

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,
mangiagalli e regina elena - anno XLVI - n. 3 - 2005

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,
mangiagalli e regina elena - anno XLVI - n. 3 - 2005

sommario

pagina

Ai lettori	1
Intervista - La Fondazione FieraMilano entra nella Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena <i>Alvise Mamprin a Luigi Roth e a Carlo Tognoli</i>	2
Obesità, consumi di lusso e stili alimentari nella storia <i>Giorgio Cosmacini</i>	6
Efficacia e sicurezza dei farmaci e prodotti salutistici: un po' di chiarezza sui termini <i>Giuseppe Maiocchi</i>	9
La Medicina alle soglie del terzo millennio: ma è cambiato l'uomo? <i>Francesco Fiorista</i>	15
L'edicola, libreria di quartiere affollata come un supermercato <i>Piero Lotito</i>	21
Due Crocette <i>Vincenzo Bevacqua</i>	23
Asterisco	27
Tra arte e moda: seconda indagine curiosa tra i dipinti dell'Ospedale Maggiore e del Pio Albergo Trivulzio <i>Cristina Cenedella</i>	28
Le riunioni <i>Antonio Randazzo</i>	32
La convivenza <i>Antonella Cremonese</i>	34
L'Ospedale Maggiore partecipa alla mostra in Giappone: "Milan: The Splendor of a Great City" <i>Paolo M. Galimberti</i>	36
Arte sacra ritrovata <i>Daniele Cassinelli</i>	39
Nel ricordo del professor Vittorio Perotti <i>Walter Montorsi</i>	43
Recensioni <i>Elisabetta Zanarotti Tiranini</i>	45
Dal Passato: L'impegno autodidattico del medico <i>Piero Franzini</i>	47
Cronache amministrative	50

La copertina

Sant'Ambrogio - che ricordiamo nella data tradizionale - dal cortile richiniano dell'antica Ca' Granda: autore F. Pandiani sul calco originale scolpito dall'Amadeo (*Foto d'archivio della Soprintendenza per i Beni AA. e AA.*)

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

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

ai lettori

Nel titolo dell'intervista che apre il fascicolo a Luigi Roth e a Carlo Tognoli è implicita la domanda di molti nostri lettori: perché la Fiera con l'Ospedale Maggiore? La risposta all'inizio del testo: "due fondazioni diverse, eppure uguali nell'interpretare - nei due differenti contesti storici - un certo modo di "essere Milano" (...) e, ancora "la ricchezza che si fa opera di bene (...) ed elegge la città a "soggetto sociale" fondando e mantenendo un grande ospedale".

Di una malattia del nostro tempo - l'obesità - Giorgio Cosmacini ripercorre storicamente quelle che furono le idee dei medici al riguardo, esemplificando in alcuni personaggi illustri lo stile alimentare improntato ai "consumi di lusso".

La competenza e la chiarezza che conosciamo, nell'intervento del dott. Giuseppe Maiocchi a commento delle forme di presentazione e comunicazione nel campo medico-farmaceutico: qui si tratta del "placebo", termine frequentemente e non sempre opportunamente chiamato in causa, e aperto per noi in queste pagine alla migliore comprensione.

L'uomo di fronte alla malattia ieri e oggi: gli basta ciò che consentono e ottengono le grandi scoperte di questi anni? Gli bastano la trasformazione profonda della tecnologia e le "certezze" riportate quotidianamente dai media sui... "miracoli documentati" della medicina? Il dott. Francesco Fiorista alle pagine 15-20.

L'edicola e la sua nuova "accoglienza" del mercato: un po' di tutto, puntato sui colori che attirano il lettore, sugli oggetti incredibili che accompagnano i giornali, ma... e finalmente, il libro. Da prendere in mano, da guardare, e portare a casa. Nuovi tempi e nuovi interessi. Una conquista - per Piero Lotito - che continuerà.

Ancora un dono sulla conoscenza della nostra città dal prof. Vincenzo Bevacqua: qui si tratta delle quasi sconosciute "Crocette", ma le sue sono comunque pagine attese anche dai nostri lettori, in quanto nell'autore - milanese - è viva ed evidentissima sempre la passione per la ricerca, ma con un interesse "affettivo" che gli fa unire costantemente nel ricordo la Città alla Ca' Granda.

La prima originale indagine di Cristina Cenedella nel fascicolo 3/04 della rivista, tra i nostri quadri, i nostri ritratti e quelli del Pio Albergo Trivulzio, ha destato particolare interesse e attesa di un seguito. Qui nuovi confronti fra benefattrici e benefattori dei due Enti nell'Ottocento.

Particolare spirito di osservazione sul quotidiano nel prof. Antonio Randazzo e, come sempre, una piacevole bonaria ironia che richiama la nostra attenzione sugli ormai purtroppo diffusi comportamenti attorno a noi e, però, augurabile, anche sui nostri.

La convivenza da augurare quotidianamente a tutti è quella che Antonella Cremonese nota giornalista del Corriere della Sera, molto nota anche fra i nostri lettori, ci rende familiare portandoci realisticamente nel suo luogo di lavoro, rivelandoci momenti diversi con particolare sensibilità e, anche, con affettuose considerazioni.

Due interventi dal nostro archivio storico: Paolo Galimberti dà notizie dell'importante partecipazione dell'Ospedale Policlinico, oggi Fondazione, "che si conferma come una realtà di assoluto rilievo nel panorama museale milanese" alla Mostra Milan: The Splendor of a Great City, a Osaka. Daniele Cassinelli ci fa conoscere storia e ritrovamento di alcune nostre opere di arte sacra con notizie interessanti anche sugli autori delle stesse.

Il prof. Montorsi ricorda il prof. Vittorio Perotti, figura istituzionale delle nostre - allora quattro - unità ospedaliere, recentemente scomparso.

"Donne contro le guerre": chiara e meditata la recensione di Elisabetta Zanarotti Tiranini.

*Competenza ed esperienza dell'indimenticabile prof. Piero Franzini nell'attesa rubrica **Dal Passato**.*

L'asterisco e le cronache amministrative chiudono il fascicolo.

Intervista

La Fondazione FieraMilano entra nella Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena

ALVISE MAMPRIN a LUIGI ROTH, presidente della Fondazione FieraMilano
a CARLO TOGNOLI, presidente della Fondazione Ospedale Maggiore

Da una parte la Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, che nasce dalla storica Ca' Granda fondata nel 1456. Dall'altra la Fiera di Milano, che nasce nel 1920 e dal 2000 opera come Fondazione di diritto privato alla guida del gruppo FieraMilano. Due Fondazioni diverse, eppure uguali nell'interpretare - nei due differenti contesti storici - un certo modo di "essere Milano", che parte sempre da uno sguardo sul mondo futuro, e parla un linguaggio di novità, modernità, spirito d'impresa.

Era anche "impresa", 550 anni fa, fondare un ospedale per curare gli ammalati con le migliori risorse e i migliori medici a disposizione in quel tempo, andando al di là del concetto antico di ricovero e assistenza. Ed è stata "impresa" nel senso moderno della parola, davanti alla Milano che 86 anni fa fioriva di fabbriche e di attività produttive, pensare a qualcosa che le mettesse in una vetrina che ben presto sarebbe stata internazionale. Con meno voglia di spettacolo dell'Esposizione Universale di Parigi del 1900, e con lo spirito più vicino alla prima grande esposizione industriale che si tenne a Londra nel 1851, per proporre una nuova forma di rapporti tra le nazioni tramite l'industria, avendo come speranza la pace.

Il fatto che alla fine di luglio Fondazione FieraMilano sia entrata, come partecipante a pieno titolo, nella Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, è una cosa che può meravigliare soltanto se non si coglie un lega-

me preciso che è sempre stato evidente, quello della ricchezza che si fa opera di bene, con le risorse del commercio e del lavoro che eleggono la città a "soggetto sociale", fondando e mantenendo un grande ospedale. Se poi si consulta quel grande e affascinante "indice" che è la quadreria dei benefattori della Ca' Granda (una raccolta straordinaria, che troverà sede stabile nell'Abbazia di Mirasole), si ha per così dire la prova-finestra: tra l'Ottocento e il Novecento, i titolari della nascente industria milanese e lombarda sono anche i sostenitori dell'ospedale, così come i loro figli sono tra i fondatori della Fiera di Milano.

Un legame che si riannoda, quindi?

Lo chiediamo a Luigi Roth, presidente di Fondazione FieraMilano.

Presidente Roth, qual è il senso della partecipazione della Fondazione FieraMilano alla Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena?

«L'idea è nata per valorizzare gli aspetti sociali della nostra Fondazione, che si è data come nuova *mission* quella di essere una "Fondazione di sviluppo", con attività e progetti di promozione e di realizzazione di iniziative di sviluppo economico, sociale, culturale e scientifico, di riqualificazione del territorio e di potenziamento delle infrastrutture al servizio delle imprese. Abbiamo pensato che rientrava in questa filosofia portare la nostra esperienza a un progetto così nobile come quello di rilanciare il ruolo di eccellenza dell'Ospedale

Maggiore, che si è accresciuto con l'unione degli ospedali confluiti nella sua Fondazione».

Che cosa porta con sé questo ingresso?

«È un esempio di collaborazione tra pubblico e privato in materia di sanità. Fondazione FieraMilano entra portando in dote un apporto di esperienza, di *know how* (cioè il “saper fare”, un insieme di conoscenze tecniche e gestionali) e di capitali, per un valore di circa 13 milioni di euro in sette anni.

Noi però non ci mettiamo al posto della Fondazione ospedaliera, e tanto meno in alternativa ai suoi progetti. Noi non vendiamo servizi, non è questa la nostra missione. Siamo entrati come partecipanti perché sappiamo di poter portare la nostra esperienza nella interpretazione e gestione di un servizio, all'interno di un progetto che resta quello dell'ospedale. Ci mettiamo a disposizione, con umiltà.

Io credo nella sanità milanese. Tra l'altro, da ragazzo, avrei voluto fare il medico, poi invece mi sono iscritto alla Bocconi e ho preso un'altra strada. La nostra è una sanità eccellente, il cui valore aggiunto sono i medici e gli infermieri. È un gran peccato che spesso si debba scontrare con problemi strutturali».

Nel caso della Fondazione Ospedale Maggiore, quali sono?

«Il fatto più determinante è che si è in pieno centro cittadino, a cento metri dal Duomo. È uno spazio che non è ampliabile, che resta quello che è. Per riuscire ad attuare il progetto occorre la cosiddetta “ottimizzazione”, cioè riuscire a realizzare gli obiettivi desiderati risparmiando tempi e costi, e soprattutto tenendo conto che l'attività assistenziale e di ricerca devono continuare senza alcuna interruzione, e mantenendo la qualità. Come amministratore delegato della Breda Ferroviaria, dal 1993 al 2001 io ho passato la mia vita tra i treni, e se la scommessa è quella di cambiare le ruote a un treno in corsa, bisogna saperlo fare».

Com'è nata l'idea di questa collaborazione?

«Come idea, nasce da un incontro in Regione con il Presidente Roberto Formigoni. E ci offre l'op-

portunità per un primo passo concreto di applicazione dell'ampliamento della nostra *mission*. Nasce dall'esperienza che ci siamo fatti con la costruzione del Nuovo Polo della Fiera. Nessuno credeva che l'avremmo realizzato nei tempi (appena 30 mesi) e con i costi previsti. Come qualcuno ricorderà, avevamo installato una sorta di gigantesco “orologio” lungo la statale del Sempione, con cui facevamo il conto alla rovescia dei giorni che mancavano alla fine dei lavori. Tutti potevano constatare che stavamo tenendo fede all'impegno assunto.

Quella del Nuovo Polo è stata una realizzazione complessa, perché doveva tener conto anche di variabili che non erano nelle nostre mani. Abbiamo proceduto con il sistema del *gant*, un termine gestionale che consiste nel fare una valutazione integrata delle attività. È un diagramma di flusso, in pratica. Significa che bisogna tenere presenti, in ogni momento, tutti i segmenti che concorrono all'avanzamento dei lavori o lo ritardano, e prevedere in anticipo come poter evitare gli ostacoli. Sennò si finisce nella situazione di *game over*, e il lavoro si ferma.

Dalla realizzazione del Nuovo Polo abbiamo imparato moltissimo, e ci siamo anche resi conto che potevamo mettere la nostra esperienza al servizio di altri soggetti. Abbiamo prima lavorato per la realizzazione dei nostri progetti (per la trasformazione della Fiera in un Sistema espositivo con due poli distinti ma sinergici) ma poi abbiamo cominciato ad avere richieste di consulenza su altri fronti. Dai Comuni, per esempio. Da quelli di Como e Cinisello. Abbiamo capito che siamo capaci d'interpretare lo sviluppo del territorio, rispettandolo. La nostra è stata un'esperienza irripetibile, siamo arrivati a risultati che ci sono costati molta fatica e ci hanno imposto estrema attenzione e severità. Sarebbe stato controproducente e da egoisti non offrirci di assistere un progetto così nobile come questo della Fondazione Ospedale Maggiore».

Conclusioni?

«Credo che le Fondazioni sono conservazione di *asset* indispensabili per il Paese, ma certamente sono futuro quando s'impegnano nello sviluppo».

Carlo Tognoli, a proposito della presenza della FieraMilano nella Fondazione ospedaliera

Da quasi un anno è nata la Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, ente non profit il cui statuto prevede l'ingresso di soggetti privati che siano in linea con gli obiettivi sociali. E da sei mesi nel Consiglio di amministrazione della Fondazione ospedaliera è entrata, come partecipante a pieno titolo, la Fondazione FieraMilano. È il primo esempio in Italia di un "modello" che nelle speranze di tutti si dovrà dimostrare in grado di organizzare un nuovo modo di fare sanità. Mantenendo l'obiettivo della pubblica utilità e dell'universalismo delle cure garantite a tutti, ma agendo con spirito imprenditoriale, e arricchendo il patrimonio. È una realtà, quella delle Fondazioni, che si è affermata all'estero da molto tempo.

Viene in mente una realtà profondamente diversa da quella italiana e anche europea, quella degli Stati Uniti, dove le Fondazioni sono ben 66mila, e nel 2004 hanno contribuito alla crescita della società con la cifra record di 32,4 miliardi di dollari. Negli ultimi sessant'anni, in tutto il mondo sviluppato, le Fondazioni hanno contribuito in misura fondamentale allo sviluppo della medicina e della ricerca scientifica, con cui hanno formato un binomio tanto inscindibile che probabilmente non si va lontani dal vero se si afferma che molte scoperte e molti progressi non ci sarebbero stati senza le Fondazioni. Per l'Italia, un esempio per tutti lo fornisce la Fondazione Telethon, che ha fatto crescere di molti punti la ricerca italiana sulle malattie rare.

Ma ci sono le Fondazioni erogatrici (cosiddette "granting", che finanziano altri soggetti per attività ritenute meritevoli di sostegno) e le Fondazioni operative ("operating"), che perseguono le loro finalità attraverso la propria stessa attività. Quest'ultimo è il caso della Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena. Ed è il caso della Fondazione FieraMilano, entrata con essa in un vero e proprio rapporto di partnership. Ne parliamo con l'onorevole **Carlo Tognoli**, presidente della Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena.

Presidente, qual è il bilancio di questi primi sei mesi trascorsi dall'annuncio dell'entrata della Fondazione FieraMilano, come partecipante a pieno titolo, nella Fondazione ospedaliera?

«Innanzitutto, un'immagine nuova presentata alla città. Due enti grandi e famosi, entrambi di grande prestigio, hanno deciso di procedere insieme in un'operazione di forte connotazione sociale, dare a questo complesso ospedaliero tutte le possibilità di sviluppo che sono necessarie per fare un'assistenza medica di eccellenza, e per portare i risultati della ricerca direttamente al letto del malato. La Fondazione FieraMilano, esperta di gestione e di ottimizzazione delle risorse, è un compagno di strada in grado di portare in questa operazione uno know how di grande valore per un ente come il nostro».

Quali sono gli obiettivi di fondo sui quali lavoreranno insieme la Fondazione Ospedale Maggiore e la Fondazione FieraMilano?

«Essere sempre più dinamici e aperti al nuovo; puntare all'integrazione tra ricerca e assistenza; curare il malato e non la malattia. L'unione dell'Ospedale Maggiore con la Clinica Mangiagalli e con la Clinica De Marchi ci dà praticamente in mano la cura di tutte le età della vita, a partire dalla vita del bambino che non ha ancora visto la luce. E poi mi piace aggiungere (e il presidente della Fondazione FieraMilano condivide questa mia convinzione) che non si fa un grande ospedale senza valorizzare chi ci lavora. Bisogna avere attenzione verso il personale medico, infermieristico, tecnico. Tutte le grandi imprese internazionali sanno che bisogna investire nel capitale umano se si vogliono ottenere buoni risultati».

Lei una volta ha definito questo complesso ospedaliero "una cittadella nella città"...

«Sì, perché lo è. La Fondazione, incorporando l'Ospedale Maggiore e le altre strutture prima dipendenti dagli Istituti Clinici di perfezionamento, ora ha davanti il compito di dare omogeneità a un complesso vastissimo, tra via Francesco Sforza, via Commenda, via Pace, via San Barnaba. È un vero e proprio "polo" medico scientifico, e FieraMilano, seguendo il modello che noi abbia-

mo proposto a suo tempo, ci potrà dare tutta la sua grande esperienza in tema di riqualificazione del territorio e potenziamento delle infrastrutture. L'accordo di programma sottoscritto dai fondatori (Regione, Ministero della Salute, Comune di Milano) prevede il rifacimento e l'ampliamento di alcuni padiglioni, la demolizione di altri e la costruzione di nuovi, nell'ambito di un progetto urbanistico che ha suscitato molto interesse da parte del presidente di Fondazione FieraMilano, Luigi Roth. Perché? Perché ridisegnando il complesso ospedaliero si deve tener conto anche dell'estetica, dell'ambiente, della viabilità e dei trasporti. Per noi, l'obiettivo è quello di realizzare "il giardino urbano della salute". È un pezzo di Milano che viene trasformato e abbellito, mentre per i malati si prepara un complesso ospedaliero con tutti i comfort. E un grande posto sarà dato alla ricerca».

Qui c'è la grande tradizione universitaria, ci sono reparti e specialità leader in Italia, e c'è appunto una ricerca che guida la classifica nazionale in molti settori scientifici. Milano si propone in questi anni come "città della scienza", e ci sono molti progetti. Quali sono quelli della Fondazione Ospedale Maggiore? E quale sarà il ruolo che potrà svolgere la Fondazione FieraMilano?

«Non solo vogliamo mantenere e potenziare la funzione di ospedale di insegnamento universitario e specialistico, ma abbiamo un programma che mette al centro la medicina dell'immediato futuro. Dando un ruolo centrale alla ricerca. Vogliamo valorizzare e tutelare la proprietà intellettuale dei risultati della ricerca scientifica, e in questo obiettivo la partnership con un soggetto come la Fondazione FieraMilano ci sarà preziosa».

Per la ricerca, quali sono i progetti?

«Come già annunciato, qui sarà ospitato un prestigiosissimo Istituto Nazionale di Genetica Molecolare. Abbiamo già la *Cell Factory* per la moltiplicazione delle cellule staminali e, con il Constem, il consorzio per lo studio delle cellule staminali, partecipiamo a un *network* di cui fanno parte i migliori scienziati italiani e centri di ricerca di

grande livello. Le tecnologie biomediche sono uno degli altri grandi interessi, così come lo è tutto l'ambito di ricerca e di studio sulla riparazione e sostituzione di cellule, organi e tessuti.

Alla medicina dei trapianti che ha nell'Ospedale Maggiore uno dei suoi centri più qualificati, va ad affiancarsi quella "medicina rigenerativa" che si annuncia come un punto di svolta della scienza medica.

Nel campo della medicina preventiva, abbiamo anche il progetto di sviluppare l'attività della Clinica del Lavoro nella direzione della ricerca sull'ambiente, centro di riferimento regionale. Ricordo, a questo proposito, che lo studio longitudinale sugli effetti a lungo termine della diossina, deciso dopo lo scoppio dell'Icmesa, è da allora affidato proprio agli specialisti della Clinica del Lavoro, che hanno pubblicato numerosi report di livello internazionale, a cui si guarda da tutto il mondo. Fondazione FieraMilano potrà avere un ruolo centrale nel *fund raising*, cioè nel reperimento di capitali e donazioni per sostenere questa eccellente ricerca, e potrà dare utili suggerimenti organizzativi. Inoltre la sua esperienza nel suscitare eventi e nell'essere "vetrina" privilegiata del mondo della produzione sarà di grande impatto strategico anche nel dare al pubblico l'immagine della medicina e dell'assistenza moderne che noi vogliamo offrire».

Obesità, consumi di lusso e stili alimentari nella storia*

GIORGIO COSMACINI

Nel *Corpus hippocraticum* che comprende oltre 70 trattati d'Ippocrate e della sua scuola, raccolti dai bibliotecari di Alessandria d'Egitto nel III secolo a.C., c'è il testo intitolato *Regimen* o, alla latina, *De diaeta*. "Dieta" o "regime" sono nomi e concetti che trascendono il significato riduttivo odierno di "alimentazione" comprendendo anche l'esercizio fisico, l'attività ginnastica, il lavoro, il riposo: in una parola lo stile di vita. L'alimentazione vera e propria vi figura peraltro a pieno titolo, correlata alla quantità e qualità dei cibi, alla sobrietà o alla opulenza di vita, alla costituzione e alla condizione umana. Quanto alla costituzione corporea - magrezza od obesità - nei testi della medicina greco-romana essa è raramente menzionata oppure, dove se ne fa cenno, essa è citata con riferimento maggiore alla sua varietà in difetto che alla sua varietà in eccesso, come d'altronde abbastanza ovvio in un contesto sociosanitario in cui, fatta eccezione per i pochi biotipi appartenenti alle classi ricche e agiate, si facevano i conti assai più con le penurie alimentari che con i consumi di lusso.

Tuttavia nel *De medicina* di Aulo Cornelio Celso, il maggior ingegno in campo medico fiorito in Roma ai tempi dell'imperatore Tiberio, c'è una frase (libro II:1) molto significativa al riguardo, nella quale si afferma che "*obesi plerumque acutis morbis et difficultate spirandi strangulantur*". La traduzione letterale della sinistra asserzione recita: "Gli obesi sono perlopiù strangolati da morbi acuti e da difficoltà di respirare". Come a dire, nell'ottica del tempo: l'obesità è una condizione corporea che predispone all'insorgenza repentina di mali quali i colpi apoplettici, il sopraffatto da polisarcia o crassitudine, la dispnea da gravame al precordio.

