l'appalto di manutenzione degli impianti elevatori dell'Ospedale Maggiore per tre anni: aggiudicazione.

g - unità operativa patrimonio

- assegnazione provvisoria di ulteriori alloggi a favore del personale infermieristico dipendente;
- progetto esecutivo di recupero ad hospice dell'edificio denominato "Casa padronale" della Cascina Bran-dezzata, presa d'atto della validazione del progetto medesimo da parte del responsabile unico del procedimento per gli appalti;
- affidamento del servizio di portineria, di pulizia, di giro sacchi e fornitura dei materiali di sanificazione nell'anno 2002/2003 dall'1.5.2002 al 30.4.2003 negli stabili di proprietà dell'Ente.

h - unità operativa amministrazione e finanza

- rinnovo delle seguenti convenzioni: per la partecipazione al programma di screening dei tumori della mammella promosso dall'ASL Città di Milano; per l'esecuzione di prestazioni di consulenza di immunologia clinica a favore di pazienti degenti presso l'Azienda ospedaliera Ospedale di Lecco; per l'esecuzione di autopsie su salme infette con l'Ospedale L. Sacco;
- stipula delle seguenti convenzioni per l'esecuzione di: prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio a favore di pazienti ricoverati presso l'Ospedale Policlinico; indagini Tac e indagini di risonanza magnetica nucleare (RMN) a favore di pazienti ricoverati presso l'Azienda ospedaliera

Istituti clinici di perfezionamento; prestazioni di consulenza radiologica a favore di pazienti dell'Asl di Vallecamonica - Sebino;

- convenzione di collaborazione congiunta tra l'Ospedale Maggiore e l'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento per la raccolta di sangue placentare;
- convenzione per il servizio di medicina trasfusionale a favore della casa di cura "Citta di Milano" Spa;
- stipula di convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda per l'esecuzione di prestazioni di consulenza radioterapica e l'effettuazione di radioterapie a favore di pazienti oncologici del Policlinico, rinnovo;
- stipula di convenzioni per l'esecuzione di: biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l'Azienda USL di Ravenna; prestazioni di consulenza neuroradiologica diagnostica ed interventistica a favore dei pazienti dell'Azienda ospedaliera Maggiore della Carità di Novara;
- stipula di convenzione con gli Istituti clinici di perfezionamento per l'esecuzione di prestazioni di consulenza di chirurgia vascolare a favore di pazienti afferenti al pronto soccorso e di pazienti degenti presso l'Ospedale Maggiore;
- rinnovo delle convenzioni: con l'Azienda ospedaliera Ospedale di Melegnano P.O. "Vizzolo Predabissi" per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neurochirurgica e con gli Istituti clinici di perfezionamento per il servizio di medicina trasfusionale;
- stipula di convenzioni con gli Istituti clinici di perfezionamento per l'effettuazione di: prestazioni di consulenza urologica; prestazioni di medicina nucleare; consulenza dermatologica; indagini angiografiche di pazienti ricoverati;
- stipula di convenzione con l'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda per la condivisione dei sistemi informativi nell'ambito sanitario;
- rinnovo di convenzione con gli Istituti clinici di perfezionamento per prestazioni di consulenza di ostetricia e ginecologia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica ricostruttiva e altre branche specialistiche non presenti in Ospedale Maggiore per pazienti ricoverati presso lo stesso;
- stipula di convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neurochirurgica a favore di pazienti dell'Azienda ospedaliera Istituto ortopedico Gaetano Pini.

i - servizio beni culturali

- stipula di convenzione con il Centro di formazione professionale di Varese per lo svolgimento di attività di tirocinio presso il servizio beni culturali dell'Ospedale Maggiore;
- stipula di convenzione per la stesura di progetti di intervento inerenti la manutenzione ed il restauro di beni archivistici e librari di proprietà dell'Ospedale Maggiore allocati sia nella sede legale dell'Ente sia presso l'Abbazia di Mirasole.

l - unità operativa sistemi informativi e informatici

- Centro per le malattie a trasmissione sessuale (MTS): progetto per l'adeguamento a norma, l'acquisizione e l'adeguamento delle attrezzature; aggiudicazione della trattativa privata per la fornitura di servizi di supporto specialistico per la rete informatica e di dispositivi hardware;
- realizzazione del nuovo sistema informativo trasfusionale della Regione Lombardia presso il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti.

m - contributi e beneficenza

- per il Centro trasfusionale e immunologia dei trapianti sono giunte apparecchiature scientifiche da parte della Fondazione "Il Sangue";
- la ditta Pfizer Italia Srl ha donato un sistema di archiviazione di dati anamnestici (un personal computer con software applicativo) all'ambulatorio di andrologia;
- il signor Gianfranco Carini ha offerto apparecchiature informatiche all'unità operativa Centro Emofilia e Trombosi;
- la ditta Glaxo Smith Kline ha donato il volume "Harrison Internal Medicine, 15ª edizione, cd rom" all'unità operativa diagnosi e cura delle allergopatie e Centro di riferimento regionale per la prevenzione;
- per l'unità operativa di geriatria sono pervenuti mobili e attrezzature da parte dell'Associazione Ager;
- è stata accettata la donazione elargita dall'Associazione italiana contro le leucemie e i linfomi (AIL) per il padiglione Granelli ed è stato approvato il relativo progetto.

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