L'obesità non impedì però a Caio Mario, tribuno della plebe e condottiero delle legioni romane nelle

battaglie contro i Teutoni e Cimbri, di raggiungere la ragguardevole età di 71 anni. "Mario era di piccola statura ed era diventato più largo che lungo e forse fu proprio la sua enormità a spaventare il cimbro incaricato di ucciderlo". È quanto scrive Anthelme Brillat-Savarin, l'arguto autore della *Physiologie du goût* (1825), il quale dedica nel trattatello un ampio spazio al tema dell'obesità, menzionando anche "un famoso imperatore romano alle cui dita le collane della moglie servivano da anelli" tanto erano grasse, come il resto del corpo.

La letteratura medica del Medioevo, oltreché in "commentari" di testi autorevoli - di Ippocrate, Galeno, Avicenna - si espresse in "compendi" di precetti noti come *regimina sanitatis*, cioè come "regole di salute" finalizzate a serbare il benessere, evitare le malattie, ritardare la vecchiaia, allungare la vita, posticipare la morte. Tali regole contemplavano sempre raccomandazioni contro l'abuso del cibo (e del vino). Paradigmatico il *Regimen salernitanum* elaborato dei medici della Scuola di Salerno, i quali insegnavano innanzitutto a vivere una vita sobria facendo a meno dei medici stessi.

"Se vuoi vivere sano e senza mali, schiva gli affanni, guardati dall'ira, bevi e mangia, ma poco.."

(*Si vis incolumen, si vis te reddere sanum, curas tolle graves, irasci crede profanum, parce mero, coenato parum..*).

Ma per trovare esempi significativi di una casistica clinica di pazienti superalimentati od obesi bisogna fare ricorso alle memorie degli annalisti o alle narrazioni degli storici, nei cui racconti affiorano riferimenti a questo o a quel paziente, perlopiù d'alto rango, ipernutrito o malnutrito e affetto da una condizione morbosa dove non è sempre facile discernere tra polisarcia (obesità), pinguedine (grassezza) ed enfiagione (idropisia o stato edematoso).

Prendiamo tre casi: il primo è quello di "sua Excelitudine" Francesco Sforza duca di Milano, che nel

*Dal 5° rapporto sull'obesità in Italia a cura dell'Istituto Auxologico Italiano, Franco Angeli, Milano 2004

Carteggio degli oratori mantovani alla corte sforzese (1450-1500) è detto che, “se non lassa de desordenare”, andrà di male in peggio e alla fine “ghe lassarà la pelle”. Ma la “tumefatione del corpo et delle gambe è grande” e magistro Benedetto - Benedetto Reguardati da Norcia, archiatra del duca e suo uomo di fiducia anche in campo diplomatico - dispera di poter giovare a un paziente indocile, che rifiuta una dieta stretta a base di “pistata” (pantrito o purea) a meno che non sia arricchita da “vernazzola” (vernaccia), “cosse de turdo” (cosce di tordo) e “limaghe” (lumache).

Il secondo caso è quello dell'imperatore Carlo V, nel cui *Simulacro*, dovuto alla penna di Francesco Sansovino, è scritto che “mangiava assai e cose generative di humori grossi e viscosi, dal quale mangiare procedono gotta e l'asma”. Il maggiordomo imperiale Luis Mendez Quijada, parlando del suo signore, osserva che “i Re indubbiamente si immaginano che il loro stomaco e il loro organismo siano differenti da quelli degli altri uomini”. Anche sul finir della vita, chiuso nel convento di Yuste in Estremadura, dove fa voto di rinuncia a tutto, Carlo V non rinuncia ai piaceri della tavola: “pesci, ostriche fresche o in *escabèche*, pasticcio di anguille, pernici di Gama, salsicce di Tordesillas...”. Il biografo Karl Brandi ha scritto che Carlo V “mangiava e beveva proprio quello che meno gli si addiceva: a mezzodì eccedeva nel rimpinzarsi di pesanti pietanze di carne, a dispetto di tutte le esortazioni”. Narando *Gli ultimi anni di Carlo V*, William H. Prescott ha scritto dal canto suo che il confessore cardinale Loyasa “lo ammoniva di desistere da questa perniciosa pratica di mangiare e bere cotanto, ricordandogli che il Creatore non avealo messo al mondo perché si abbandonasse al piacere dei sensi”.

Il terzo caso non è quello di un paziente forse idropico come il duca di Milano o di un paziente ingordo e forse bulimico come il capo supremo del Sacro Romano Impero; è quello di un paziente sicuramente ingrassato ai limiti dell'obesità, affetto da una malattia anacronistica da “società dei consumi”, da consumi di lusso, in un paese dove i suoi sudditi nel 1693, quando egli già si inoltra nel settimo decennio di vita (e nel sesto di regno), “languiscono per la fame e la miseria e muoiono nelle piazze e nelle strade, nelle città e nelle campagne a causa della

carestia”. È quanto scrive nei suoi *Mémoires* un cronista del tempo, funzionario di provincia nella Francia del Re Sole. Questo re, Luigi XIV, è appunto il sovrano in questione, medicalizzato in permanenza da un esercito di sanitari, che provvedono a evacuare ogni giorno, per via orale (vomiti) o aborale (clisteri), il canale gastroenterico di un mangiatore avvezzo a rimpinzarsi quotidianamente di cacciagione frollata e piccantissima, di salse tartufate e drogate, d'insalate zuppe d'aceto e zeppe di pepe. L'enorme mole di cibo “riscaldante” ingurgitata dal re in grande sovrappeso è bilanciata dai suoi medici non con restrizioni dietetiche, ma con prescrizione d'altro cibo, “refrigerante”, a base di sorbetti “all'italiana”, di cocomeri e di meloni ghiacciati, di *champagne* di Reims gelato da tracannare in abbondanza.

I consumi di lusso dei re di Francia non sono tra le cause ultime dei *cahiers de doléance* redatti dai loro sudditi. Tali consumi sono, nella prima metà del Settecento, stigmatizzati in Italia, nel campo della sanità, da Antonio Cocchi, medico - chirurgo del fiorentino Ospedale di S. Maria Nuova e strenuo assertore del “vitto pitagorico”, razionale, parco, vegetariano: un vitto in sintonia con gli ideali di Rousseau, del ritorno a una natura piacevole, diversa dai giorni di magro prescritti dalla liturgia cattolica ma in fondo altrettanto benefica quanto ad astinenza da cibi “crassi” e pasti sovrabbondanti.

Una forte polemica settecentesca contro il lusso e i suoi consumi è quella sostenuta dal clinico svizzero Samuel August Tissot, autore di un *Avis au peuple sur sa santé* (1861), dov'è detto a chiare lettere, nella “introduzione”, che tra i fattori che “nuociono alla popolazione” c'è il lusso che “indebolisce la salute” e “ruina il temperamento”, onde bisogna osservare bene la “quantità e qualità degli alimenti che si danno” (capitolo II) poiché “tutto ciò che si mangia si corrompe” e quindi l'eccesso di cibo si trasforma in corruzione. È quasi il presentimento delle scorie nocive di un alterato metabolismo intermedio.

Veniamo al primo Ottocento e torniamo alla prosa di Brillat-Savarin che tenta una definizione di obesità: “Io intendo per *obesità* quello stato di congestione grassa in cui, pur senza una vera e propria malattia, le membra poco a poco aumentano di



L'obeso. (scultura etrusca ellenistica -sec. III-II a. C.)

volume perdendo la forma e l'armonia primitive". Aggiunge il nostro autore: "Esiste un tipo di obesità limitato esclusivamente al ventre; non l'ho mai riscontrato nelle donne; e siccome in genere i loro tessuti sono più molli, quando l'obesità le attacca, non risparmia nulla. Io chiamo *gastroforia* questa varietà di obesità, e *gastroforo* chi ne è affetto. Io stesso faccio parte di questa categoria, ma, quantunque dotato di un ventre piuttosto prominente, ho ancora la gamba, dal ginocchio in giù, asciutta, e il tendine sporgente come quello di un cavallo arabo". Questo abbozzo di nosografia dell'obesità fa parte della "ventunesima meditazione" del trattatello fisiologico "sul gusto". Commenta in proposito il semiologo e critico Roland Barthes (1975): "Tutti conoscono la fortuna immensa di questo tema nella nostra cultura di massa: non passa una settimana senza che ci sia, nella stampa, un articolo sulla necessità e sui sistemi di dimagrire. Sicuramente questa smania di magrezza risale, attraverso varie tappe intermedie, alla fine del XVIII secolo. Sotto l'influsso di Rousseau e dei medici svizzeri Tronchin e Tissot, nasce una nuova idea dell'igiene, il

cui principio non è più la sazietà, ma la riduzione. L'astinenza prende il posto dell'universale salasso, la dieta ideale si compone di latte, di frutta, di acqua fresca".

Ma ridiamo la parola a Brillat-Savarin, che è un obeso pentito: "Considero il mio ventre come un terribile nemico. L'ho vinto, bloccandolo a dimensioni maestose, ma per vincerlo ho dovuto battermi. È stata una lotta più che trentennale". Quali gli insegnamenti tratti? Anzitutto una riflessione sulle cause: "L'obesità è sconosciuta presso i selvaggi e in quei ceti sociali in cui si lavora per mangiare e si mangia unicamente per vivere". Tra "le principali cause dell'obesità, la prima è la naturale predisposizione dell'individuo. [...] La seconda causa fondamentale va ricercata nei farinacei e cereali di cui è costituita l'alimentazione giornaliera. [...] Una duplice causa di obesità risiede nell'abitudine di dormire più del necessario e la mancanza di esercizio fisico. [...] Un'ultima causa di obesità risiede negli eccessi del bere e del mangiare".

Segue una stima del danno: "L'obesità ha una influenza negativa sui due sessi, perché è nemica della forza e della bellezza".

Efficacia e sicurezza dei farmaci e prodotti salutistici: un po' di chiarezza sui termini

GIUSEPPE MAIOCCHI

Una strisciante, spiacevole sensazione di ignoranza mi prende quando non capisco quello che leggo su un giornale, o che ascolto alla Tv. A volte, poi, tale sensazione si trasforma in disappunto, quando intuisco che il ricorso a termini astrusi, o la sottolineatura di un certo concetto da parte di un testimonial dall'aspetto serio e autorevole non sono altro che espedienti ricercati apposta per farmi sentire un po' inadeguato di fronte al messaggio che passa e, di conseguenza, più incline a "fidarmi" dell'esperto di turno che, probabilmente, mi sta "consigliando" qualcosa da acquistare.

Eh, sì, perché questo giochetto fa parte dei segreti della comunicazione, in genere, e della pubblicità in particolare. Non voglio demonizzare la pubblicità, e tanto meno le varie forme di comunicazione che le tecnologie moderne ci mettono a disposizione: sono segni di progresso e di libertà, sono strumenti di conoscenza e di creatività a cui per nessun motivo dovremmo rinunciare! Sto solo rilevando una certa, e a mio giudizio eccessiva, sovraesposizione di termini scientifici o, peggio ancora, medici, per suggestionare il possibile acquirente. Non si spiegano altrimenti certe pubblicità presenti su diffusi rotocalchi nazionali, come, ad esempio, la pubblicità di un'acqua minerale che dice che "il potassio fa bene ai muscoli e alla circolazione arteriosa", o quella di un bagnoschiuma che sottolinea la sua "formula altamente idratante", o quella di una confezione di verdure surgelate che ne decanta le "proprietà salutistiche" perché questi prodotti sono "naturalmente ricchi di antiossidanti, vitamine, fibre, minerali, elementi indispensabili per il nostro organismo".

A maggior ragione bisogna prestare attenzione a questa modalità di comunicazione quando i prodotti pubblicizzati sono venduti in farmacia, pur non essendo "farmaci" (per i quali la pubblicità è rigidamente controllata da leggi dello Stato).

Per rimanere agli esempi trovati su di un noto setti-

manale, ecco un elenco di termini inseriti in pubblicità di prodotti diversi, non medicine, tutti venduti in farmacia: "ipoallergenici", "difese immunitarie", "azione antiossidante detossificante", "prebiotici naturali", "derivati cumarinici", "acquaporine oculari", "azione destrutturante dei radicali liberi", "proprietà vascolarizzanti", "acido ialuronico" ecc. Questi termini, enunciati senza spiegazione e piazzati in una pagina solitamente ben confezionata, acquistano un'enfasi particolare se accompagnati dalla foto di un serissimo "ricercatore" in camice bianco dallo sguardo rasserente. Ma il top dell'efficacia è raggiunto quando nella pubblicità compaiono formule quasi miracolose: "prodotto clinicamente testato", "risultati statisticamente significativi", "dimostrato scientificamente", "dalla ricerca biologica molecolare".

Salvo poi sentire benevolmente liquidati, da parte di autorevoli tecnici del settore, in alcuni articoli scientifici, gran parte dei suddetti prodotti equiparati, per efficacia, all'acqua fresca, o al più, ad un placebo, termine mutuato dal mondo dei farmaci.

Alt! Qui vorrei una spiegazione. Cosa vuol dire: "prodotto clinicamente testato" oppure: "efficacia statisticamente significativa"?

La ricerca è una cosa seria! I passaggi a cui deve sottoporsi ogni prodotto per avere l'autorizzazione del Ministero della Salute sono rigorosi e severi. E il placebo? Non è forse una cosa seria?

Il placebo

Etimologicamente placebo è la prima persona singolare del tempo futuro del verbo latino placere, da tradursi quindi "piacerò": tale termine si trova nella Volgata (traduzione latina) della versione greca della Bibbia, dove nel Salmo 114, recitato nei Vespri dei Defunti si legge: "*Placebo Domino in regione vivorum...*" "Piacerò al Signore nel mondo dei vivi..." In molti paesi d'Europa, già all'inizio

del secondo millennio, “cantare il placebo” era una precisa mansione delle prèfiche, donne che a pagamento erano deputate a piangere e a tessere le lodi e le virtù in vita dei defunti.

Lo Zingarelli così definisce il termine placebo: “Ogni preparato privo di sostanze attive somministrato a un paziente con disturbi di origine non organica per suggestionarlo, facendogli credere che si tratta di una cura reale, oppure usato in sostituzione di un farmaco per misurare l’azione farmacologica”.

Già questa definizione pone il placebo sotto una triplice luce: una luce quasi dispregiativa, quando si riferisce a un farmaco che non è un farmaco, perché privo di sostanze attive, una luce nello stesso tempo positiva, quando si evidenzia che comunque esso produce un effetto utile, e infine una luce neutra, quando si dice che il placebo è impiegato come ele-

mento di confronto negli studi clinici controllati.

Va subito sottolineata una singolare incongruenza sotto il profilo concettuale: il placebo, sostanza inerte e inattiva, è in grado di generare comunque un effetto positivo chiamato effetto placebo che ha una rilevanza a volte affatto trascurabile.

Il trattamento placebico non si esaurisce nell’uso di sostanze inerti o inattive, ma si espande in tutta un’altra serie di trattamenti non farmacologici. È ben noto, infatti, che il solo fatto di sottoporsi a una forma qualunque di terapia giova ai pazienti. Decidere di recarsi dal medico, essere visitati, rassicurati, ottenere una prescrizione, seguire le indicazioni ricevute, eccetera, tranquillizza il malato, ne riduce l’ansia e lo stress, e ne rafforza di conseguenza le capacità di autoguarigione. Soprattutto per chi lamenta disturbi funzionali o per chi soffre di modeste forme di ansia, era d’uso prescrivere farmaci “finti” per compiacerli: sono i cosiddetti placebo. Ma non è solo su questi “malati immaginari” che agisce l’effetto placebo: esso può modificare anche molti parametri fisiologici dell’organismo.

Ma allora, può il corpo umano guarire da asma, ipertensione, dolori cronici e malattie cardiache semplicemente assumendo acqua fresca, o pillole di zucchero?

Sostanze con azione farmacologica (un sonnifero, uno stimolante, ecc.) hanno effetto sull’organismo anche se somministrate all’insaputa della persona. Ma, paradossalmente, vale anche l’inverso: sostanze inattive talvolta hanno effetto se vengono presentate al paziente come efficaci.

Nell’ambito del trattamento farmacologico, qualche autore distingue tra “placebo puri” e “placebo impuri” definendo i primi come preparati privi di una specifica attività farmacologica misurabile, e inserendo tra i secondi quei farmaci “veri”, composti chimici o fitoterapici regolarmente in commercio, ma utilizzati, ad esempio come alcuni polivitaminici, come “ricostituenti”, in soggetti che non hanno deficit vitaminici.

Va detto subito che c’è una condizione ineliminabile e necessaria perché si ottenga l’effetto placebo: esso è registrabile solo nell’uomo cosciente. Infatti in soggetti in coma, o che subiscono un’anestesia generale, il placebo non evoca alcuna risposta. È il sistema nervoso centrale che ha quindi un ruolo



Dal “mondo della farmacia” nei cento anni dell’Aspirina.

essenziale perché il placebo possa agire, il che conferma che si tratta di un effetto psicosomatico, nel senso più immediato di questo termine.

Per questo, anche se il placebo è una sostanza inerte e inattiva, e quindi senza alcuna significativa caratteristica farmacologica, il suo uso può riprodurre comportamenti considerati caratteristiche esclusive degli agenti farmacologicamente attivi: l'effetto *building up*, o curva tempo-effetto, con il raggiungimento progressivo del massimo dell'effetto, l'effetto *cumulativo*, per cui l'effetto è maggiore per dosi ripetute, e l'effetto *carry-over* cioè la persistenza dell'effetto dopo la sospensione del trattamento. Non solo: l'effetto placebo si conferma nella convinzione che la scelta di un colore piuttosto che un altro possa essere correlata con la maggiore o minore efficacia di un medicinale: alcuni soggetti, ad esempio, non riescono a dormire se non assumono un farmaco bianco. Analogamente il risultato dell'effetto placebo viene modificato dalla sua diversa tipologia di preparazione: così le capsule di placebo risultano più efficaci che le pillole, le iniezioni più delle capsule e le "punture" di placebo che risultano più dolorose (ad esempio con acqua distillata) possono essere un placebo più efficace di quelle praticamente indolori (ad esempio con soluzione fisiologica). La stessa dimensione del preparato placebo sembra influenzarne l'effetto: le compresse particolarmente grandi o particolarmente piccole risultano più attive perché il soggetto nel primo caso associa l'efficacia alla grandezza, nel secondo caso alla potenza.

Elemento determinante nel raggiungimento dell'effetto placebo è l'influenza del medico. L'importanza del medico curante poggia non solo sul suo prestigio e il suo carisma, ma anche sulla sua capacità di comunicare e di convincere, sul suo atteggiamento rassicurante nel tono della voce e all'aspetto. Esistono studi controllati che mettono a confronto l'effetto placebo di medici ottimisti ed esplicitamente fiduciosi circa l'effetto della terapia che stanno consigliando (con placebo o con farmaci), rispetto a medici non entusiasti circa la bontà della cura. E ancora più importante, sempre per quanto attiene all'effetto placebo, è il rapporto medico-paziente, la loro empatia, il loro concordare circa la natura del quadro clinico, la ragionevolezza della cura, la fidu-

cia nei confronti del miglioramento. È evidente che anche il personale infermieristico ha un ruolo non trascurabile tra le componenti dell'effetto placebo. In particolare nell'ambiente ospedaliero gli infermieri sono a contatto quotidiano, più volte al giorno, con i degenti, e sviluppano spesso, con loro, un rapporto di confidenza e fiducia.

Il placebo come elemento di confronto negli studi clinici

È necessario ora chiarire il termine placebo nella sua accezione, già sopra accennata nella definizione dello Zingarelli quando dice che il placebo viene "usato in sostituzione di un farmaco per misurare l'azione farmacologica", appunto come *elemento di confronto negli studi clinici*.

Per "studi clinici" intendo riferirmi a tutta una serie di azioni che portano alla conclusione che un farmaco è efficace e sicuro; tali studi possono essere *osservazionali o sperimentali*; questi ultimi, a loro volta, possono dividersi in *sperimentali non controllati e sperimentali controllati*.

Studi clinici osservazionali

Gli studi osservazionali si basano, sull'osservazione di un evento che è già avvenuto (studi "caso-controllo") o che avverrà (studi "di coorte"). Negli studi caso-controllo si studia retrospettivamente l'incidenza di alcuni fattori, compresi i farmaci, sull'andamento di una patologia che si rileva nel presente. Questo tipo di studio ha permesso di associare l'uso di nicotina al tumore polmonare e dell'acido acetilsalicilico all'ulcera.

Negli studi di coorte si studia prospettivamente l'andamento della patologia in 2 gruppi (coorti) differenziati a seconda del loro trattamento terapeutico. Entrambi gli studi indagano l'esistenza di relazioni causali tra un farmaco e patologia e pur essendo considerati meno rigorosi degli studi sperimentali, non sono influenzati come questi ultimi dall'effetto placebo proprio perché l'osservazione si basa solo su casi a cui è stato somministrato il farmaco e non il placebo!

Studi clinici sperimentali

I diversi modelli di sperimentazione sono riassunti nella tabella che segue.

Modello di sperimentazione	Osservazioni
1. Non controllata	Il trattamento sperimentale viene assegnato a tutti i pazienti eligibili consecutivamente osservati. Non c'è un confronto diretto con gruppi di pazienti trattati in altro modo. Gli effetti del trattamento sperimentale sono valutati in base al confronto con il decorso della malattia trattata con terapia standard, che si ritiene ben noto.
2. Controllata, non randomizzata 2.1 Con controlli paralleli 2.2 Con controlli storici 2.3 Con controlli da banche dati	Il trattamento sperimentale viene assegnato a tutti o a una parte dei pazienti eligibili consecutivamente osservati. C'è un gruppo di pazienti trattati in altro modo, arruolati con procedure diverse che servono come controlli. Rimane incerta la comparabilità fra i pazienti che ricevono il trattamento sperimentale e i controlli.
3. Controllata e randomizzata(RCT)	Il trattamento sperimentale viene assegnato a una parte dei pazienti eligibili consecutivamente osservati (di solito attorno al 50%). Gli altri vengono trattati in altro modo e servono come controlli. L'assegnazione dei trattamenti è fatta mediante un sistema di sorteggio che favorisce la comparabilità fra i gruppi.
4. Meta-analisi	È una tecnica clinico-statistica di assemblaggio di sperimentazioni multiple di uno stesso trattamento (quasi sempre di RCTs) che consente una valutazione quantitativa cumulativa dei loro risultati.

Studi clinici sperimentali non controllati

Come si ricava dalla tabella, questa metodologia ha dei limiti.

Si supponga di dovere verificare l'efficacia di un farmaco antivertiginoso. Esso viene somministrato a 100 pazienti che soffrono di capogiri. Se la scomparsa delle vertigini si registra nella metà dei pazienti, si potrebbe dire che il farmaco ha un'efficacia del 50%. Questo studio clinico (compiuto su pazienti) non ha però controllato l'efficacia del farmaco, ma solo la differenza nella percentuale di pazienti con vertigini prima e dopo il trattamento, decretando arbitrariamente che questa differenza tra il prima e il dopo sia dovuta al farmaco, trascurando altri fattori che possono aver determinato tale differenza (es: dieta, fumo, stress fisici e psichici). L'equazione latina *post hoc propter hoc* "dopo questo, quindi a causa di questo" è appunto la conclusione di uno studio clinico chiamato in gergo scientifico "aperto".

Studi clinici sperimentali controllati

Sono le sperimentazioni raccomandate dalla moderna medicina basata sull'evidenza (EBM).

E proprio in questa fondamentale pagina della sperimentazione sui farmaci entra in gioco il placebo. Il rigore delle sperimentazioni controllate è accentuato dalla pratica del "cieco" (in inglese *blind*): i pazienti non sanno a quale gruppo sono stati assegnati. Ovviamente prima di partecipare ad uno studio in cieco i pazienti devono essere messi al cor-

rente della possibilità che non venga loro somministrato il farmaco sperimentale ma il placebo e ottenere esplicito consenso informato,

In uno studio in doppio cieco (*double blind* in inglese), né i pazienti né i medici sanno chi sta assumendo la cura sperimentale e chi il placebo. Le etichette dei farmaci e dei placebo portano dei codici, che vengono svelati solo alla fine dell'esperimento, o in caso di necessità.

L'efficacia media del placebo è avvalorata dalla situazione in cui il medico "cieco" non riesce a distinguere i pazienti in terapia con il farmaco sperimentale da quelli in terapia col placebo.

I primi studi di questo tipo erano sempre condotti confrontando un principio attivo con una sostanza inerte (placebo), al fine di evidenziare la superiorità del trattamento farmacologico.

Successivamente con lo sviluppo dell'armamentario terapeutico, questo tipo di indagini hanno iniziato ad essere criticate; considerando che nella dichiarazione di Helsinki (promulgata nel 1964 dall'Associazione Medica Mondiale e periodicamente aggiornata) si stabilisce che "in qualsiasi studio medico, a ogni paziente - inclusi quelli del gruppo controllo nel caso fosse presente - dovrebbe essere garantito il miglior comprovato mezzo diagnostico e terapeutico". Questa indicazione impedisce l'uso del placebo come controllo, in presenza di valide alternative diagnostiche e terapeutiche. Infatti, secondo la dichiarazione di Helsinki, la salute del

singolo individuo prevale sui potenziali benefici della società.

Da allora è sempre più opportuno utilizzare come controllo di un farmaco in sperimentazione la migliore alternativa, “gold standard” per la patologia da curare.

La statistica

Nella sperimentazione di un farmaco, nella ovvia impossibilità di poter arruolare tutti i soggetti che potrebbero giovare del trattamento, si ricorre a un campione ristretto di individui che sia però rappresentativo della popolazione in studio. Viene disegnato lo studio, vengono fissati dei rigidi criteri di inclusione ed esclusione dei soggetti, viene fissata la numerosità del campione, vengono fissati gli obiettivi e indicatori attesi (*end points*).

Immaginiamo per esempio che un farmaco X cicatrizzi dopo un mese un'ulcera duodenale nel 50% dei pazienti ed il placebo nel 45%; una differenza del 5% in favore del farmaco può bastare per dimostrare la sua efficacia? Appare chiaro anche ai non addetti ai lavori che questo scarto è troppo piccolo e che la differenza deve essere più consistente, cioè deve essere “significativa”.

Infatti per dimostrare la propria superiorità, il farmaco deve mostrare una differenza statisticamente significativa tra i due tipi di “trattamento” a favore del gruppo di pazienti che è stato trattato con il farmaco: solo allora si può dire che quest'ultimo ha una efficacia terapeutica.

Ma allora si ritorna ai vocaboli incomprensibili delle pubblicità: che cosa significa statisticamente significativa?

I dubbi sulla correttezza dell'espressione “statisticamente significativo” sono ben noti ai lettori di studi scientifici. Comunemente un dato viene considerato “statisticamente significativo” quando esiste solo una probabilità su 20 (il 5%) che sia unicamente frutto del caso. In altre parole: quando posso dimostrare statisticamente la superiorità di un determinato farmaco rispetto al farmaco di confronto o al placebo, vuol dire che ho una probabilità molto elevata (quasi la certezza) che in non più della percentuale dichiarata di pazienti (normalmente 5%) si potrà non verificare tale superiorità. Se ciò che studio è invece la frequenza di effetti indesiderati posso dire

che ho una probabilità molto elevata che in non più di 5 soggetti su 100 registrerò la comparsa di un determinato effetto indesiderato.

Ma questo metodo di calcolo non dà sempre sufficienti garanzie, specialmente quando, per esempio, si tratta di collegare una certa malattia al gene che potrebbe esserne il responsabile.

Spesso sono gli studi molto piccoli che corrono il rischio di arrivare a conclusioni errate, quelli “disegnati male” e quelli che producono risultati numerici bassi (il caso, per esempio, di un farmaco efficace solo nel 10% dei pazienti).

Ma lo statistico invita a prendere con le pinze anche i dati degli studi di dimensioni più vaste, di quelli



Che il placebo possa avere la sua parte nel miglioramento del malato?

ben disegnati e di quelli che lavorano su argomenti particolarmente “caldi”, relativamente ai quali i ricercatori sentono maggiori pressioni.

Un risultato statisticamente significativo può essere assolutamente privo di interesse dal punto di vista clinico, e viceversa un risultato clinico molto importante può non essere statisticamente significativo semplicemente perché basato su una numerosità non adeguata. Gli errori più comuni in cui si può incorrere quando si parla di sperimentazione clinica è l'ampiezza della casistica, cioè il numero di soggetti arruolati: in realtà l'impiego del placebo, come trattamento di confronto, ha molto spesso ragioni di carattere economico (questo tipo di studio costa meno perché richiede meno pazienti) o di opportunità (è più facile che un nuovo farmaco sia migliore del placebo piuttosto di un altro farmaco esistente) anziché ragioni di carattere scientifico.

L'esigenza scientifica si configura nella misurazione più precisa possibile della efficacia del nuovo trattamento sperimentale. Questa esigenza si traduce a volte nella necessità di osservare decine di migliaia di pazienti quando l'efficacia del trattamento non differisce molto da quella del trattamento di controllo.

La sicurezza del paziente

In questa sede non tratterò dei problemi etici legati al placebo. Il tema è stato ampiamente trattato nel n°4 del 2002 de la ca' granda. Preferisco chiarire un ultimo punto riguardo la sicurezza dei soggetti utilizzatori. Il medico curante in rapporto fiduciario col paziente e da questi delegato a scegliere la cura migliore per la patologia di cui è affetto, sa bene che da quanto sopra espresso non è sempre vera l'equazione: un farmaco che viene autorizzato alla commercializzazione dopo 10-12 anni di attesa, con attività comprovata da studi sperimentali controllati, metodologicamente ineccepibili, è attivo e sicuro. Sono proprio sicuro che una differenza statisticamente significativa a dimostrazione della maggiore attività di un farmaco rispetto al placebo o a un farmaco di riferimento più datato che ben conosco anche nelle sue connotazioni tossicologiche, legittimi a scegliere il nuovo? La prudenza è d'obbligo! Periodicamente si assiste al ritiro dal commercio di farmaci che dopo la fase sperimentale, cioè nell'uso estensivo su grandi numeri di pazienti, hanno evidenziato effetti tossici di rilievo non indivi-

duati sul campione selezionato e comunque ristretto della sperimentazione. Fortunatamente da qualche anno il Ministero della Salute ha attivato il servizio di farmacovigilanza che raccoglie le segnalazioni che per legge gli operatori sanitari debbono trasmettere quando rilevano nei pazienti reazioni avverse da farmaci. Tale indispensabile osservatorio quale maglia di un complesso network internazionale è e sempre più deve essere il garante della sicurezza della salute dei cittadini. Infatti, non va dimenticato che l'EMEA, l'Ente europeo che autorizza la commercializzazione dei farmaci, dipende dal Direttorato dell'industria mentre la richiesta chiaramente espressa con la dichiarazione di Berlino da parte della sezione europea della Società dei bollettini indipendenti di informazione sui farmaci è che passi sotto il controllo del Direttorato dei consumatori e della salute pubblica.

La sicurezza del consumatore

Mentre per i medicinali tradizionali accessibili al singolo consumatore senza la ricetta medica : gli OTC, ogni messaggio pubblicitario viene vagliato e autorizzato preventivamente dal Ministero della Salute e per i prodotti omeopatici assimilati ai farmaci dalla legislazione vigente la pubblicità non è ammessa (tutela preventiva), per una lunga serie di prodotti: dispositivi medici, presidi medico-chirurgici, cosmetici, integratori, prodotti e alimenti destinati ad una alimentazione particolare, il Ministero esercita una tutela repressiva: cioè fissa per ogni macrotipologia di prodotto una serie di contenuti non ammessi e vigila a posteriori sull'applicazione corretta della norma da parte delle aziende che intendono pubblicizzare il loro prodotto. Ad esempio: ai cosmetici non possono essere associate qualità terapeutiche; i sostituti del latte materno non possono essere pubblicizzati come alternativa dell'allattamento al seno; per gli integratori alimentari destinati alla riduzione del peso corporeo è vietato usare espressioni volte a quantificare nel tempo l'entità del calo ponderale. Alle acque minerali naturali non possono essere attribuite proprietà di prevenzione, cura e guarigione di una malattia umana. Da ciò si deduce che i messaggi pubblicitari hanno un'ampia gamma di gradi di libertà. Ci si augura che quando vengono menzionati termini rassicuranti mutuati dalla sperimentazione dei farmaci, chi li pronuncia o li scrive possa documentarli scientificamente.

Un convegno ospedaliero su “L’umanizzazione nell’era della aziendalizzazione”: una lettura di base e conclusiva, che attraverso gli interventi dell’incontro ci offre qui in pagine essenziali del dott. Francesco Fiorista la conoscenza dichiarata del pensiero e delle opinioni di personalità diverse a testimoniare nel tempo il riconoscimento del “valore uomo”, la necessità profonda dell’“umano” nel vivere e nell’operare: per il medico nell’assistere e nel curare.

Quasi una sorpresa e riflessioni conseguenti sono occasione felice per cogliere tutte insieme le dichiarazioni a memoria futura di grandi personalità della scienza, della medicina, della ricerca, legate anche a scoperte famose, che qui ci fanno tuttavia preminentemente eredi del loro pensiero, delle loro vissute convinzioni che “medico vero non può essere chi non senta imperioso in sé l’amore per gli uomini...” e, ancora: “chi non ritenga alla pari binomio inscindibile l’amore per la scienza e l’amore per l’uomo”.

La Medicina alle soglie del terzo millennio: ma è cambiato l’uomo?

FRANCESCO FIORISTA

“Non si conosce bene una scienza se non si conosce il suo passato”

Augusto Comte (1798-1857)

“...La verità di ieri non era meno vera, per quegli scienziati, di quel che non appaia ai moderni la verità di oggi, come quella di domani non lo sarà meno per i nostri posteri. La patologia astrale, la possessione diabolica quotidianamente ritenuta presente, le malattie provenienti da fatture e sortilegi non erano meno vere, per il medico di ieri, di quel che oggi non lo siano la patologia microbica, l’alterato ricambio, lo squilibrio ormonico, la profonda alterazione della composizione del sangue.

In ultima analisi l’uomo trovasi, sia pure in modo relativo, sempre nella stessa posizione di fronte al problema della conoscenza scientifica, poiché crede sempre di conoscere quel che in effetti non potrà forse mai possedere in senso assoluto, poiché in tal caso sarebbe esaurito ogni progresso scientifico. È questa una verità che ritengo dover essere fondamentale...”: con queste parole, nel dicembre 1970, il romano Adalberto Pazzini (1898-1975), illustre storico della Medicina e fondatore, fra l’altro, dell’Istituto di Storia della Medicina nell’Ateneo della capitale, concludeva una sua monumentale opera divulgativa.

* Lettura magistrale, 5 novembre 2005

Convegno su *L’umanizzazione nell’era dell’aziendalizzazione*
Ospedale San Carlo Borromeo, Milano.

Noi, che pur storici della Medicina non siamo, non solo concordiamo su come il pensiero di oggi non sia che il completamento di quello di ieri, e che noi, medici di quest’inizio di terzo millennio, siamo solo *dei nani sulle spalle dei giganti*, per usare l’espressione che Newton fece sua riprendendola dal monaco benedettino Bernardo di Chartres; fortemente consapevoli che, in qualsivoglia sentire umano, chi non va alla ricerca delle proprie radici, non ha futuro. Altresì, da cardiologi clinici ospedalieri che da oltre un quarto di secolo vivono la medicina al letto dell’ammalato, siamo altrettanto consapevoli che se pure si è trasformata la tecnologia, non è cambiato l’uomo di fronte alla malattia, momento della vita che tutti, come l’amore o il dolore, prima o poi conoscono.

È evidente a tutti come nell’ultimo secolo si siano verificati, in ogni campo del sapere e del costume, tanti e tali tumultuosi cambiamenti come mai era accaduto nei precedenti millenni. Ma è cambiato l’uomo di fronte alla malattia? L’uomo che nasce, vive, gioisce, si dispera, si innamora, soffre, muore, è cambiato?

Lo scompenso che ci chiede aiuto per respirare di notte, è un insieme di voci precodificate da inserire in un computer, o non soffre forse della medesima mancanza di fiato dell’imperatore romano Adriano nel famoso romanzo storico di Marguerite Yourcenar? *“Mio caro Marco, sono andato stamattina dal mio medico, Ermogene. Ho depresso mantello e tunica; mi sono adagiato sul letto. Ti risparmio particolari che*

sarebbero tanto sgradevoli per te come lo sono per me, e la descrizione del corpo di un uomo che si inoltra negli anni ed è vicino a morire di un'idropisia del cuore. Diciamo solo che ho tossito, respirato, trattenuto il fiato, secondo le indicazioni di Ermogene...

... Le gambe gonfie non mi sostengono più nelle lunghe cerimonie di Roma; mi sento soffocare; e ho sessant'anni. Morirò a Tivoli, o a Roma, tutt'al più a Napoli, e una crisi di asfissia sbrigherà la bisogna. Sarà la decima crisi a portarmi via, o la centesima? Il problema è tutto qui... Le medicine non mi soccorrono più; aumenta l'enfiagione delle gambe; e sonnecchio seduto più che disteso. Uno dei vantaggi della morte sarà d'essere disteso ancora, in un letto". Dispnea notturna con ortopnea, ovvero dover stare in posizione seduta per riuscire a respirare, non diversa da quella del pittore spagnolo Goya, in preda a una crisi di subedema polmonare, immortalata nel 1820 nel famoso autoritratto in presenza del suo medico curante dottor Arrieta (Minneapolis Institute of Art, Minneapolis, USA).

L'uomo che un mattino si scopre un dolente rigonfiamento latero cervicale, è il caso X del protocollo oncologico Y del trial Z, o è un uomo che vive la medesima angoscia di Don Rodrigo che si risveglia con il bubbone di peste nel cavo ascellare? "...Insieme si sentiva al cuore una palpitation violenta, affannosa, negli orecchi un ronzio, un fischio continuo, un fuoco di dentro, una gravezza in tutte le membra, peggio di quando era andato a letto. Esitò qualche momento, prima di guardar la parte dove aveva il dolore; finalmente la scoprì, ci diede un'occhiata paurosa; e vide un sozzo bubbone d'un livido paonazzo.

L'uomo si vide perduto: il terror della morte l'invasa, e, con un senso per avventura più forte, il terrore di diventar preda de' monatti, d'esser portato, buttato al lazzaretto..." (A. Manzoni, *I Promessi Sposi*, capitolo XXXIII).

E il dramma dell'arteriopatico odierno cui viene amputato un arto inferiore, non è forse il medesimo che provò il patriota Piero Maroncelli, quando offrì una rosa al chirurgo che gli aveva amputato una gamba, e senza anestesia, nel carcere austriaco dello Spielberg (Silvio Pellico, *Le mie prigioni*, capitolo LXXXVII)?

E siamo proprio sicuri che il malato che viene a cercarci non sia una persona che ci chiede aiuto, ma solo un cittadino -un cliente utente- che chiede di fruire di un servizio? Del quale servizio pagato il conto (pubblico o

privato che sia), lui non si ricorda più di noi, noi non ci ricordiamo più di lui? E non conta il modo (gesti, parole, sguardi, atti, tempo, partecipazioni, ripensamenti, insonnie, a volte anche rimorsi...) con cui questo "servizio" viene offerto? E viene ricevuto? Solo l'insegnamento può dare un legame imperituro di riconoscenza e di arricchimento reciproco maestro-discepolo come il rapporto medico-paziente, e fortunati coloro che si ricordano anche a decenni di distanza di chi li ha accompagnati per la via della crescita culturale da una parte, lungo il viaggio della malattia dall'altro.

Particolarissima condizione appunto la malattia, che mette a nudo la verità dell'anima, rivelando debolezza e fragilità, angoscia e ripensamenti, solitudine e paura. E se la Medicina ha fatto passi da gigante, e sempre più ne farà, il suo significato più vero e profondo non è cambiato: l'intima essenza della professione medica trascende infatti il tempo e la tecnologia.

La sofferenza dello scompensato di duemila anni fa non era diversa da quella dello scompensato odierno. Quell'idropico (Lc 14, 2-4) che per respirare meglio chiedeva aiuto al guaritore Gesù, ora si affida al diuretico, a piccole titolate dosi di beta bloccante e all'ace-inibitore, o spera nel trapianto cardiaco come tra 50 anni si affiderà alla terapia genica. Entrambi comunque provano, o provarono, cosa significa dover star seduti nel letto per riuscire a prender sonno, o cosa comporti, nell'angosciata sensazione di fame d'aria, compiere il pur minimo sforzo.

E la malattia, intesa come paura della sofferenza fino a paura della morte, è indissolubilmente legata al sentire umano, tanto che l'arte - dalla pittura al teatro alla letteratura - l'ha da sempre rappresentata, non diversamente dagli altri grandi sentimenti umani. Dai vasi dipinti della Grecia classica fino a Munch e Picasso, dall'*Uomo dal fiore in bocca* di Pirandello al tubercolotico Hans Castorp del sanatorio svizzero di Davos in *La montagna incantata* di Thomas Mann, l'uomo ammalato è sempre stato oggetto, o meglio ancora soggetto, artistico e letterario: con un azzardato gioco di parole, non si potrebbe forse arrivare a dire che la Medicina è in parte arte, e che l'Arte è in parte medicina? Medicina come sollievo dalla sofferenza del corpo e dello spirito, Arte come sollievo dai mali e dalle miserie del vivere quotidiano, in quella rappresentazione -sempre in bilico sull'incerto crinale tra commedia e tragedia- che è la vita.

Malgrado il nostro essere quotidianamente medici non conosca la responsabilità e l'arricchimento dell'insegnamento, il nostro pensiero non può non andare ai giovani medici che varcano oggi le soglie dell'ospedale, o meglio delle cosiddette "Aziende ospedaliere" al cui interno adesso troneggiano grandi cartelloni pubblicitari di ogni tipo: perché sappiano che esisteva una Medicina fatta di meno numeri e più ragionamento, con al centro il malato e non la malattia, basata non su aride e a volte ingannevoli linee-guida ma sul metodo logico-critico, non su labirintiche asettiche *flow-chart* bensì sulla metodologia clinica, suprema sintesi diagnostica di "*observatio et ratio*", osservazione e ragionamento. Quando la Semeiotica fisica, ad esempio, costituiva non solo la porta principale per accedere alla Clinica, ma il primo incontro tra due uomini, il "primo contatto" tra il medico - l'uomo che cura - e l'ammalato - l'uomo che patisce -. Contatto fisico e corporeo di una mano che tocca un'altra mano, o un'altra parte del corpo, come quella del medico guaritore Gesù che toccava la mano della febbrile suocera di Pietro, la pelle di un lebbroso, gli occhi di un cieco nato.

Volutamente, dunque, siamo andati a spigolare tra le riflessioni morali di alcune figure mediche - ma non solo - del passato, a rileggerne gli insegnamenti, ad ascoltarne le considerazioni. Il rischio, ben lo sappiamo, è quello di cadere nella retorica, ma noi crediamo che di questa "retorica" i medici abbiano bisogno soprattutto oggi, in tempi di *fast Medicine*, per fermarsi a riflettere se non sia auspicabile non tanto una *slow Medicine*, come qualcuno propone, ma una Medicina senza aggettivi, come un tempo, una Medicina e basta. Nel XVII secolo il medico inglese Thomas Sydenham (colui che per primo descrisse la corea reumatica che porta il suo nome) così affermava: "*Nessuno è stato da me curato diversamente da come vorrei essere curato io, se mi capitasse la stessa malattia*".

Oltre un secolo fa il grande seminatore di dubbi Augusto Murri, clinico medico all'Università di Bologna, così scriveva ai suoi studenti: "*... c'è non poca gente che arricchisce senza lauree, mentre voi, che siete qui a studiare per parecchi anni, potete esser sicuri che troverete più critiche che denari. Se voi volete consacrarvi all'esercizio della Medicina non potete avere soltanto in mira un magro compenso materiale, che per altre vie molto più presto e più facilmente potreste ottenere. Sarebbe dunque da dissennati lo studiar medicina con*

mire commerciali, perché i ciarlatani commerciano meglio dei medici. Voi aspirate di certo anche a qualche altra cosa: ebbene, sappiate che qui senza studio indefesso non conseguirete mai quel diletto che viene dal comprendere un fenomeno naturale, e che voi consacrate modestamente a sollievo degli altri tutto ciò che la nostra specie ha di più elevato e di più potente, l'intelletto e il volere. Noi sappiamo soltanto d'adempiere una funzione sociale di cui non ci sarà mai la più alta, finché la vita e la salute saranno il fondamento indispensabile d'ogni altro bene.

...L'obbietto dei nostri studi e dell'opera nostra è del pari l'uomo: noi lo consideriamo, è vero, nelle sue miserie, ma non troviamo sulla terra niente che lo eguagli in grandezza, in nobiltà, in valore; noi lo reputiamo l'argomento più degno del nostro pensiero, della nostra sollecitudine, del nostro entusiasmo, e ci sdegniamo vedendolo offeso nei suoi poteri fisici, morali e intellettuali. Medico vero non può essere chi non sente imperioso nel cuore l'amore per gli uomini...



Augusto Murri, "... il grande seminatore di dubbi...", clinico medico all'Università di Bologna.

... A chi spera una sorte meno crudele per l'umanità futura, pare quasi che una parte di noi medesimi, anzi quella che avemmo più cara, non parta con noi, ma resti qui per noi, affinché altri la faccia propria".

E più o meno negli stessi anni così leggiamo da Pietro Grocco, clinico medico a Firenze, ("...La vera clinica si fa solo al letto dell'infermo...I malati sono i nostri libri, sono i nostri reattivi, sono i nostri preparati, sono i nostri animali da esperimento...") fino al medico filantropo milanese Paolo Pini ("...Noi siamo per una scienza medica che non treschi con l'affarismo, per una terapia che non sia schiava di qualsiasi fabbricatore di medicinali o di apparecchi più o meno costosi, per un'arte che sappia far scaturire dalle sue stesse insuperabili difficoltà, dalle sue stesse tormentose incertezze, un grande spirito di tolleranza e di compassione..."). Compassione appunto, ovvero sentire e "patire" insieme.

Di Cesare Frugoni, clinico medico a Roma a metà del Novecento, che ebbe in cura Marconi, Togliatti e papa Pacelli, e che era solito dire che se *non sempre curare si può, sempre consolare si deve*, così leggiamo in una sorta di ideale testamento spirituale: "...È il contenuto etico della medicina che è eterno. Nelle varie epoche e nei vari popoli il giudizio di legittimità e di moralità ha subito profonde modificazioni e talora anche nel campo nostro, ma ciò riguarda il medico e non la medicina lo spirito della quale è imm modificabile ed eterno...

...Ecco perché a tanti decenni di distanza mi sembra di sentire voci superstiti, parole che sono lembi di anima, frammenti di spiritualità, in un linguaggio che giunge alla mente, all'anima e al cuore del medico e che solo il medico può sentire e comprendere. Riconoscenze, devozioni, affezioni e amicizie, sono la scia profonda della nostra professione, scia che è il sole della nostra vita.

...E io benedico la sorte che mi ha fatto medico e portato a vivere la vita dei miei malati, ai quali ho dato l'anima e il cuore oltre che la mente; onde dal rogo delle cartelle bruciate sale una profonda voce di richiamo...

Bruciate pure, cartelle dolorose, voi non scomparite, ma rimarrete nel mio spirito e nel vostro alto significato perché di voi si sono fatti e plasmati il mio cuore e la mia personalità psichica e morale.

Io sono quello che da voi e dai miei malati mi è venuto:

voi siete lo sfondo della vita che non ha ritorno...".

Il medico umanista svedese Axel Munthe, amante della Medicina non meno che dell'Arte, autore del famoso libro *La storia di San Michele*, e che visse per lunghi anni ad Anacapri, così scriveva: "*La nostra professione non è un commercio, ma un'arte; questo traffico sulla sofferenza è, per me, un'umiliazione... Osservavo che la nostra professione era un sacro ministero, allo stesso livello di quello del prete, se non più alto, dove il soprappiù del guadagno avrebbe dovuto essere proibito dalla legge. I medici dovrebbero essere pagati dallo Stato, e ben pagati come i giudici in Inghilterra. Chi non approvasse questo sistema, dovrebbe lasciare la professione e mettersi in borsa o aprire un negozio...*". Con negli occhi i morti e i feriti sia del terremoto di Messina che delle trincee franco-tedesche della prima guerra mondiale, non a caso scriveva che "*non si può essere un buon medico senza pietà*".

Nel 1944, negli stessi anni del secondo conflitto mondiale, a Città del Messico il medico messicano Ignacio Chàvez Rivera coronava un sogno, fondando il primo Istituto di Cardiologia al mondo, quello Nazionale di Città del Messico. Inventava, per il suo Istituto, il seguente motto in latino: *Amor scientiaque inserviant cordi*, ovvero *L'amore e la scienza siano al servizio del cuore*, binomio inscindibile di amore per la scienza e amore per l'uomo, le due stelle che dovrebbero sempre guidare il viaggio del medico verso l'ammalato in generale, e quello del medico cardiologo nei confronti del paziente cardiopatico più in particolare. Amore per la scienza in quanto la medicina è dottrina vasta e multiforme che si avvale di moltissime altre scienze; amore per l'uomo in quanto il medico incontra l'altro uomo nel momento della malattia, del dolore o addirittura della morte. E oltre trent'anni dopo egli si accomiatava dall'Istituto con un lungo discorso di addio alla professione e alla didattica, con parole rivolte ai medici ("*Io non vi ho insegnato la verità, ma solo ad amare la verità. Non vi è nulla di più mutevole di essa, e il vento dello spirito soffia ogni volta più alto nella direzione di essa. Un altro verrà dopo di me che vi offrirà una verità più alta o che vi illumini il cammino con una luce più chiara*") ma senza dimenticare coloro - gli infermieri - che vivono a più stretto contatto con i malati ("*Siano per gli ammalati una sorgente inesauribile di tenerezza e, più che i nostri farmaci, possano alleviare la loro duplice sofferenza di angoscia e solitu-*

dine; e raggiungere, attraverso il calore umano delle loro cure, il loro amore, ed essere per loro la carità fatta sorriso...”). E disse anche, il maestro Chàvez, quasi profetizzando future degenerazioni della Medicina: “Vi sono molti modi per arricchirsi, non legati alla sofferenza umana”.

E proprio perché la Medicina ha a che fare con l'uomo, e con l'uomo sofferente per di più, essa non può prescindere dalla filosofia e dall'etica. Avendo ben fissa nella mente la celeberrima massima di Kant (“Considera sempre l'uomo come fine e non semplicemente come mezzo”), desideriamo ricordare anche queste parole del filosofo tedesco Karl Jaspers: “Attraverso l'intimità con i suoi malati, il medico perviene, nella sua sobrietà, all'esperienza umana. Di fronte al bisogno egli giunge, nella pratica, alla visione filosofica, all'eterno, quella visione che, sola, sa volgere in bene il progresso. Il medico che costringe il ricercatore presente in lui a essere cosciente dei propri limiti, che attraverso la riflessione cede la guida al filosofo che è in lui, di fronte ai pericoli mortali provocati dalle conseguenze della tecnica e dei fuochi fatui, potrebbe trovare, per conto di tutti, la via che conduce fuori dalla prigione del limitato pensiero intellettuale. Forse è ai medici che spetta lanciare il segnale...”.



Il filosofo tedesco Karl Jaspers.

Un tempo nella formazione culturale dei medici doveva esservi spazio anche per gli studi filosofici, e non a caso, visto che la Medicina è una scienza umana, e l'uomo è un insieme di corpo e psiche. Recentissimamente, ad un congresso medico, siamo incappati in una insolita comunicazione dal titolo *Filosofia e Medicina*, di cui riportiamo un breve passo: “...La filosofia e la medicina non possono stare ulteriormente disgiunte, debbono collaborare e la loro collaborazione dovrebbe cercare di rendere più umano il mondo, a cominciare dalle scienze della vita e della salute...”. E ci siamo allora rammentati di Ippocrate, che 2400 anni fa così scriveva: *Iatròs filòsofos isòzeos*, ovvero *Il medico che si fa filosofo è simile a un dio*. Quell'Ippocrate che non a caso faceva giurare i suoi discepoli davanti agli Dèi: “Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per tutti gli dèi e per tutte le dee chiamandoli a testimoni...”.

Giacché malattia, dolore e sofferenza non possono, all'alba del terzo millennio cristiano, prescindere dal sacro. In occasione della Festa del Perdono dell'Ospedale Maggiore di Milano nella primavera 2001, l'allora Cardinale Arcivescovo della diocesi ambrosiana Carlo Maria Martini così ammoniva in un suo intervento: “...La sfida che tutte le attraversa consiste nel rimettere al centro della pratica medica, dell'assistenza, della cura, della ricerca, della formazione e dell'intera realtà ospedaliera la persona umana con la sua dignità, per riscoprire il senso più vero e l'esigenza più impegnativa della centralità dell'uomo ogni volta che si parla di salute e di sofferenza...”. Una Medicina che, appunto, abbia al centro il Malato e non la malattia.

Un anno prima, al Congresso Internazionale tenutosi a Roma su Medicina e Diritti Umani, Giovanni Paolo II con queste parole si rivolgeva ai medici: “...Voi toccate con mano che nella vostra professione non bastano le cure mediche ed i servizi tecnici, sia pure espletati con esemplare professionalità. Occorre essere in grado di offrire al malato anche quella speciale medicina spirituale che è costituita dal calore di un autentico contatto umano. Esso è in grado di ridare al paziente amore per la vita, stimolandolo a lottare per essa, con uno sforzo interiore talora decisivo per la guarigione. L'ammalato deve essere aiutato a ritrovare non solo il benessere fisico, ma anche quello psicologico e morale. Ciò suppone nel medico, accanto alla competenza professionale, un atteggiamento di amorevole sollecitudine, ispi-

rata all'immagine evangelica del buon Samaritano". Parabola del Buon Samaritano che troviamo soltanto nel Vangelo di Luca, non a caso l'evangelista medico, dove viene fatta distinzione tra il curare e il "prender-si cura" dell'altra persona: "...*Ma un Samaritano, che si trovava in viaggio, gli andò vicino, e nel vederlo si mosse a pietà. Gli si accostò, fasciò le sue ferite, versandovi olio e vino; poi, fattolo salire sul suo giumento, lo condusse all'albergo e si prese cura di lui*" (Lc 10, 34).

Chi ci conosce, sa del nostro amore per il cinema. E non a caso, dunque, lasciamo concludere a Charlie Chaplin (dal film *Il Grande Dittatore*, 1940): "*La scienza ci ha reso cinici. Pensiamo troppo e non amiamo abbastanza... Più che di intelligenza, abbiamo bisogno di umanità e di gentilezza... Senza queste qualità, la vita non può essere che violenza, e tutto sarà perduto...*".

Bibliografia

Gnudi A., Vedrani A.: *Pensieri e precetti di Augusto Murri*, Zanichelli, Bologna, 1924

Tumiati C.: *Vite singolari di grandi medici dell'800*, Vallecchi Editore, Firenze, 1952

Pazzini A.: *La Medicina nella storia, nell'arte, nel costume*, Selvi & C., Milano, Bramante Editrice, Gennaio 1968- dicembre 1970

Frugoni C.: *Ricordi e incontri*, Arnoldo Mondadori Editore, 1974

Jaspers K.: *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995

Fiorista F.: *Medici scrittori: l'evangelista Luca*, in KOS, n. 162, pag. 54-61, 1999

Fiorista F.: *Il Cristo medico*, in la ca' granda, anno XLI, n. 2, pag. 35-36, 2000

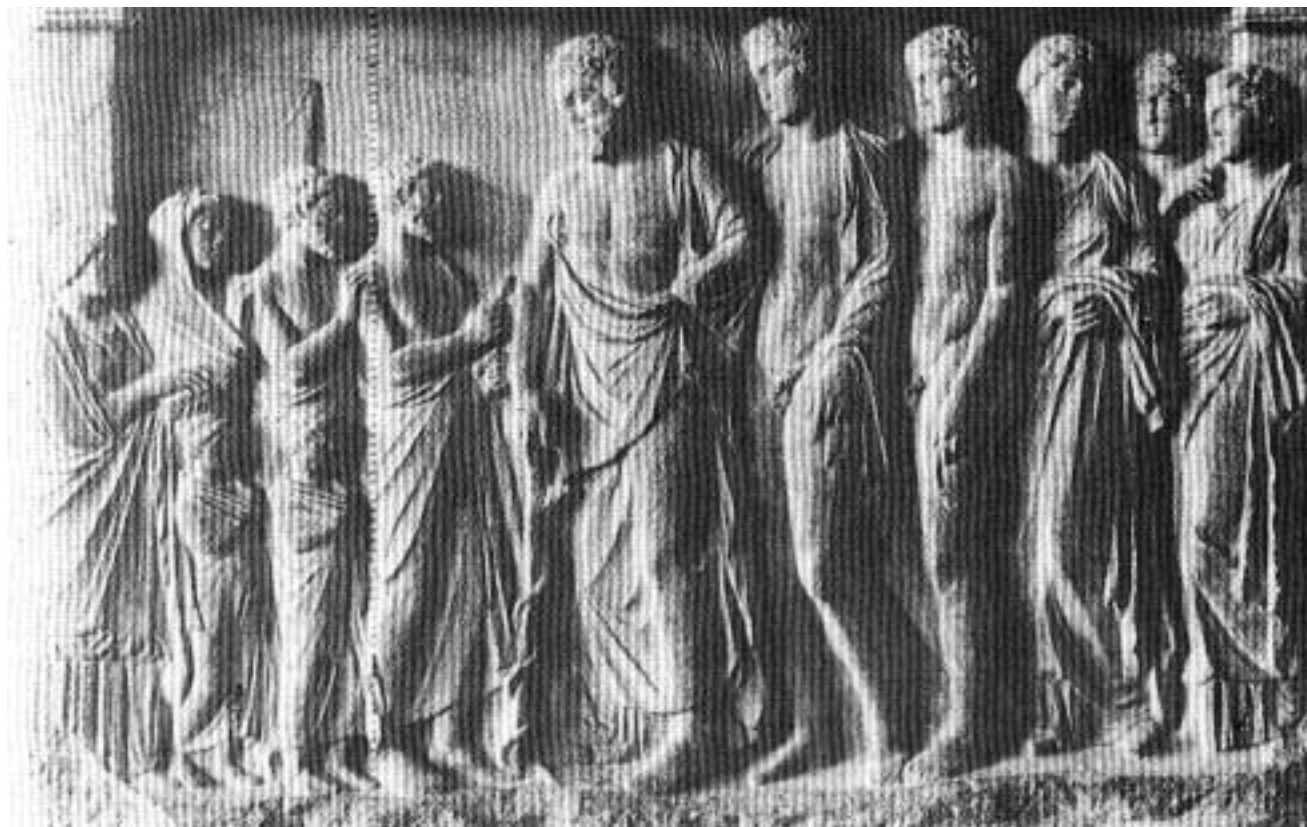
Cosmacini G.: *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000

Munthe A.: *La storia di San Michele*, Garzanti Editore, Collana Gli Elefanti, settembre 2001

Cardinale Carlo Maria Martini, Arcivescovo di Milano: *L'Ospedale Maggiore nel nuovo millennio: un'antica istituzione milanese al servizio della persona* Milano, Celebrazione della Festa del Perdono, 26 marzo 2001

Dolara A.: *Invito ad una "slow medicine"*, Ital Heart J Suppl, 3, pag. 100-101, 2002

Soldini M.: *La filosofia e la medicina*, in Atti 106^a Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Interna, Roma, ottobre 2005



Ippocrate di Kos con i suoi discepoli.

L'edicola, libreria di quartiere affollata come un supermercato

PIERO LOTITO

Un noto settimanale va offrendo dal primo autunno una intera collezione di presepi. E sui banchi della nostra edicola troviamo orologi, piatti e altre ceramiche, modelli di auto come di navi o carri armati, coltelli a serramanico e affini, finti gioielli, macinini da caffè. Edicola-bazar, moderna soffitta pubblica? Propriamente. Ma questa profferta del ramo oggettistica, chiamamolo così, non è che l'aspetto più appariscente del fenomeno che in questi ultimi anni ha trasformato la vecchia e in molti casi malandata edicola in un mercato delle meraviglie. L'altro, che qui a noi più preme, riguarda i libri e una più accessibile diffusione del sapere.

Le edicole sembrano oggi avere quella funzione liberatoria così ben assolta dai supermercati: è, appunto, la libertà di cercare, scegliere e acquistare, senza che un commesso si offra - o minacci - di aiutarci. È, insomma, il piacere di sentirsi anche liberi di rinunciare a ogni scelta. Luogo fin qui tradizionalmente destinato all'acquisto frettoloso - in corsa -, l'edicola offre lo stesso brivido del libero arbitrio del supermercato. Naturalmente, non sono stati gli edicolanti a reinventare la propria funzione, bensì gli stessi editori (dei giornali, attenzione), i quali, messi alle strette dalla cronica disaffezione degli italiani alla lettura, timidamente cominciarono alcuni anni fa a proporre una sorta di premio per i più fedeli, ma anche per i più coraggiosi lettori. Si chiamavano "supplementi", quei primi gadget. Ed erano farina dello stesso sacco che si cercava di vendere, frutto del lavoro degli stessi redattori che confezionavano il prodotto primario. Fu il segnale; si capì che il lettore apprezzava il pensiero, che cercava una gratificazione, una specie di ricompensa

per il non trascurabile disturbo di acquistare un giornale.

Questa è protostoria. In breve, le edicole si sono trasformate in quelle librerie di quartiere che mancano in tutte le nostre città. Milano, per esempio: mentre a Roma il Comune finanzia l'apertura di nuove librerie periferiche, nella metropoli lombarda l'acquisto di un romanzo o di un saggio in uno dei suoi quartieri più lontani è un piacere oggi sconosciuto. Perfino il centro, per la verità, se la passa male. La moda, con i suoi show-room e le sue boutique, e con la forza dei suoi euro, vi dilaga prepotente e le librerie sloggiano insieme con la cartoleria, la merceria, l'elettricista, il piccolo bar, la trattoria. Scompare, di fronte all'arroganza finanziaria del prêt-à-porter, l'anima storica della città. Ci salverà l'edicola? Forse già lo fa. Chi non si è mai sognato di ambire a una enciclopedia, viene ineluttabilmente conquistato dalla disponibilità del campionario ormai proposto da più quotidiani, comprendente la storia della letteratura, la storia della scienza, la storia dell'arte, della filosofia, delle religioni... Chi non avrebbe mai pensato di documentarsi su una regione lontana dalla propria, cede alla seduzione delle copertine rosso-telate delle guide del Touring, quelle ritenute dal Ministero dei Beni culturali le più complete e affidabili del nostro patrimonio artistico-culturale.

La poesia, eterna Cenerentola nei nostri pensieri, conosce anch'essa una stagione di possibile riscatto grazie all'edicola. Vittorio Sermoni riempie la basilica di Santa Maria delle Grazie leggendo la Commedia dantesca, ed ecco la voce tonante e insieme affabulatoria di Vittorio Gassman offerta in Cd nel medesimo esercizio.



L'edicola "... affollata come un supermercato".

E i classici-classici: Orazio, Svetonio, Plutarco. E i classici di oggi: Pontiggia (con *Nati due volte* e *La morte in banca*), Calvino, Pasolini, Hemingway, Moravia, Montale. Niente e nessuno sfugge all'accoglienza un po' arruffona ma certo generosissima dell'edicola.

Tra le pile dei suoi almanacchi di fotografia e le sue teche di plastica contenenti piccole riproduzioni di vasi attici ed etruschi, cadono anche i miti dell'editoria. Come i Meridiani Mondadori, in vendita combinata con un noto quotidiano nazionale. E i librai - rieccoli, son vivi (o, forse, sopravvivono) - si ribellano, contestando che si possano vendere, le sublimi antologie, al miserevole prezzo di 12 euro e 90 centesimi, contro l'aurea cifra di 49 euro dei loro scaffali.

Una protesta giusta, è stato stabilito. E i librai hanno ottenuto la possibilità di vendere i Meridiani - i soli titoli proposti dalle edicole - allo stesso prezzo minimo. È l'armistizio del 12,90. Forse, però, vi è nascosta la sconfitta della regale libreria: questo è il tempo in cui il libro si afferra all'aperto. Come tutti i gesti di possesso, non è detto comunque che questo venga fatto per amore e finisca con la lettura. Il territorio, qui, è il più privato dei domini. Nulla è dato sapere su quanto vi accade: se vi è rumore o silenzio.

Due Crocette

VINCENZO BEVACQUA

Forse neanche la metà dei milanesi che prendono la metropolitana in Largo Crocetta, sa che cosa sia una *crocetta* né chi sia quel signore vestito da vescovo che da un vistoso piedistallo domina il largo.

Crocette erano croci che fin dal Trecento, all'epoca di Barnabò Visconti, erano sorte nei crocevia cittadini con funzione di chiesa all'aperto in caso di pestilenza. Sotto la croce e su un tavolo, infatti, si celebravano i riti religiosi che così, senza uscire di casa, potevano essere seguiti anche dagli appestati condannati agli arresti domiciliari. In questo modo si dimostrava fin d'allora che se la gente non andava in chiesa, la chiesa andava incontro alla gente. Espressione equivalente al vecchio adagio di Maometto che, se non va alla montagna, è la montagna che va incontro a lui.

Nel Cinquecento con la peste detta di San Carlo, le *crocette* aumentavano di numero: per aumentata gravità della peste, per aumentata popolazione, per aumentati crocevia. Da meno di una decina infatti, con San Carlo diventavano 19 e con Federico Borromeo 39. In seguito, senza più pestilenze e nei dintorni di Milano, *crocette* e immagini sacre su strada sarebbero diventate 57.

Con San Carlo le *crocette* non solo servivano per celebrarvi la messa o per recitarvi il rosario, ma servivano anche da *Stazioni di Via Crucis*, nelle quali sostare in preghiera tutti insieme: autorità religiosa civile militare e popolazione di ogni ceto. Purtroppo quest'agglomerato favoriva paurosamente l'ulteriore diffusione della peste.

Già con San Carlo e soprattutto dopo di lui, le *crocette* cambiavano aspetto. Generalmente dedicate a uno dei primi vescovi della chiesa ambrosiana, nelle *crocette* la croce si allontanava dal suolo con l'interposizione prima di una colonna e poi di un personaggio issato sulla colonna, in modo che da protagonista, la croce diventava elemento secondario di un monumento dedicato a un abitante del Paradiso con la croce in mano. Naturalmente, anche con aspetto cambiato, alle *crocet-*

te riformate si sarebbero continuati a celebrare regolarmente riti religiosi⁽¹⁾.

Largo Crocetta che si trova quando dal corso di Porta Romana si stacca il corso di Porta Vigentina, deve il suo nome al monumento ex-crocetta piantato nel suo bel mezzo. E il signore vestito da vescovo posato sul basamento è San Calimero. In arenaria, la statua del Santo sarebbe stata *collocata* addirittura nel Settecento in sostituzione di una croce stazionale (o *crocetta*) che risaliva ai tempi di San Carlo⁽²⁾.

Secondo la *Storia della Chiesa Ambrosiana*⁽³⁾, di Calimero si conosce l'esistenza solo perché compare in una *Pregiera Eucaristica* del rito ambrosiano. Ne sapeva di più il canonico Carlo Torre (1649-1727) che del santo e della sua chiesa scriveva⁽⁴⁾:

Vassene questa Chiesa sotto il [nome] di San Calimero Arcivescovo di Milano, e Martire, Greco però di Nazio-



La chiesa di San Calimero "con tre pinnacoli incredibili e un pomposo protiro" (da: F. Ogliaresi, *Op. Cit. in Bibliografia*).

ne, che per cinquantatré anni stette al governo delle anime Lombarde. Fu dall'empietà degli eretici trucidato, e dentro le acque di un pozzo seppellito. Ai tempi di questo celeste Atleta non vedevansi così numerosi edifici, come adesso si mirano, solo che un semplice tugurio trovavasi, forse anche ricovero di poveri contadini. Soleva egli con Santi rimprocci detestare l'adorazione di Falsi Numi, in particolare Apollo, il cui profano Tempio governato da sacerdoti Flamini ergeva fastose le sue mura in questi vicini contorni, dove vedesi il corso della Romana Porta. Divenuta insopportabile la sua predicazione, vendicaronsi gli Idolatri, con occiderlo... da acuto coltello, quale ancora si riverisce in questa Chiesa. Traforato, sull'onda di sangue sgorgante, fecero approdare al Cielo l'angelico suo Spirito. Per riparare in silenzio l'eccesso, gettarono nel Pozzo del Tugurio, e riempiendolo di zolle, resero per lungo tempo incognita la deplorabile nuova. L'anno del suo transito fu il dugent'otto dopo il nascimento di Cristo. Ingrandita frattanto la sua fama ai portentosi miracoli, che operava, innalzossi in suo onore in questo sito una Chiesa dove riposano tuttora le sue ceneri.

Nell'VIII secolo, l'urna che conteneva i santi resti veniva trovata allagata probabilmente dalla stessa acqua in fondo al pozzo dove il Santo era stato buttato cinque secoli prima.

Da allora nell'anniversario di San Calimero, l'acqua raccolta dal pozzo scavato nella cripta della chiesa veniva distribuita ai fedeli e, in caso di siccità, versata sul sagrato per propiziare la pioggia⁽⁵⁾. Che, secondo tradizione, San Calimero non avrebbe mai lesinato.

Quanto alla chiesa qualificata basilica e a lui dedicata, pare fosse stata fondata nel V secolo al tempo di Ennodio Magno Flavio (473-521), poeta oratore e infine vescovo di Pavia santificato anche lui. In occasione della fondazione Ennodio avrebbe scritto un epigramma indirizzato alla nuova chiesa e trascritto dal citato Carlo Torre⁽⁶⁾.

Nell'VIII secolo, la chiesa avrebbe custodito un *pallio d'oro* che non si sa da che parte venisse e nel XVII secolo le sarebbero state riconosciute e ufficialmente attestate le reliquie di San Calimero (ritrovate due secoli prima), depositate in un'arca di marmo dal cardinale Federico Borromeo durante solenne cerimonia celebrata nel maggio dell'anno 1609.

Nello stesso anno il cardinale affidava il rifacimento della basilica all'architetto Francesco Maria Richini

che così l'avrebbe consegnata alla posterità: ingresso ornato da *nobile portico sostenuto da più colonne di marmo che serve da coperto per le tre porte*; interno a una sola nave con tre cappelle per lato; due scalinate simmetriche davanti all'altar maggiore per scendere nella cripta nella quale riposano le *Sante Ossa* con a fianco il pozzo dove Calimero fu precipitato da quei perfidi Sacerdoti Flamini suoi capitali nemici. Nelle cappelle infine, si ammiravano pregevoli dipinti fra i quali uno di Panfilo Nuvolone.

Nel XX secolo la chiesa di San Calimero subiva esteriori *camuffamenti pseudo romanici* unanimemente sgraditi dai competenti che, per esempio, ancor oggi così li giudicano⁽⁷⁾: *Con tre pinnacoli incredibili, e un pomposo protiro la fronte pare inneggiare al malgusto degli ultimi restauratori*. Camuffamenti e altri obbrobri, presunti o reali, non hanno evitato che la chiesa fosse molto frequentata non solo dai parrocchiani ma anche dai devoti che hanno i loro cari ricoverati nell'attiguo Istituto Ortopedico Gaetano Pini o in altre Case di Cura nei paraggi. Pare anzi che sotto quest'aspetto San Calimero e la sua acqua funzionino ancora a pieno regime.

Da notare che da un punto di vista storico, Largo Crocetta con il suo monumento non solo si riferisce a circa quindici secoli di vita milanese, ma rappresenta anche un esemplare di tutte le altre espressioni cittadine della passata religiosità stradale. La crocetta-monumento di San Calimero infatti, è una delle poche opere di questo tipo sopravvissute al ciclone distruttivo scatenato da Giuseppe II imperatore d'Austria e proseguito da Napoleone Bonaparte.

Il ciclone si scatenava sul finire del Settecento e ripuliva Milano da parecchie immagini sacre sia dipinte sui muri delle case o dei tabernacoli sia manufatte e posate in mezzo alla strada. Capolavori o no, sicuramente queste immagini colorivano o per lo meno arredavano Milano creandole un aspetto festoso molto gradevole. Secondo l'autorità costituita invece, tutte le immagini andavano eliminate perché comportavano *pregiudizio alla salvezza dei milanesi, essendo vane e superstiziose apparenze che menomavano il vero culto di Dio* e recavano *gran torto alla Santità della nostra Cattolica Religione*. In più, le immagini seminate ai crocevia (le *crocette*), *generalmente di mole assai elevata, riuscivano di grave incomodo e pericolo al popolo nel trapasso delle carrozze, cresciute di molto in questo paese*⁽⁸⁾.

Fortunatamente il monumento-crocetta di San Calime-

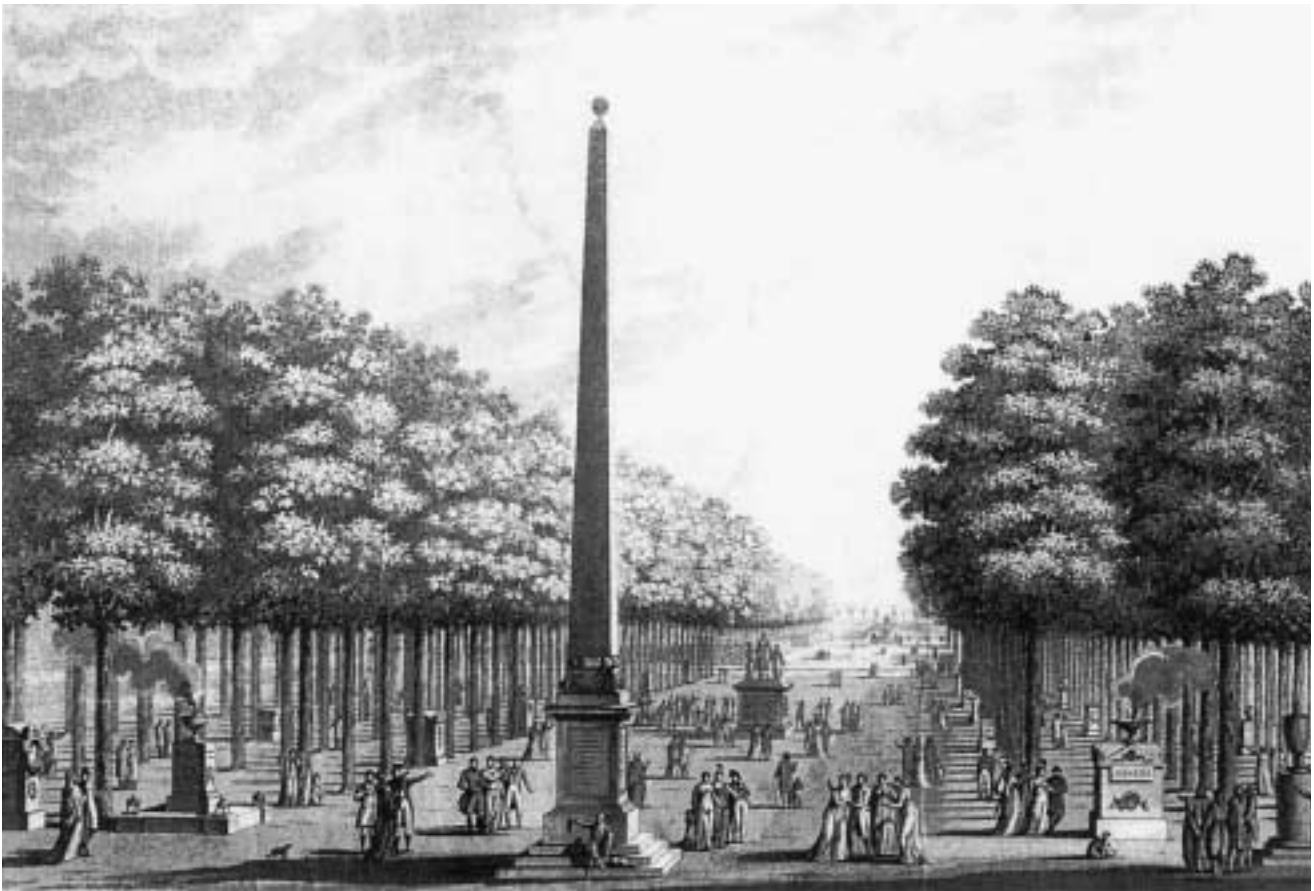
ro che a fine Settecento si trovava al dazio in corso di Porta Romana e probabilmente nella sede attuale, dai funzionari imperiali e napoleonici era riconosciuto, anche se di mole molto elevata, di nessun intralcio al trapasso delle carrozze e, con un vescovo ben in vista, di nessun pregiudizio riguardo tanto al vero culto di Dio quanto alla Santità della nostra Cattolica Religione. Miracolosa invece la sopravvivenza della stessa ex-crocetta alla demolizione programmata dal governo napoleonico nel 1799 come risulta dall'*Elenco dei segni sacri esistenti sulle strade urbane di Milano* e destinati a scomparire.

Il provvedimento era motivato da fenomeni ritenuti miracolosi, manifestati da alcune immagini sacre, ma provocati da *preti che purtroppo in ogni tempo si erano dimostrati assai destri nel condurre ai loro fini il popolo, ... trovando il modo di muovere gli occhi, mutare il colore delle madonne, ecc.*⁽⁹⁾.

Naturalmente a questi provvedimenti draconiani molti

milanesi si opponevano energicamente e qualche volta con successo. Fra numerose opposizioni, la più clamorosa è stata sicuramente quella della cittadina Teresa Cernuschi vedova Croci che, dopo aver insultato l'Ispettore del 1° Rione Urbano *all'occasione che faceva levare due immagini di culto esistenti sull'esteriore di sua casa N°4909 contrada delle Ore*, sottolineava il suo dire gettando *dalla Finestra un orile con Orina*. Benché gli atti della polizia attestassero *pienamente l'insulto arrecato dall'inquisita*, alla fine *si ebbe riguardo alla età e alla sua condizione di Possidente* (forse nel senso di proprietaria della casa) e le si elevava solamente *una seria ammonizione*⁽¹⁰⁾. Anche se non se ne accenni più, certamente le due immagini sacre in contrada delle Ore sparivano per sempre. La sparizione però restava alla fine vendicata.

A differenza di quella dedicata a San Calimero, la crocetta del Bottonuto oltre all'evoluzione dal sacro al profano subiva anche il trasferimento dalla sede originaria.



Croce del Bottonuto durante i festeggiamenti nazionali del 26 giugno 1803 in un'acquatinta dell'Appiani e del Sanquirico. Civiche Raccolte Stampe Bertarelli, Milano. (da: M. A. Crippa, F. Zanzottera, *op. cit. in Bibliografia*).

Come risulta dalla sua denominazione, la crocetta del Bottonuto sorgeva in uno slargo dell'omonima viuzza che, insieme ad altre, formava un labirinto dalle parti di via Paolo da Cannobio, via Adua, via Larga, via Albricci, via Pantano ecc.

Giuseppe Parini (1729-1799), proveniente da Bosisio e arrivato in città a nove anni, avrebbe abitato in via Pantano presso una prozia paterna. Avrebbe così frequentato comodamente le scuole arcimboldee della vicina piazza Sant'Alessandro per qui conoscervi i più o meno coetanei Pietro Verri, Paolo Frisi, Domenico Balestrieri.

Come le altre stradine del borgo, anche via Pantano non aveva numeri civici, portava un nome di fantasia, aveva selciato sconnesso o non l'aveva affatto. Così in caso di pioggia, i pedoni dovevano destreggiarsi fra inciampi pozzanghere e fango badando - come diceva appunto il Parini - a scansare *l'obliqua furia dei carri* per non ritrovarsi fradici e magari con le ossa rotte. Via Pantano poi, sembra sorgesse addirittura sopra un acquitrino melmoso e maleodorante. Oltre a sconnesse e fangose, di notte le stradine del borgo erano anche buie perché la loro illuminazione era affidata ai candellotti accesi davanti alle sacre immagini di strada e, saltuariamente, alle lanterne dei lacché incaricati di illuminare la strada al padrone in uscita notturna a piedi o in carrozza ⁽¹¹⁾.

Secondo un grande esperto di cose milanesi ⁽¹²⁾ anche il nome Bottonuto potrebbe derivare da *butinugum* opera idraulica esistente nel nostro dedalo di stradine, in analogia ad altri toponomici come Laghetto Poslaghetto e Pantano. Benché non si possa escludere sia la derivazione da *Botmuk*, condottiero che, agli ordini di Federico Barbarossa, nel 1156 non sarebbe riuscito a forzare la difesa milanese in zona, sia la derivazione da *quatter botton* con riferimento alle quattro sfere a sostegno dell'obelisco posato nello slargo di via Bottonuto.

Privato dell'obelisco alla fine del Settecento, il Bottonuto sarebbe rimasto per molto tempo un accumulo disordinato di vecchie case sudicie cadenti e scalciate, zeppe di colli da forca e laide meretrici. Poi nel Novecento, con la bonifica edilizia degli anni Quaranta, Bottonuto e folclore sarebbero stati per sempre cancellati.

L'obelisco era nato invece come *crocetta* innalzata ai tempi di San Carlo. Se già allora sia stata innalzata in ambiente peccaminoso non si sa; ma si sa che per lo

meno l'ambiente era appestato da cittadini condannati a starsene a casa per non diffondere ulteriormente l'epidemia.

La *crocetta* era stata dedicata a San Glicerio, anche lui vescovo di Milano nei primi secoli di cristianesimo ambrosiano. Come per San Calimero, nella *Storia della Chiesa Ambrosiana* di San Glicerio risultano solo data del suo vescovato (436-438) e sede della sua sepoltura (chiesa di San Nazaro a Porta Romana) ⁽¹³⁾. La scarsità di notizie dipenderebbe dal trasferimento, nel 402, della capitale dell'Impero d'Occidente da Milano a Ravenna. Da allora, su Milano diventata città secondaria, sarebbe calata una cortina di nebbia dalla quale, dal punto di vista ecclesiastico, sarebbero emersi solo il nome dei vescovi milanesi e gli anni del loro mandato pastorale.

Secondo studi più recenti però ⁽¹⁴⁾, Glicerio, al quale è dedicata anche una strada tra i viali Sarca e Fulvio Testi, sarebbe stato personaggio di rilievo perché avrebbe ricevuto incarichi diplomatici in Africa settentrionale dall'Imperatore Onorio Flavio (384-423) e incarichi educativi per il giovane Valentiniano III (419-455), imperatore romano d'occidente dal 425, figlio di Galla Placidia a sua volta figlia di Teodosio e sorella di Onorio Flavio.

Più circostanziata della storia di Glicerio, è invece quella dell'obelisco in sé, riportata in un documento dattiloscritto nei primi anni del Novecento, conservato dalla Sovrintendenza ai Musei Civici di Milano ⁽¹⁵⁾. Da questo documento risulta:

Dove la via Bottonuto, prima di immettere in via Adua, forma una specie di spiazzo, al posto del fanale che vi troneggia nel mezzo (evidentemente anche qui senza ostacolare il traffico né altro) vi si elevava un obelisco poggiante su quattro sfere di ottone su base quadrata, sorreggente una croce. Tale croce dedicata a S. Glicerio, arcivescovo di Milano nel 430, ricordava la Passione di Gesù nelle beffe ricevute da Erode, e fu benedetta l'11 giugno 1607 dal cardinale Federico Borromeo accompagnato da tutto il clero metropolitano alla presenza del Gran Cancelliere e del suo seguito. Essa doveva costituire un non lieve intralcio alla viabilità se nell'ottobre 1710 il Priore della Confraternita della Croce faceva istanza perché fossero piantate quattro colonnette a riparo degli spigoli del basamento che andavano continuamente scheggiati per gli urti delle carrozze.

In forza del contratto 10 maggio 1787, l'obelisco fu trasportato, con la sostituzione di una stella alla croce e con l'aggiunta di festoni in bronzo al basamento fatto di nuovo, in via dei Boschetti ai Giardini Pubblici dove ancora oggi lo si vede. Gli ornamenti in bronzo al piedestallo, disegnati da Angelo Arbertolli, andarono poi rubati nel 1848 per opera dei nostri soldati che bivaccavano ai Giardini Pubblici. Intatta invece rimase la stella costruita dall'ottonario Francesco Leonardi. Il 1° ottobre 1787, la piramide, come si osò chiamare pomposamente, era in posto, ma il trasporto, operato dall'operaio Carlo Baroggi, fu quanto mai laborioso e costituì uno spettacolo il quale richiamò folla di gente ad assistervi.

Ai giorni nostri le due crocette continuano ad attirare gente: quella a piedi, per prendere la metropolitana; quella in automobile, per far benzina a un vicino distributore. E tutte e due, completamente ignorate dalla gente a piedi o in automobile, sopportano indifferenza generale e bailamme stradale con aristocratico distacco.

Bibliografia

- 1 - Crippa M.A.; Zanzottera F.: *Una Milano sconosciuta. La geografia dei luoghi sacri da Carlo Borromeo a Maria Teresa d'Austria*. Strenna Istituto Ortopedico Gaetano Pini, Milano 2000.
2. Pellegrino B.: *Così era Milano. Porta Romana*. Libreria Meravigli Ed., Vimercate 1985
3. Majò A.: *Storia della Chiesa Ambrosiana*. NED Ed., Milano 1981, vol I.
4. Torre C.: *Il ritratto di Milano. In Milano per gli Agnelli Scult. & Stamp. MDCCXIV. Con Privilegio*. Ristampa anastatica Forni e Urso, Milano 1972.
5. Ogliari F.: *Milano sugli altari*. Selecta Ed., Pavia 2004
6. Torre C.: *op. cit.*
7. Pellegrino B.: *op. cit.*
8. Crippa M. A., Zanzottera F.: *op.cit.*
9. *Op. cit.* Da un resoconto ufficiale sugli avvenimenti collegati a una statua di S. Ambrogio.
10. *Op. cit.* Documento Repubblicano inviato al Dicastero Centrale del governo Napoleonico.
11. Bevacqua V.: *Giuseppe Parini Gazzettiere*. Civiltà Ambrosiana, NED ed., Milano Marzo-Aprile 1995
12. Bagnoli R. : *Milano. Le sue strade raccontano*. Strenna Famiglia Meneghina, Milano 1988
13. Majò A.: *op. cit.*
14. Ogliari F. : *op. cit.*
15. Crippa M. A., Zanzottera F.: *op. cit.*

Autunno

Allorché le ultime calure estive andavano perdendo la ferocia sotto il sole velato, l'autunno cominciava prima della sua entrata, con una lieve tristezza prolissamente indefinita, come se il cielo non avesse voglia di sorridere. Era un azzurro a volte più chiaro, altre volte più verde con l'identica assenza di sostanza del colore profondo; era una specie di oblio nelle nuvole, porpore diverse e sfumate; non era più un torpore ma un tedio, in tutta la sua immobile solitudine attraversata dalle nuvole.

L'entrata del vero autunno si annunciava poi con un freddo dentro il non-freddo dell'aria, con una sfumatura dei colori che ancora non sfumavano, con un qualcosa come una penombra e un allontanamento, con ciò che era stato il tono del paesaggio e la fisionomia sfocata delle cose. Niente era ancora morto, ma ogni cosa, come in un sorriso ancora assente, si tramutava in nostalgia verso la vita.

E poi, ecco il vero autunno. L'aria diventava fredda di vento; le foglie fremevano con un rumore secco, anche se non erano foglie secche; la terra acquistava il colore e la forma impalpabile di una vaga palude. Ciò che era stato l'ultimo sorriso scoloriva in una stanchezza di palpebre, in una indifferenza di gesti. E così tutto quello che possiede una capacità di sentire, o che crediamo abbia una capacità di sentire, stringeva intimamente al seno il commiato da se stesso. Un rumore come una folata in un cortile attraversava la consapevolezza che avevamo di un'altra cosa. Si aveva voglia di essere convalescenti per sentire veramente la vita.

FERNANDO PESSOA

(Da "Il libro dell'inquietudine"

Giorgio Feltrinelli editore, Milano, 1987)

Tra arte e moda: seconda indagine curiosa tra i dipinti dell'Ospedale Maggiore e del Pio Albergo Trivulzio

CRISTINA CENEDELLA

Nella scorsa indagine, fugace e molto rapida, tra i dipinti dell'Ospedale Maggiore e del Pio Albergo Trivulzio, è stata segnalata soprattutto l'antica tradizione che per secoli ha teso un forte legame tra i benefattori dei luoghi pii e ospedalieri e le migliaia di ritratti eseguiti in loro ricordo.

È stato notato, anche, che il ritratto gratulatorio delle raccolte degli enti assistenziali offre agli studiosi e al pubblico una sorprendente quantità di livelli di lettura, a cominciare dalla sua testimonianza come pittura di genere, con i modi e gli schemi suoi propri. Quest'ultimo punto, in particolare, riveste sicura importanza per gli aspetti singolari che svela: si è visto, infatti, che il ritratto gratulatorio si adegua a una iconografia consueta, che muta con il passare del tempo, ma che ogni pittore conosce e che, per questo, accomuna da un punto di vista iconografico le opere conservate nelle quadre di ospedali ed enti di beneficenza.

Ma ben altro possono "raccontare" all'osservatore i ritratti di uomini e donne che occhieggiano dalle tele. Così, il desiderio di curiosare ancora tra i quadri delle due raccolte (Ospedale Maggiore e Pio Albergo Trivulzio) è stata la molla per una seconda "incursione", dal risultato altrettanto singolare. E poiché la precedente indagine si era fermata al XVIII secolo, questa seconda ha preso in esame alcune tele della prima metà del secolo successivo, partendo da ciò che nel ritratto gratulatorio è davvero in primo piano: l'abbigliamento.

Ecco dunque che, sull'ipotetica passerella allestita per lo spettatore, si succedono stoffe, pizzi, accessori, pettinature, gioielli e scarpe, che rac-

contano, nel loro linguaggio pittorico, non solo l'evoluzione della moda, ma anche gli aspetti, i caratteri e la cultura di un'epoca, riflessi, appunto, nel gusto estetico in voga.

L'Ottocento fu un periodo di marcata mutevolezza delle fogge del vestire; ma, naturalmente, tale mutevolezza fu prerogativa delle classi privilegiate, mentre una relativa fissità caratterizzò il costume popolare, che andò evolvendosi molto più lentamente. Soltanto prendendo in considerazione il periodo di tempo sino all'Unità d'Italia, ad esempio, vi sono da notare due importanti evoluzioni: l'abbandono dello stile Impero a favore di quello della Restaurazione e quindi la successiva elaborazione dello stile romantico.

Lo stile Impero, nato negli anni delle fortune napoleoniche, si spense con la Restaurazione: il ritorno dei sovrani legittimi sui troni d'Europa portò con sé un nuovo concetto di moda. Il Corriere delle Dame, fondato a Milano nel 1804 da Carolina e Giuseppe Lattanzi, usciva il 9 dicembre 1815 con una lettera circolare alle lettrici, avvertendo che *"impietosita la Provvidenza di tanti guasti e inquietezze cui andò soggetta l'Europa da oltre vent'anni"*, la rivista avrebbe cominciato un nuovo corso, con compendi storici di arti e mestieri, notizie di invenzioni e, naturalmente, figurini di moda: *"oltre le settimanali figurine delle più recenti e scelte mode di Francia e d'Italia, vi si inseriranno talvolta le mode di altre nazioni, se ne' loro rispettivi giornali troveremo cose che si convengono al gusto italiano (...)"*. Insomma, se la Francia non dettava più le sue regole politiche all'Europa,

continuava tuttavia a detenere un primato indiscusso nel campo, appunto, della moda e del buon gusto.

I nuovi canoni estetici, dunque, trasformarono l'abbigliamento maschile e femminile. L'abito femminile, in particolare, si fece più austero, le maniche si allungarono, si preferirono i colori scuri e i tessuti divennero più consistenti (venne usato molto il velluto in luogo delle leggere mussole precedenti). Le gonne, non molto



Qui sopra:

Quadreria dell'Ospedale Maggiore. Giuseppe Mazzola, 1825: *Ritratto di Francesca Arena Petrolini.*

A destra dall'alto:

Quadreria del Pio Albergo Trivulzio. Giovanni Rizzi, 1860: *Ritratto di Teresa Pellegatta.*

Quadreria dell'Ospedale Maggiore. Giuseppe Sogni, 1854: *Ritratto di Camilla Besozzi Figliodoni.*



ampie, assunsero con il passare degli anni la classica forma “a campana” e si arricchirono di nastri e di passamanerie. Tornò l’uso del colletto di pizzo, anche molto importante, e l’impiego del busto; le scollature si ridussero. L’abito, accorciandosi in generale, mise in evidenza le scarpe in raso prive di tacco.

Si può prendere ad esempio il *Ritratto di Francesca Arena Petrolini* della raccolta della Ca’ Granda, realizzato nel 1825 dal pittore Giuseppe Mazzola, nel quale è evidente il passaggio ai nuovi canoni estetici e ai nuovi materiali: stoffe pesanti dai colori scuri, ampia passamaneria applicata al fondo della gonna, il taglio della vita che riconquista la sua naturale posizione. In particolare si deve notare la pettinatura, che rivela fedelmente il periodo di transizione tra le acconciature neoclassiche alla greca e alla romana e quelle ben note del periodo romantico seguente.



Quadreria del Pio Albergo Trivulzio. Antonio Durelli, 1825: *Ritratto di Giustina Lambertenghi Recalcati*.

Esattamente dello stesso anno è il *Ritratto di Giustina Lambertenghi Recalcati*, realizzato da Antonio Durelli per la raccolta trivulziana. L’anziana marchesa indossa un abito dal colore scurissimo, nel quale le decorazioni a fine gonna e a fine maniche sono sostituite da una linea di balze dello stesso tessuto dell’abito. Lo scialle copre la parte superiore del vestito, lasciando tuttavia intravedere l’esistenza di colletti di pizzo bianco. La cuffietta candida di pizzi e raso è uno degli emblemi onnipresenti dell’Ottocento.

Di lì a pochi anni di distanza l’abbigliamento femminile si modificò ulteriormente e assunse quelle caratteristiche molto più conosciute e popolari anche nell’immaginario collettivo. La figura femminile, infatti, tese ad allungarsi sempre di più e l’abito si caratterizzò per le profonde scollature, il rigonfiamento delle maniche e delle gonne. La scollatura, amplissima e ovale, lasciava scoperte le spalle; le maniche si gonfiarono nelle fogge più strane e le gonne, soprattutto nel periodo del secondo Impero, assunsero notevole ampiezza, sorrette dapprima da sottovesti inamidate e poi da vere e proprie armature rigide, le “crinoline” e, successivamente, le “gabbie”. Altro emblema ottocentesco fu la pettinatura: i capelli vennero acconciati con una scriminatura centrale e le chiome raccolte con trecce e boccoli laterali all’altezza delle tempie, trattenute da nastri e fiocchi.

Si veda ad esempio, esattamente corrispondente alla descrizione, il *Ritratto di Maria Visconti Ciceri*, realizzato nel 1833 da Giuseppe Sogni per la Ca’ Granda, nel quale la contessa reca nella mano sinistra in primo piano un altro dei simboli del romanticismo ottocentesco: l’immancabile fazzoletto dagli orli ricamati.

Per coprirsi le spalle le signore utilizzavano scialli dai colori e dalle stoffe molto varie, mantelle con e senza maniche, soprabiti corti che potevano adagiarsi sulle gonne larghissime.

Qualche anno più tardi venne introdotto anche il corsetto alla puritana, chiuso e abbottonato, con maniche dall’attaccatura normale, che si allargavano dal gomito in giù, dette “a pagoda” e lasciavano vedere le sottomaniche bianche “sgonfiati”.

Due esempi di questo abito femminile sono nel *Ritratto di Teresa Pellegatta*, realizzato nel 1860 da Giovanni Rizzi per la raccolta trivulziana e nel *Ritratto di Camilla Besozzi Figliodoni Lunati*, realizzato da Giuseppe Sogni nel 1854 per la quadreria dell’Ospedale Maggiore. In entrambi i dipinti, praticamente speculari, si riconoscono gli elementi sin qui individuati: colori scuri delle stoffe, ampie gonne sorrette da crinoline, maniche a pagoda e relative sottomaniche a sbuffo, colletti in pizzo e cuffiette di raso.

Per quanto riguarda l’abbigliamento maschile, la moda della prima metà del XIX secolo adottò in un primo tempo la giacca lunga con maniche rigonfie e spalle imbottite, con il punto vita fortemente segnato dal taglio e dall’uso del busto; verso il terzo decennio del secolo, invece, sgonfiatesi le maniche, le giacche divennero più attillate e si portarono aperte sul davanti per mettere in evidenza il gilet di damasco e di broccati. I pantaloni rimasero lunghi per tutto il secolo, preferendosi i colori molto scuri. La camicia bianca a collo alto era chiusa da cravatte; numerosi gli accessori, cilindro, guanti, bastone, foulard.

Uno dei migliori ritratti, per questo esempio, è quello di *Ignazio Vidiserti*, realizzato da Pietro Narducci per il Pio Albergo Trivulzio nel 1848. Oltre alla notevole resa pittorica del dipinto e alla splendida ambientazione della figura, il personaggio calza alla perfezione l’immagine del gentiluomo romantico, che non si faceva mancare accessori, quali fermacravatta preziosi, cilindri estivi di colore chiaro (sul muretto a destra nel dipinto), foulard e bastone pregiati.

L’immagine dell’uomo “romantico” è ben tratteggiata anche dalla moda adottata dagli intellettuali e dai “rivoluzionari” del ’48, che tuttavia, per l’importanza che assume, lascio alla prossima indagine.

Dall’alto:

Quadreria dell’Ospedale Maggiore. Giuseppe Sogni, 1854: *Ritratto di Maria Visconti Ciceri*.

Quadreria del Pio Albergo Trivulzio. Pietro Narducci, 1848: *Ritratto di Ignazio Vidiserti*.



Le riunioni

ANTONIO RANDAZZO

Churchill, durante l'ultimo conflitto mondiale, nella sua qualità di capo del governo, era anche il comandante in capo delle forze armate britanniche.

Si dice che fosse suo costume raccomandare ai collaboratori di essere sintetici nei contatti interpersonali e che, con humour tutto britannico, consigliasse loro, paradossalmente, di mandare alla fucilazione chi, potendo relazionarli con quattro parole, ne impiegava cinque.

Lo statista britannico faceva parte di una classe dirigente le cui radici affondavano nella rigogliosa cultura del XIX secolo. Da allora, il bagaglio culturale dell'umanità è molto cambiato. L'enorme sviluppo delle conoscenze ha obbligato la cultura a settorializzarsi e ciò ha ostacolato la capacità della sintesi.

Per sintetizzare, occorre infatti conoscere "in extenso" il singolo problema, in modo da poterne enucleare gli aspetti essenziali. Se la conoscenza in extenso non è più possibile, è facile capire come l'esperto di un certo settore, richiesto di un parere sintetico su un problema complesso, corra il rischio di sproloquiare sugli argomenti che gli sono meno familiari.

Di questa tendenza allo sproloquio i mass media costituiscono spesso un chiaro esempio. Poiché il giornalista, anche se molto bravo, ha pur sempre competenze settoriali, quando la direzione del giornale, per una qualsiasi esigenza, lo adibisce a settori diversi, lo espone al rischio dello sproloquio.

Chi legge o chi ascolta, se sufficientemente esperto di quella particolare problematica, si accorge subito che il giornalista sta andando a farfalle. Tutti gli altri lettori/ascoltatori, in mancanza di conoscenze adeguate, non si accorgono di nulla. Ciò favorisce la diffusione di una informazione che (come è stato ampiamente rilevato)

non concorre al formarsi di una buona cultura e qualche volta genera addirittura confusione.

Torna alla nostra mente il fenomeno dei retori dell'età greco-romana. Il retore parlava, nell'Agorà o nel Foro, sostenendo prima una tesi, con dovizia di argomenti e, subito dopo, con la stessa dovizia, la tesi esattamente opposta.

Tuttavia, in quell'epoca, il gioco era chiaro: il retore voleva dimostrare la propria abilità oratoria e, nel contempo, persuadere gli ascoltatori che molte verità sono relative e che, fin dove si può, è conveniente ragionare con la propria testa ed acquisire le proprie verità. Viceversa, nel caso degli sproloqui odierni, si osserva spesso la tendenza a spacciare per verità inoppugnabili quelle che, il più delle volte, sono soltanto opinioni più o meno personali oppure a presentare come dati certi i risultati di ricerche scientifiche o di rilevazioni statistiche destinate ad essere smentite (o quanto meno ridimensionate) da lì a qualche tempo. La conseguenza ultima, per colui che andava ad ascoltare il retore, era lo scetticismo. La conseguenza ultima per chi, oggi, legge i giornali, ascolta la radio o guarda la televisione è il disorientamento, spesso al limite con un vero e proprio stato confusionale!

Un chiaro esempio di questa situazione è rappresentato dai dibattiti televisivi su argomenti di attualità politica, economica, sociale o di costume.

A parte la tendenza degli intervenuti a parlare tutti in contemporanea, cercando di soverchiarsi l'un l'altro con la voce, l'ascoltatore spassionato conviene, alla fine, che tutti hanno un po' di ragione e tutti un po' di torto, per cui spegne il televisore e va a letto più confuso di prima. Questa condizione alla fine, produce uno stato di insicurezza, la quale, a sua volta, genera l'invincibile tendenza a quelle riunioni di gruppo che

oggi riscontriamo, con grande frequenza in tutte le attività lavorative. Il presupposto logico è che il gruppo sbagli meno del singolo e che l'insieme di più pareri faciliti le scelte finali. Per questo motivo è ormai comunissimo, se stai cercando una persona nell'ambito del sistema lavorativo pubblico o privato, sentirsi dire da una segretaria, un usciere, un commesso che, in quel momento, quella persona non può essere contattata perché occupata in una riunione. Dalla frequenza di questo evento si sarebbe autorizzati a pensare che la nostra non è la società dei satelliti spaziali, dei trapianti d'organo, degli organismi geneticamente modificati, bensì quella delle riunioni.

A ben riflettere il comune denominatore fra informazione mediatica e riunioni di lavoro, come dicevamo prima, è la tendenza a trasformare l'esposizione di rispettabilissimi punti di vista personali nella enunciazione di verità scientifiche corredate da grafici, diagrammi, pareri di personaggi di alto profilo. Tuttavia, poiché si tratta comunque di verità contrapposte in attesa dell'hegeliana sintesi e, successivamente, di nuove antinomie, il risultato ultimo, per il profano in ascolto è ancora la confusione.

Si profila il rischio che nella mente dei più deboli, sopravvenga il dubbio che la stessa scienza sia inattendibile e che, pertanto, si sia autorizzati a buttarsi sull'esoterico. Per fare un esempio che riguarda la Medicina, credo che questo stato d'animo aiuti (almeno in parte) a capire la fortuna della cosiddetta Medicina alternativa, della pranoterapia, dell'agopuntura e, fuori dall'esempio medico, il prosperare, anche nei Paesi di civiltà avanzata, di oroscopi, maghi, fattucchiere, veggenti, zingare e imbonitori di ogni genere.

Tornando al problema delle riunioni, bisogna tener conto che, per fortuna, la loro numerosità è certamente minore di quanto si possa pensare. Molte volte, esse sono solo una scusa per non dire che la persona che tu cerchi è alle Canarie a prendersi il sole oppure, chiusa nel suo studio, è intenta a leggere la Gazzetta dello Sport, alla ricerca dei motivi che hanno portato alla sconfitta la squadra per cui tifa. Altre volte ancora si tratta solo di far capire a chi ti cerca che sei un

personaggio importante; che puoi essere disturbato solo per questioni molto serie riguardanti, che so, il buco dell'ozono, l'anidride carbonica che si scioglie nelle acque degli oceani, i tifoni che distruggono intere città o il problema di dove scaricare le scorie radioattive che rimangono inquinanti per secoli. Tu ti rendi subito conto che il tuo personale problema è del tutto irrilevante per la sopravvivenza dell'umanità, rinunci a colloquiare con il tuo interlocutore, il quale così può continuare a dedicarsi indisturbato alla sua Gazzetta.

Personalmente credo all'utilità del *brain trust* solo a condizione che colui che lo coordina sia capace della sintesi. Se manca questo prerequisito, è opportuno rifarsi ancora una volta alla sarcastica saggezza di Churchill il quale affermava testualmente che "the best committee is a committee of two, when one is absent".*

* "La miglior commissione è una commissione di due persone, quando una delle due è assente".

La convivenza

ANTONELLA CREMONESE

Luca Goldoni, opinionista del Corriere della Sera e scrittore di costume, è insuperabile nel prendere garbatamente in giro le nostre nevrosi. Scrisse una volta che trovandosi imbottigliato in una coda autostradale, si arrovellava pensando: «Ma insomma, cosa fa tutta questa gente in macchina? Dove va? Cosa vuole fare?» ma lo colpì, fulminea, la considerazione che lui stesso si trovava in macchina, imbottigliato sull'autostrada. Perché? Cosa ci faceva? Dove andava? Cosa voleva fare?

Gli venne da ridere, gli passò il nervoso. La convivenza, cioè letteralmente il vivere insieme con altri, ha bisogno di questo sguardo equidistante, ironico, tollerante. L'alternativa è farsi eremiti (e dove, sulle nostre montagne dentellate di sentieri per trekking?) oppure chiudersi in un isolamento ringhioso, in cui ci autoinvestiamo del ruolo di Minosse che «giudica e manda», e al nostro prossimo non gliene perdoniamo una: dalla cravatta pacchiana al vociferato intrigo col capo dell'ufficio.

Nelle redazioni dei giornali, dove lavoro da quarant'anni, la convivenza civile è il presupposto anche della buona qualità di quello che gli editori chiamano il «prodotto», mentre chiamano noi «le risorse umane». Ora, chiunque non si sia mai trovato ad essere la «risorsa umana» in un giornale, non può nemmeno lontanamente immaginare come sia importante lo spirito di convivenza. Perché c'è sempre fretta, tutto si fa in un'apparente confusione, e se non si sapesse convivere e coordinarsi, succedrebbero disastri. Questo è vero tutti i giorni ma è vero soprattutto quando si produce il cosiddetto «fatto grosso». Prendiamo per esempio l'evento ricorrente del pazzo che dà i numeri, spara sulla folla, sequestra la fidanzata, vuole parlare col presidente della Repubblica e non si accontenta affatto del magistrato di turno.

In questi casi nella cronaca di un giornale tutti si mobilitano per il peggio, tanto che col senno di poi si può dire che le esercitazioni antiterrorismo le abbiamo inventate noi. In una manciata di minuti si decide chi deve andare sul posto e poi tornare per scrivere *l'articololessa* (l'articolo più importante, per le pagine nazionali), chi deve andare sul posto e restare a fare il «trombettiere» (telefonando man mano le notizie che qualcun altro scrive), chi deve andare ad appiccicarsi alla polizia, chi deve stanare la famiglia del pazzo e quelle delle vittime, chi deve aspettare al pronto soccorso per avere notizie di prima mano sui feriti e intercettare le scene di disperazione, chi deve reperire lo psichiatra di chiara fama per fargli la domanda d'obbligo: «Si poteva prevenire?» Mentre il capo si tuffa in furiosi conciliaboli coi capi supremi (ne riemergerà ore dopo, ma telefona col cellulare ogni dieci minuti), solo lo spirito di convivenza evita che tutto si blocchi, e che sul lavoro da svolgere prevalgano le vanità e le preferenze personali. Bisogna «fare squadra», e lo si fa. Salvo poi a fare il muso lungo il giorno dopo, con tutto il corteggio delle frasi sacramentali: «Ecco, si fanno sempre correre i soliti cavalli, questo giornale non è più quello di prima, si procede per "bande", l'esperienza paga zero, si fa largo ai soliti amici...»

Magari è vero, o molte volte è vero. Però la convivenza vuole che ci si liberi dell'amarezza, e si raccattino i resti del proprio entusiasmo per il mestiere, si perdoni l'arrivismo, ci si chieda comunque se nelle condizioni date non saremmo stati arrivisti anche noi, e pur senza cadere nel banale «buonismo» si sappia vedere nel collega che fa gli sgambetti anche quello che magari sa correre più forte e che comunque lavora senza risparmiarsi. Se è vero che trascorriamo un terzo della nostra vita a dormire, sicuramente è ancora

di più il tempo che passiamo nell'ambiente di lavoro, e far sì che coi compagni di lavoro ci sia una civile convivenza è importante per la nostra serenità. È importante lo stipendio, è importante che ci sia o no la prospettiva di uno sviluppo di carriera, ma da un sondaggio nel mondo del lavoro risulta che «l'ambiente umano» è in testa alla lista dei desideri. L'uomo o la donna che al mattino escono di casa per andare al lavoro, spesso hanno la sfortuna di trovarsi per molte ore del giorno in un ambiente indifferente verso l'individuo e a volte francamente ostile. Ci sono ingiustizie, carriere tanto fulminee quanto inspiegabili, invidie, gelosie, cattiverie, piccole meschinità. Fino al mobbing, e al passaparola che rende l'ambiente di lavoro invivibile per colui o colei di cui i capi si vogliono sbarazzare, trovando facilmente dei complici spontanei in chi per piaggeria si unisce alla caccia alla volpe. Come nel film «Mobbing», è una persecuzione tanto sottile quanto negata. Se la vittima va a protestare, capi e colleghi fingono la meraviglia: «Ma no, non è vero, queste sono idee sue. Che cosa le succede, è depresso?»

Come fa la vittima a ribellarsi, ad ottenere che siano ripristinate le regole di una civile convivenza? Quasi sempre è una partita persa, e allora forse l'unico consiglio che si può dare è contenuto in una frase di Sartre: «Non importa quello che gli altri hanno fatto di noi. Importa ciò che noi facciamo di quello che gli altri hanno fatto di noi» Non è una consolazione, ma è un invito a resistere, mantenendo individualità e dignità.

In una situazione in cui ad un posto di lavoro stabile si arriva sempre più tardi, e in un quadro sociale ed economico in cui in pensione si andrà sempre più tardi, dobbiamo imparare fin da giovani a convivere coi nostri colleghi di lavoro. Perché man mano che gli anni passano, rischiamo di sviluppare quella che gli psicologi chiamano una personalità «rigida», tipica di chi non è più giovane: non ci si adatta ai cambiamenti, si guardano con sospetto i nuovi assunti, e in alcune situazioni-limite si finisce per considerare una catastrofe perfino una semplice riorganizzazione. È difficile che in un ambiente di lavoro si sia amici di tutti, ma nemmeno si è nemici di tutti.

Aiuta proprio lo spirito di convivenza, che fa capire le ragioni degli altri, fa regalare un sorriso o una frase di serenità in una giornata in cui «gira male», e spesso riserva la bella sorpresa di vedere che molte persone sono migliori di quanto si poteva immaginare prima di aprirsi con loro, e di vederli come individui con preoccupazioni, sogni, progetti.

Dobbiamo cercare di pensare che anche chi ci sta antipatico è un individuo. Molte volte non potremo condividere le sue ragioni, ma possiamo sforzarci di capirle, e in ogni caso dobbiamo pensare che ci sono mentalità e caratteri diversi dal nostro. Chi ha ragione? Chi ha torto? Non possiamo deciderlo una volta per sempre, e nutrire di contrasti e di odio le nostre giornate di lavoro. Mi è successo spesso di trovare stranamente commoventi gli ambienti di lavoro vuoti, visti di sera o di notte. Quelle scrivanie consumate nello stesso punto dal continuo andirivieni di una mano. Quel piccolo mazzetto di fiori secchi infilato vicino alla lampada. Quel pupazzetto messo in cima alle pile di fogli. Quel poster colorato sulla parete. Quella foto dei bambini. Sono tutti i piccoli modi per mantenere la propria individualità anche sul lavoro. Per dire che si è persone. Le stesse persone che la sera, suonando al citofono di casa loro, dicono a chi gli risponde. «Apri, sono io!», ed è l'unica situazione in cui quel pronome «io» significa tutto un mondo.

L'Ospedale Maggiore partecipa alla mostra in Giappone: "Milan: The Splendor of a Great City"

PAOLO M. GALIMBERTI



Le capinere o Le monachine in contemplazione di un nido di Emilio Longoni (1884 ca).

Si è inaugurata il 6 settembre, presso il Museo municipale d'arte di Osaka, la mostra "Milan: The Splendor of a Great City", una rassegna che si trasferirà successivamente al Museo municipale d'arte di Chiba, dove si concluderà il 4 dicembre.

L'evento, promosso dal Settore Musei e Mostre del Comune di Milano, è stato affidato alle cure del professor Gian Carlo Calza, già artefice di due importanti mostre di arte giapponese tenutesi a Palazzo Reale: "Hokusai. Il vecchio pazzo per la pittura" (1999-2000) e "Ukiyoe. Il mondo fluttuante" (2004).

Si tratta di un momento di forte promozione per l'intera città di Milano, finalizzato a far conoscere

la ricchezza delle istituzioni culturali metropolitane, in aggiunta all'immagine più consueta legata unicamente al "made in Italy" e all'industria.

Muovendo dalla volontà di esporre pezzi di grandissimo valore e rappresentativi di ogni epoca, sono stati coinvolti i più importanti musei cittadini. Oltre al nostro Ente, partecipano all'evento sette musei civici: Raccolta delle Stampe Achille Bertarelli, Raccolte d'Arte Applicata, Raccolte d'Arte, Archivio Storico Civico e Biblioteca Trivulziana, Museo di Milano, Museo del Risorgimento, Civiche Raccolte Archeologiche, affiancate da altrettante istituzioni museali pubbliche o private: Pinacoteca di Brera, Poldi Pezzoli, Bagatti Valsecchi, Azienda di

Servizi alla Persona “Golgi Redaelli” (già IPAB), Museo Diocesano, Basilica di Sant’Ambrogio, Veneranda Fabbrica del Duomo.

L’Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - che si conferma come una realtà di assoluto rilievo nel panorama museale milanese - in passato ha intrattenuto rapporti scientifici con l’Università di Kyoto (Dipartimento di Trapianto e Immunologia) e con l’Università Tejko di Tokyo (National Institute of Health; Institute of Medical Mycology), e oggi per la prima volta potrà essere conosciuto in Giappone anche nel suo meno noto patrimonio culturale.

Dalle vaste collezioni ospedaliere sono state scelte quattro opere: *Le capinere o Le monachine in contemplazione di un nido* (1884 c.) di Emilio Longoni, in passato attribuito a Giovanni Segantini (artista molto apprezzato in Giappone). La tela, pervenuta con l’eredità di Emilio Zonda, che permise con la sua beneficenza l’edificazione dell’omonimo padiglione chirurgico, può ben essere avvicinata allo stile del “giapponismo” di moda nella seconda metà dell’Ottocento, e sarà certamente apprezzata dal pubblico.

Due opere rappresentano la ricchezza della galleria di ritratti dei benefattori: il *Ritratto di Attilio Lampugnani Visconti* (1757), opera tarda del Pitocchetto, e il *Ritratto di Pietro Francesco Visconti Borromeo* (1823), di Francesco Hayez; in questo dipinto, prestando attenzione ai particolari, si può intravedere il Duomo nella finestra sullo sfondo, mentre il benefattore tiene tra le mani un Breviario Ambrosiano aperto sull’antiporta incisa, opera del Cerano. Infine è particolarmente significativa la rappresentazione della realtà ospedaliera alla fine del secolo XVII, con la sua descrizione minuta di personaggi e attività all’interno de *Il cortile dell’Ospedale Maggiore* (1670/1680 circa).

Il prestito è stato anche l’occasione per il restauro di tre dipinti, finanziato da Palazzo Reale; i lavori sono stati eseguiti dal restauratore Giovanni Rossi di Milano.

Il dipinto di Longoni, che prima d’ora non aveva mai subito alcun intervento di restauro, è stato sottoposto a un’opera di consolidamento e tensionamento del supporto (che presentava un evidente stato di indebolimento e rilassamento generale della tela con fenomeni di mancanza di adesione), mentre

l’eliminazione di stratificazioni di vernici sporche e imbrunite ha fatto riemergere la cromia originale. Le operazioni hanno consentito inoltre di raccogliere nuovi elementi su un’opera in passato al centro di dibattute questioni attributive.

Nella tela di Hayez, la rimozione della stratificazione di diverse mani di vernice e l’asportazione di estese reintegrazioni pittoriche realizzate in vecchi restauri, hanno permesso il riemergere di tonalità e sfumature originali.

L’opera di Ceruti è stata sottoposta unicamente a una leggerissima pulitura; mentre la grande tela con il cortile aveva già beneficiato di un intervento nel 2001 grazie al contributo della Aidda (Associazione imprenditrici e donne dirigenti d’azienda).

Vale la pena di ricordare alcuni tra i più significativi “pezzi” esposti, che elenchiamo al di fuori del rigo-



Ritratto di Attilio Lampugnani Visconti, opera tarda del Pitocchetto (1757).



Ritratto di Pietro Francesco Visconti Borromeo di Francesco Hayez (1823).

roso ordine cronologico prescelto per l'allestimento, cominciando dal disegno di Leonardo, preparatorio alla *Leda col cigno*, scelto come immagine di copertina della mostra (Civiche Raccolte d'Arte Castello Sforzesco).

Menzioniamo innanzitutto la famosa pianta topografica "La gran città di Milano" realizzata da Antonio Lafrery nel 1573, della Civica Raccolta delle Stampe Achille Bertarelli. La medesima Istituzione ha anche messo a disposizione incisioni di Giandomenico Tiepolo, Andrea Mantegna, Domenico Aspari, Giorgio Morandi.

Si possono poi apprezzare oggetti di oreficeria, come l'Ostensorio di Voghera, capolavoro dell'oreficeria lombarda del 1456 (dalle Civiche Raccolte d'arte applicata), o la Capsella di San Nazaro della metà del IV secolo (dal Museo Diocesano), prezio-

sa testimonianza della vita religiosa cittadina nell'età di sant'Ambrogio.

La miniatura è significativamente rappresentata dal celebre Codice trivulziano n. 509 "Leggenda di Aimò e Vermondo" della fine del XIV secolo (Archivio Storico Civico e Biblioteca Trivulziana); mentre gli statuti del Luogo Pio della Misericordia (1420 ca.), e del Luogo Pio della Divinità (1430 ca.), danno una suggestiva testimonianza delle più antiche attività assistenziali a Milano (Archivio dell'A.S.P. "Golgi - Redaelli" già Ipab, ente che, come l'Ospedale affonda le proprie radici nel Medioevo e può vantare una tradizione ininterrotta di beneficenza).

La statuaria tra XV e XVI secolo è illustrata da tre sculture in marmo di Candoglia (della Fabbrica del Duomo) e da opere di Jacopino da Tradate, del Bambaja, di artisti di scuola campionesa, e dell'ambito di Balduccio da Pisa (Civiche Raccolte d'Arte del Castello Sforzesco, che si sono momentaneamente private della famosa testa in marmo di età bizantina tradizionalmente identificata con l'Imperatrice Teodora).

Non mancano di attirare l'attenzione le quattro carte da gioco dai Tarocchi Viscontei miniati da Bonifacio Bembo (Pinacoteca di Brera, prestatrice anche di dipinti di Baschenis e Hayez).

La pittura lombarda è ampiamente rappresentata: non potevano mancare le vedute milanesi di Luigi Bisi e di Angelo Inganni (dal Museo di Milano) o il Ritratto di Napoleone, eseguito da Andrea Appiani (Museo del Risorgimento), ma si possono ammirare anche dipinti su tavola di Cesare da Sesto (Museo Poldi Pezzoli) e di Bernardo Zenale (Museo Bagatti Valsecchi). Tra i dipinti delle Civiche Raccolte d'Arte del Castello Sforzesco spiccano i nomi del Bramantino, di Marco d'Oggiono, di Bernardo Bellotto, del Canaletto, di Lorenzo Lotto, di Giovanni Segantini. Il Novecento è ben rappresentato con opere di Medardo Rosso, Boccioni, Funi, Sironi, Carrà, Morandi, Fontana, Melotti.

Il catalogo, riccamente illustrato, è stato curato da Stefano Zuffi. Il volume (disponibile solo in giapponese), oltre che la descrizione delle opere esposte, accoglie anche sintetiche ma esaurienti descrizioni degli Enti prestatori, proponendosi così come una interessante "guida" ai musei milanesi.

In occasione della Festa del Perdono sono stati ultimati tre restauri, eseguiti su dipinti della Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena; tali interventi rappresentano un importante recupero di opere poco conosciute o totalmente ignorate, come nel caso della Via Crucis, che ha ritrovato la propria originaria collocazione nella chiesa dell'Annunciata.

Arte sacra ritrovata

DANIELE CASSINELLI

Il dipinto raffigurante gli *Angeli che reggono l'Ostensorio* era conservato nella chiesa dell'Annunciata almeno dal 1837, quando il pittore Napoleone Mellini propose il restauro della tela "con putti della scuola del Procaccini" e probabilmente era utilizzato, come già ipotizzato da Giorgio Nicodemi, per alcune particolari celebrazioni, quali le Quarant'Ore. L'opera risale al periodo immediatamente successivo all'edificazione dell'Annunciata, attorno agli anni Quaranta del Seicento, mostrando di risentire del mutamento in direzione barocca della pittura lombarda coeva, accostandosi in tono minore, specie in virtù delle evidenti affinità genovesi, al linguaggio di maestri del calibro di Carlo Francesco Nuvolone e Giovan Battista Discepoli. Più strettamente legati alla nostra tela sembrano Giovan Stefano Danedi, detto il Montalto ed Ercole Procaccini il giovane. Proprio questi artisti esibiscono un analogo modo di costruire floridi putti con pennellate larghe, quasi sprezzanti, mentre peculiare del nostro artista è il cromatismo chiaro e un consumato uso del carminio per labbra e guance, in contrasto con l'incarnato ceruleo, un lontano rimando ceranesco.

Prima del restauro l'opera versava in pessimo stato di conservazione, come la sua cornice antica. La tela era incollata ad una tavola, probabilmente già dal XIX secolo, e i movimenti del legno avevano provocato una diffusa crettatura e la conseguente caduta di numerose piccole tessere di pittura. Dopo la velinatura, necessaria per spostare il dipinto, ormai diffusamente decoeso,

l'opera è stata portata nel Laboratorio di restauro di Barbara Ferriani, dove dapprima la tavola di supporto è stata gradualmente ridotta, poi la tela è stata ripulita dalle vecchie vernici; infine la restauratrice ha integrato la pittura nei punti in cui le perdite erano irrimediabili. La cornice, che dovrebbe essere posteriore di pochi decenni, è stata ripulita, consolidata e solo in parte ridorata, per garantire una corretta percezione del dipinto



Angioletti in adorazione dell'Ostensorio di pittore lombardo (1640 ca).

e dell'antichità della decorazione lignea. Il restauro ha beneficiato di un contributo della Regione Lombardia.

La generosità di Antonia Colombo, che dispose nel suo testamento del 1851 a favore dell'Ospedale Maggiore affinché decorasse la sua chiesa, permise la realizzazione del ciclo della *Via Crucis*, eseguita l'anno successivo da Federico Buzzi.

Dopo che le 14 stazioni erano state ultimate e collocate, una delle tele fu distrutta durante un incidente occorso mentre veniva costruito il coro, cosicché nel 1853 Buzzi dovette rimetterci mano. Nel 1926 le cornici, già sostituite una prima volta nel 1871, dovevano essere assai rovinate, tanto che i dipinti furono provvisti delle odierne decorazioni intagliate da Battista Giudici di Meda, aiutato dai suoi figli. In questa occasione l'originario formato centinato delle tele fu ridotto a quello attuale. Danneggiata e in parte perduta nei bombardamenti dell'agosto 1943, che causarono il crollo di vasta parte dell'antico edificio ospedaliero, la serie fu rimossa dalla sua collocazione; di recente è stata rinvenuta e identificata nel corso delle operazioni di catalogazione del patrimonio artistico dell'Ente.

Le dieci stazioni superstiti ritornano quindi alla loro ubicazione originaria, restaurate dal laboratorio "Officina restauri" di Chiara Ferrario e Stefania Sansoni. Le restauratrici hanno dovuto affrontare diverse problematiche, dai tagli, allo sporco, alle muffe. Sono stati rimossi lo sporco dalla pellicola pittorica e la vernice ossidata, per poi consolidare il supporto con fasce di tensionamento per le stazioni in cui era necessario. La VII stazione in particolare era stata foderata con garza e si è quindi provveduto a risarcire la tela, gravemente lesionata. Le corone di spine e le cornici sono state ripulite con attenzione per la manutenzione dei legni dorati e del metalli, in parte integrati con materiali moderni.

La *Via Crucis* dell'Ospedale Maggiore, datata al 1851, ben si inserisce tra le opere più moderne della pittura lombarda alla metà del XIX secolo, ed è accostabile alle esperienze di Giuseppe Bertini o Cherubino Cornienti, artisti – come il

meno celebre Buzzi – partecipi di un linguaggio fluido e a tratti corsivo, tra la monumentalità della più convenzionale pittura di storia e l'intensità emotiva della scena di genere.

Figlio dei milanesi Giuseppe Buzzi e Paola Meazza, Federico abitò a lungo in città. La prima residenza attestata dalle carte è in Borgo Monforte (1855), dove, a pochi passi dal Naviglio, risiedeva anche il fratello Felice, "accessista" (cioè impiegato apprendista) alla Borsa. In quel periodo, come ricorda Giulio Carotti (*Emporium*, 1899, marzo, vol. IX, pp. 163-194), Buzzi frequentava la scuola di Luigi Sabatelli all'Accademia di Brera, senza tuttavia partecipare alle annuali esposizioni, giacché di lui non c'è traccia nelle guide alla mostra di quegli anni, mentre espose a più riprese alla Promotrice di Torino.

Terminati gli studi accademici si dedicò interamente al restauro, lavorando assiduamente sulla galleria dei Benefattori dell'Ospedale fino alla morte, come testimonia il credito di 405 lire lasciato a favore della moglie, Amalia Annoni, per i restauri eseguiti per il nosocomio milanese. Fu anche intensamente partecipe del mondo culturale milanese della seconda metà dell'Ottocento quale segretario della Società di Belle Arti e, più tardi, dell'Esposizione Permanente. Studioso e commentatore di Carlo Porta, secondo Roberto Aloi, che negli anni Trenta del Novecento raccolse numerose notizie sui pittori italiani, era colto e copioso conversatore. La sua effigie è tramandata da un ritratto a carboncino firmato da Giuseppe Bertini, che lo ritrae con una folta barba, circa trentenne, opera già nella collezione della Patriottica. Secondo Antonio Caimi: "Occupa un distinto posto nella pittura di genere Federico Buzzi, i cui lavori hanno una particolare attrazione per gusto e squisita finezza" e pone l'artista tra i pittori che non aderiscono chiaramente ad una sola scuola ma hanno uno stile proprio. Sono poche le tele che a tutt'oggi possiamo assegnare a Federico: la *Lettura della Bibbia* (1869), olio della Pinacoteca Nazionale di Bologna esposta al pubblico almeno fino al 1935 nella sala dell'Ottocento del Museo, dove erano le opere provenienti dalle esposizioni "emiliane, che periodica-

mente avevan luogo in Bologna”, e la *Lezione di Pittura*, conservata alla Galleria d’Arte Moderna di Firenze. È verosimile inoltre che Buzzi abbia dipinto anche le *Vittime della Miseria* ricordate dal Comanducci nella collezione di Ettore Bossi, pervenuta al Museo di Novara e più tardi attribuita ad Andrea Appiani junior.

San Camillo de Lellis (1550-1614) fu a lungo attivo all’Ospedale Maggiore di Milano, dove operò diverse guarigioni miracolose, negli anni a cavaliere tra Cinque e Seicento, quando il cortile richiniano - che pure è raffigurato nel dipinto - non era ancora stato edificato. Fu proclamato santo da Papa Benedetto XIV (1746), ma anche altri Pontefici ribadirono l’esemplarità del frate nel mondo della salute, tra cui Pio XI, che, proprio negli anni precedenti la realizzazione della tela, lo nominò patrono degli infermieri.

L’ospedale di Niguarda, edificato negli anni Trenta alla periferia nord di Milano, fin dalla fase progettuale condotta dall’ingegner Giulio Marcovigi, fu ideato con una marcata attenzione per la decorazione, affidata al celebre architetto Giulio Ulisse Arata. La necessità di dotare alcuni tra i monumentali spazi dell’“Ospedale a giardino più grande d’Europa” di decorazioni artistiche, suggerì la scelta di creare una speciale commissione, composta oltre che dall’ingegner Giuseppe Casalis - che aveva sostituito Marcovigi scomparso nel 1937 - e da Arata, anche dallo scultore e senatore Edoardo Rubino, dal critico d’arte Raffaele Calzini, dall’architetto Gaetano Moretti. Questa commissione volse i suoi sforzi per elaborare le partiture decorative per i grandi padiglioni, mentre per i particolari di pittura e scultura fu fondamentale la consulenza della Commissione Artistica dell’Ospedale Maggiore, allora composta dall’architetto Ambrogio Annoni, dal critico d’arte Vincenzo Bucci, dagli scultori Mario Amman e Giannino Castiglioni, dal pittore Carlo Cressini, dall’architetto e pittore Cesare Jacini e dal soprintendente delle Civiche Raccolte d’Arte, Giorgio Nicodemi.

Durante l’aprile del 1938 Casalis e Arata parteciparono con il presidente degli Istituti Ospedalieri, Massimo della Porta, ad un incontro della

Commissione Artistica, durante il quale, seguendo il progetto iconografico fornito dall’Arcivescovo Ildelfonso Schuster e grazie all’interessamento dell’archivista dell’Ospedale, Giacomo C. Bascapè, si scelsero gli artefici per le opere d’arte necessarie per il completamento della chiesa centrale e del salone dei benefattori, nel padiglione che funge da ingresso principale. In questa fase Mario Maserati e Noël Quintavalle figuravano solo come eventuali sostituti di altri artisti cui venivano invece affidati i disegni per le vetrate. In seguito la necessità di decorare anche spazi più privati dell’Ospedale permise il loro coinvolgimento, oltre a quello degli scultori Mario Amman e Achille Alberti, che nella chiesa del Convitto Suore realizzarono rispettivamente gli *Angeli* in bronzo, probabilmente distrutti nel 1943, e il *Crocifisso*, oggi conservato presso le Raccolte d’Arte del Policlinico. Mario Maserati dipinse il *San Gregorio Magno* e l’*Addolorata*



Un miracolo di San Camillo de Lellis all’Ospedale Maggiore di Noël Quintavalle (1939).

per la cappella dell'Istituto anatomico patologico e Noël Quintavalle la tela raffigurante *Un miracolo di San Camillo de Lellis* per la cappella del Convitto infermiere dove, in una nicchia, era anche *Il redentore* di Alberti. Quest'ultimo (che nel 1936 aveva lasciato all'Ospedale Maggiore una cospicua parte della propria collezione di opere d'arte) e Amman – all'epoca membro della Commissione Artistica – donarono all'Ospedale le proprie sculture. Al contrario Quintavalle e Maserati avevano richiesto alla Commissione Artistica di essere ingaggiati per la Galleria dei benefattori, infatti in quello stesso 1938 dipinsero rispettivamente i ritratti gratulatori di *Anacleto Mariani* e *Ferdinando Porini*, al cui successo fecero seguito le commissioni per Niguarda.

La decorazione fu intrapresa dall'Ospedale dopo l'estate facendo seguito ad una visita al cantiere del nuovo ospedale del Cardinale Schuster, che per il Convitto suggerì un soggetto con San Carlo fra gli infermi del Lazzaretto o San Camillo de Lellis, il "Santo infermiere".

Incaricato nell'ottobre del 1938 il pittore presentò un bozzetto del dipinto. Nel maggio 1939 il direttore dei lavori Giuseppe Casalis acconsentì al pagamento, proponendo 8000 lire anziché le 6000 pattuite, visto il numero ingente di figure compreso nella tela. A quel periodo appartengono forse le migliori opere dell'artista: due vaste tele raffiguranti scene di caccia oggi in collezione privata.

Noël Quintavalle – discendente da una famiglia sarda di ceto elevato, stabilitasi a Milano e legata ai Marelli, importanti imprenditori – esordì aderendo alla poetica divisionista dipingendo soggetti sacri, ritratti e figure di adolescenti, soprattutto ballerine. Nel decennio precedente l'ingaggio per l'Ospedale alternò l'attività di pittore a quella di illustratore, collaborando con gli editori Hoepli e Vallardi e realizzando numerose xilografie. L'attività di ritrattista è in prevalenza limitata alla raffigurazione della cerchia dei familiari, ma si ricordano anche alcune opere di commissione come i ritratti gratulatori raffiguranti Edoardo Rapelli (1930) e Paolo Polenghi (1932), per l'Ospedale Civico di Codogno, oltre a quello già ricordato di Anacleto Mariani per

l'Ospedale Maggiore. Pittore ormai celebre, Quintavalle si propose alla Commissione Artistica con una lettera di presentazione alla quale erano allegate alcune immagini fotografiche delle sue ultime opere, tra le quali un soggetto sacro: *Madonna con Bambino* del 1935, oggi in collezione privata.

Il restauro effettuato da Isabella Pirola ha comportato il distacco della tela dalla parete cui era incollata, la conseguente applicazione a un nuovo telaio sagomato e una attenta pulitura della superficie pittorica, che, nonostante una generale buona coesione, si presentava molto sporca.

I restauri sono stati eseguiti sotto la direzione della dottoressa Sandrina Bandera, ispettrice della Soprintendenza al Patrimonio Storico Artistico ed Etnoantropologico.

Nel ricordo del professor Vittorio Perotti

WALTER MONTORSI

Correvano gli anni della gestione degli ospedali del nostro Paese basata sul rimborso da parte dei Comuni della retta di degenza: i bilanci risultavano quindi, almeno allora, in pareggio solo se i posti letto erano tutti occupati.

A Milano l'ospedale più grande era costituito da una unica istituzione ospedaliera: l'Ospedale Maggiore che comprendeva il Policlinico, sede primogenita da 500 anni del nostro glorioso nosocomio, l'Ospedale Niguarda "Ca' Granda", l'Ospedale di Sesto San Giovanni e il San Carlo.

Alle spalle c'era un patrimonio tra i più ricchi della Lombardia, frutto di donazioni generose dei milanesi in tutti questi 500 anni di gestione pubblica e di gestione caritatevole.

Un complesso di qualche migliaio di letti per lo più sempre occupati, gestito da un unico Consiglio di Amministrazione costituito da nove membri. Era sovrintendente il prof. Sollazzo e direttore generale il "mitico" dottor Magnanensi, che era succeduto all'altrettanto "mitico" avvocato Baroni.

Ognuno dei quattro ospedali aveva il suo direttore sanitario, che dirigeva e gestiva gli ospedali secondo le direttive del Consiglio di Amministrazione e del sovrintendente.

A Niguarda la figura del direttore sanitario era impersonata da un giovane medico, il dottor Vittorio Perotti, valido ed impetuoso direttore sanitario, che riassumeva su di sé la responsabilità di far funzionare una entità assistenziale di oltre 4 mila pazienti, la maggior parte dei quali colpiti da patologie importanti.

Si può ben dire che nulla o poco agevolava la sua opera personale di sorveglianza e di gestione di un ospedale così enorme, i cui problemi erano allora formidabili.

Ma accanto e nel mezzo di tante difficoltà c'era Vittorio Perotti, che reggeva l'urto delle esigenze

che cambiavano a ritmo giornaliero, i lavori di manutenzione soprattutto straordinari che erano in continuo aumento per l'usura dei padiglioni sottoposti a turni di lavori continui e non meglio programmabili, le richieste spesso prorompenti di nuove strutture sanitarie, lo straordinario sviluppo della prima Cardiocirurgia lombarda richiesta e quasi imposta dal grande e indimenticabile De Gasperis, le richieste di miglioramento della nuova Radiologia, le urgenze di settori nuovi come quelli della Neurochirurgia e dell'Anestesia. Il dottor Perotti diventò per forza stessa degli Enti ospedalieri l'uomo per ogni occasione, al quale veniva affidata in genere la soluzione diretta dei molti problemi, anche i più difficili.

E le soluzioni non erano sempre semplici e realizzabili: da qui una trattativa continua con Perotti, spinto dalla necessità dei suoi quattromila ammalati e l'amministrazione centrale alle prese con il problema di far quadrare i bilanci e di farsi pagare le rette dai Comuni: una trattativa continua alla ricerca dei fondi necessari a risolvere una contestazione purtroppo non sempre disinteressata.

Nel '64 ero stato nominato per la prima volta dal Comune di Milano consigliere dell'Ente: come professore di Chirurgia e quindi esperto di problemi ospedalieri, fui accolto con simpatia e con fiducia. Mi fu dato credito ed io spesi con piacere il mio buon nome.

Questo mio servizio mi prese per quasi un ventennio.

Grazie alla mia amicizia con Carlo Saccani alla direzione dell'Ospedale San Carlo, con Piero Gemelli all'Ospedale Policlinico e con Vittorio Perotti feci onore al compito che mi era stato affidato.

Stava terminando l'epoca della gestione a senso unico del sovrintendente prof. Sollazzo e forse

anche per questo Vittorio Perotti cominciò a partecipare sempre più frequentemente ad alcuni dei vari Consigli: i suoi pareri tecnici gli uscivano di getto con entusiasmo sempre, ma anche con grande ponderazione ed erano sempre agguerriti e significativi e soprattutto intelligenti e praticabili. Lavorammo insieme per lunghi anni, con profitto e con successo. I nostri rapporti furono sempre straordinariamente amichevoli.

Venne poi la legge Rivolta che proponeva per il nostro Ospedale l'esproprio e la creazione di quattro unità ospedaliere distinte ed autosufficienti: fui l'unico a votare contro con una mia lunga motivazione a verbale.

Gli incontri con Perotti continuarono però nel segno di una amicizia e di una stima reciproca che non venne mai meno. Spesso gli chiesi consiglio.

Fu un sostenitore di quasi tutti i concorsi per i vari primariati di quegli anni per i quali cercò di suggerire sempre e di appoggiare le candidature dei migliori.

Mi fu chiesto aiuto per varare il primo tentativo di clinicizzare una divisione di Chirurgia generale dell'Ospedale Niguarda per dare ospitalità al nuovo patologo chirurgo di Milano, Luigi Gallone, e una divisione di Chirurgia plastica per Luigi Donati, che sostituiva il prof. Clerici Bagozzi che andava in pensione. Perotti mi fu sempre prodigo di consigli qualunque fosse l'ora nella quale gli chiedevo il suo parere o addirittura la strada, la procedura da seguire.

Gli fui vicino nella sua lunga malattia, nel suo bisogno assoluto di assistenza specialistica mentre, signore com'era, con grande discrezione cercava di continuare i nostri rapporti più che amichevoli.

Lo ricordo con grande riconoscenza e affetto.

Recensioni

Marlène Tuininga *Donne contro le guerre. Femminile plurale non violento*. Paoline Editoriale Libri, Milano 2003, pagg. 259. Euro 12,00.

Un libro nuovo come impostazione, il cui titolo annuncia un tema assai importante e di grande attualità; ma non cade nel tranello del femminismo o, peggio, del cosiddetto pacifismo a senso unico. Anzi, come recita il sottotitolo, è femminile e contro ogni tipo di violenza o di sopruso.

Senza polemizzare, sappiamo che le guerre esistono da sempre; sono cambiate soltanto le modalità di combattimento usando oggi mezzi e tecniche più sofisticate e terribili, con conseguenze devastanti anche negli anni successivi alla loro conclusione (per esempio i persistenti fenomeni di radioattività dovuti alle armi atomiche, oppure le mine inesplose, ecc). Condotte quasi sempre in maggioranza da soli uomini che le provocano e le conducono con sprezzo e disprezzo della vita, purtroppo coinvolgono anche l'esistenza di donne e di altre persone inermi come i bambini, gli anziani, i malati, arrivando spesso a distruggere perfino la natura e preziosi reperti di civiltà. Il termine "pace" è inflazionato e

per averla, secondo la citazione di Gaston Bouthoul (1896 – 1980) fondatore della sociologia della guerra, è necessario conoscere quest'ultima. L'aforisma "*si vis pacem, para bellum*" (se vuoi la pace, prepara la guerra), può essere interpretato in modo non univoco, ma essenzialmente si tratta di un monito proficuo, il cui concetto si trovava già negli scritti dei greci Tucidide (storico, V sec. a.C.) e Dione Crisostomo (oratore, I – II sec. d.C.).

Il libro narra fatti di cronaca "congelati" al 2003, anno della sua pubblicazione in Francia.

La presentazione/prefazione di Giuliana Martirani ci mostra gruppi di donne rappresentativi dei vari Paesi, gruppi che si identificano, ognuno, con il nome di un'importante figura femminile biblica dell'Antico Testamento.

L'introduzione di Marlène Tuininga racconta la nascita del "femminile plurale", cioè la sua esperienza giornalistica in qualità di corrispondente di pace in differenti nazioni, in mezzo a associazioni di donne che si sono coalizzate per contrastare attivamente i conflitti e/o i gravi pregiudizi che da anni insanguinano, opprimono o hanno sconvolto i luoghi dove sono nate e vissute, anzi sopravvissute.

L'organicità del volume sta, come detto all'inizio, nella sua impostazione, quale per esempio, la suddivisione geografica per continenti: Africa, America centro-meridionale, Asia e Europa, nonché per nazionalità specifica.

Allo scopo di facilitare i lettori nella comprensione delle numerose situazioni di belligeranza che gli stessi non sempre possono ricordare con chiarezza, talvolta viene fornita una sintetica trattazione storico-politica veramente utile.

Poiché, finalmente, la voce delle donne ci porta a conoscere mondi di inimmaginabile oscurantismo, ne veniamo coinvolti empaticamente e la nostra attenzione si trasforma un po' per volta in interesse profondo e in solidarietà.

L'autrice ci confida che il suo ricordo più vivo, gioioso e "strano" allo stesso tempo, è quello da lei provato danzando di notte e per la strada in gruppo con altre donne, perché "... la danza dà corpo alla verità delle donne..." Quasi un accorgimento, seppur temporaneo, per staccarsi dagli orrori, quegli stessi che vengono discussi e affrontati tutte insieme durante il giorno. Non è una frivolezza, ma una vena poetica per poter estrinsecare con qualcosa di armonioso la sensibilità e il garbo

femminile. Dice infatti: "... Ma non appena ci rimettiamo a sedere, non appena ci svegliamo l'indomani, la violenza torna ad afferrarci con i suoi artigli....."

È sconvolgente apprendere che la violenza è spesso molto nascosta, vestita di rispettabilità e quindi ancora più subdola: Non bisogna andare molto lontano per cercarla, non sempre è accanto ai campi di battaglia dove scorre il sangue e le esplosioni di armi assordano e annientano gli esseri umani, ma si perpetra anche all'interno della famiglia con violazione dei diritti più elementari relativi alla persona, alle sue aspirazioni e alla sua volontà.

Situazioni dalle quali è pressoché impossibile ribellarsi, sfuggire o fuggire, pena la morte. Qualche volta si sceglie di farla finita per sempre, perché è l'unico modo di liberarsi da una schiavitù crudele; oppure si sopporta stringendo i denti o piangendo in silenzio. Quando alcune donne, vittime della medesima condizione, riescono a unirsi non lo fanno per denunciare, ripudiare o condannare la violenza - altre lo fanno già ampiamente - bensì per prevenirla, scoraggiarla e contrastarla.

A pag. 45 si legge: "Le azioni di questi gruppi di donne hanno numerosi punti in comune: per la riconciliazione fra i popoli in India, in Pakistan, in Liberia, nell'Irlanda del Nord e in Serbia, contro l'impunità in Argentina, e in Bosnia, contro il commercio e lo sfruttamento delle donne in Cambogia, nelle Filippine, e in Burundi, per il rispetto dei diritti umani e la dignità in Marocco, in Salvador e in Guatemala, per la fine della guerra in Colombia, in Russia

in Israele e in Palestina, per la sopravvivenza e la ricostruzione del Paese in Sudan, in Afghanistan e in Ruanda..."

In poche righe il sunto e il significato del libro, il quale tende a chiarire che queste azioni sono modeste, non implicano né celebrità, né fama, tanto che non ne parlano i mezzi di informazione internazionali, ma solo quelli locali.

Il comportamento delle donne in questione è frutto dell'applicazione del buonsenso. Io, come donna, condivido una considerazione dell'autrice quando dice che, biologicamente parlando, le donne non siano più inclini dell'uomo alla pace e alla dolcezza; ma che, in base all'esperienza del suo mini giro del mondo, esse lo siano in ragione del loro vissuto. Inoltre, l'ipotesi più plausibile è che l'ancestrale esperienza delle donne di portare, di dare alla luce, di curare e di nutrire bambini - e uomini - in sostanza di occuparsi degli altri, le abbia preparate meglio dei loro compagni a mettere in opera valori e pratiche che possano deviare la gigantesca ondata di violenza autodistruttiva che minaccia di sommergere il nostro pianeta.

È molto saggia la riflessione di Adeline Virginia Woolf (scrittrice inglese 1882 - 1941) quando afferma: "Per noi donne, il modo migliore di aiutare gli uomini a evitare la guerra non è ripetere le loro parole e seguire i loro metodi, ma cercare nuove parole e metodi nuovi".

Richiederebbe maggiore spazio e tempo compiere qui una carrellata per illustrare gli argomenti di ogni nazione, una ventina circa, dove spiccano le associazioni più importanti, quale per esempio quella coraggiosa e indefessa delle "Madri

della Piazza di Maggio" in Argentina, donne che costantemente da anni chiedono giustizia per i loro cari meglio noti a livello internazionale come "desaparecidos", oltre 30.000 persone (di cui un terzo donne), prima torturati, uccisi e poi letteralmente scomparsi fra il 1975 e il 1983.

Un prototipo completamente diverso, ma assai tragico è quello di molte ragazze, anche giovanissime, (alcune addirittura bambine), in Cambogia, mercanteggiate come se non fossero esseri umani, ma puri oggetti di sollazzo e in ciò una grande responsabilità è dei Paesi occidentali che favoriscono e prosperano su un certo tipo di "turismo" che si rivela solo sottocultura, degrado e sfruttamento. Già la nazione era stata per anni dominata politicamente dai khmer rossi che avevano colpito proprio i ceti più colti ed elevati eliminandoli con crudeltà, diffondendo un clima di terrore e miseria. Oggi, gruppi di donne denunciano questo stato di disumanizzazione per poter ridare quella dignità che dovrebbe essere patrimonio naturale di ogni persona.

Questi sono soltanto due esempi dell'esperienza terribile e insieme eccezionale vissuta da Marlène Tuinga raccontata nel suo libro come se parlasse direttamente con il lettore, in modo lucido, preciso, sconvolgente e coinvolgente.

Una lettura-documento che piacerà soprattutto alle donne, ma che verrà apprezzata da tutti, perché è un diario di viaggio un po' diverso dai soliti, un giro intorno al mondo visto da un'ottica diversa, più umana e psicologica, molto avvincente.

Elisabetta Zanarotti Tiranini

L'impegno autodidattico del medico

PIERO FRANZINI

L'uomo ha, in esclusiva rispetto agli altri animali, la prerogativa di non estinguere mai, anche dopo avere raggiunto il completo sviluppo fisico, la propria curiosità, di portare sempre con sé, talvolta dolorosamente, un ricordo della mitica ansia di Ulisse (cui Dante fa dire, in un famoso verso da brivido, «de' remi facemmo ali al folle volo») se non un pegno della fatidica mela di Adamo (o di Newton?). Se questo bisogno umano esprima un'eredità «genica» o soltanto «culturale» non saprei; comunque esso integra, e sempre ha integrato a memoria d'uomo, un importante fattore di «pressione selettiva»; l'imparare è diventato un determinante elemento del progresso; l'imparare «bene», cioè secondo tutte le dimensioni della possibile saggezza umana, potrebbe diventare, se già non lo è, una condizione necessaria (non certo sufficiente) per la sopravvivenza di questo eccelso esperimento della natura che è l'uomo.

Ognuno impara a proprio modo, ma tutti, specialmente da quando è esploso il miracolo della parola (parlata e scritta), imparano dal passato, dai contemporanei (gli «altri»), da se stessi.

«Con il legname dei ricordi armiamo le nostre speranze», ha detto Miguel de Unamuno, cioè riattiviamo il passato (Husserl) e lo rovesciamo nel futuro, sfruttando quella che Nietzsche ha chiamato «la forza retroattiva del presente»; ma la nostra navicella, in qualche modo e fino ad un certo punto, la guidiamo noi stessi, per quella piccola, o meno piccola, odissea che il destino, la capacità, la volontà ci indicano o permettono. Ogni uomo quindi è autodidatta, o meglio *deve* essere *anche* autodidatta, imparare cioè, sospinto dal passato e sostenuto da chi gli

è a fianco, a procedere coi propri mezzi, per auto-realizzarsi al meglio, o al meno peggio, per differenziarsi, per acquisire, nel flusso della grande cultura umana, un piccolo nucleo di cultura personale, un patrimonio «proprio» da gestire in proprio, eventualmente da comunicare agli altri.

Se l'esigenza autodidattica è comune a tutta l'umanità, ogni uomo la esercita secondo linee personali, in parte tracciate o indicate dalla posizione che egli occupa nella società (intesa come comunità operativa), cioè dalla propria professione. E la professione del medico è, in questo senso, una delle più impegnate; il medico deve costantemente non solo progredire nel sapere e nell'esperienza «culturizzata», per non perdere il passo col vertiginoso progresso della scienza, ma anche procedere nella tecnica del «rapporto», nello sforzo di situare la propria soggettività nella intersoggettività umana, cioè nell'esprimere, nella propria vita professionale, il meglio di sé; se non raggiunge questo scopo di autorealizzazione, pur nei confini della propria limitatezza (i confini sono, per definizione, spostabili, i limiti no), il medico, qualsiasi posizione abbia raggiunto, rimane pur sempre un fallito.

Anche volendo ridursi nell'ambito del dottrinario e prescindendo quindi, per ora, dalla pressione «umanistica», le linee del procedere non mutano. Come ad ogni professionista, si impone al medico di acquisire dottrina ed esperienza, senza tuttavia limitarsi ad ingurgitare nozioni, od anche concetti, dagli altri, ma vagliando, nella propria mente e nel proprio spirito, le concezioni altrui, elaborandole o rielaborandole personalmente, ristrutturandole in

autentica cultura. Se vogliamo che, storicamente, le più alte avventure del pensiero ci insegnino qualcosa oltre i «fatti», dobbiamo riconoscere che le più esaltanti scoperte scientifiche nascono da chi meno è disposto ad accettare per autorità, da chi non «introita» giudizi senza prima aver escluso che si tratti di pregiudizi ma tutto vuole vedere o rivedere con penetrante occhio ingenuo. Il feticcio della «ortodossia» è profondamente radicato ed idolizzato in ognuno di noi; quando la ragione ce ne convince, occorre che troviamo il coraggio di infrangere questo idolo, memori dell'insegnamento che ogni nuova verità nasce come eresia e muore come ortodossia (T. Huxley); e quando l'ortodossia sia in stadio di premorienza, tanto vale accelerarne il decesso e guadagnare tempo. È con l'ostinato rifiuto delle false «ovvietà» che la medicina, sulla scia delle trionfanti scienze della chimica e della fisica, ha potuto distruggere ingannevoli miraggi e squarciare ristretti orizzonti. Gli eventi eccelsi possono calare nella vita di ogni giorno, se non (purtroppo) per essere imitati, almeno per proporre un buon uso di quella intelligenza di cui, sia pur su piani diversi, siamo tutti dotati. I giganti non ci debbono intimorire giacché anche i nani, se salgono sulle loro spalle, riescono a vedere più lontano di loro (lo diceva Frankl a proposito dell'altezza di Freud). È questo un modo, il più profondo e radicato, di essere autodidatti, il modo cioè di contribuire a fondare e formare se stessi, in più dimensioni che sia possibile. Il medico, se vuole tener fede al proprio impegno culturale ed etico per trasformare la scienza in coscienza (Pascoli), deve agire ad occhi ed orecchi sempre disponibili al recepimento, per leggere (con un entusiasmo di apprendere che non soffochi lo spirito critico) e per ascoltare, non solo dai maestri (spesso anche maestri di metodologia) ma da tutti, perché tutti possono insegnare, direttamente o indirettamente. A questa stregua e a questo livello non sussiste più una chiara differenziazione fra «auto» ed «etero» didatta; chi fa «proprio» quanto ha appreso dagli altri compie contemporaneamente ambedue le operazioni del sapere progressivo. La storia della scienza medica (e non solo medica) ci insegna quali ostacoli al progresso abbia creato la cieca accettazione dell'autorità di maestri (dotati, o meno, di autorevolezza); è valido ancor oggi (ma,

per fortuna, meno che un tempo) il severo e sofferto ammonimento del Galilei che «nelle cose naturali l'autorità di uomini non vale nulla».

La medicina pratica, in quanto è anche applicazione tecnologica e scienza di rapporti, esclude l'isolamento solipsistico, esige che le porte della biblioteca si spalanchino sul vasto campo della sofferenza umana, del dialogo con l'ammalato e con quanti sono coinvolti nell'impegno di cura ed assistenza. Se è vero che non si deve avere paura di essere autodidatti, che occorre anzi promuovere questa spinta all'autofondazione, è altrettanto vero che, sulla base di una dottrina acquisita dalla parola altrui, scritta e parlata, al medico pratico compete di allargare il più possibile l'orizzonte della propria esperienza personale, ampliando i contatti con malati e malattie, trasferendo i frutti di questo contatto dal bagaglio dell'esperienza a quello della cultura. Nella medicina applicativa i confini tra teoria e prassi sono confusi, se non addirittura inesistenti, come spesso si constata quando ingenuamente si tenta di dissociare scienza e tecnologia (intendo alta tecnologia); tra l'una e l'altra si crea un'interazione propulsiva, si snoda la spirale del progresso (S. Cotta). È un vecchio mito tramontato, che forse mai avrebbe dovuto nascere, che al medico basti l'esperienza, disgiunta dalla dottrina; l'esperienza, quando sia così miseramente orfana, porta più malefici che benefici, serve troppo spesso a perpetuare l'errore, blocca il personale progresso alimentando la presunzione, distrugge, in altre parole, i suoi stessi frutti, in quanto, secondo il vecchio monito di Claude Bernard, lo sperimentatore (e ogni vero medico un pochino lo è sempre) che non sa ciò che cerca non comprende il significato di quello che trova. Uno dei primi insegnamenti dell'esperienza è proprio intonato all'umiltà in quanto ci invita al ripensamento, ci propone il dubbio, direi che ci crea un'abitudine mentale (non necessariamente pragmatica) al dubbio sistematico.

L'esperienza di vita professionale è un altro esempio di impegno autodidattico che tuttavia non si può compiere da soli ma esige, quanto meno, il trionfio, richiede cioè, oltre al medico e all'ammalato, l'«altro» medico, con cui scambiare opinioni e concetti, con cui intessere insomma un rapporto bidirezionale di ricezione e donazione. È per questo che

l'ospedale si deve inserire, nel processo formativo di ogni medico così come nella programmazione sociale dell'insegnamento medico, quale un'istituzione didattica indispensabile, non solo come una prima tappa (troppo spesso dimenticata perché lontana) ma come un luogo di rinnovati e sistematici incontri, come una scuola dove tutti imparino ed insegnino. La pratica medica esclusivamente extra-ospedaliera, anche quando culturalmente sorretta, non consente un'esperienza a largo raggio e a profonda incidenza, perché esclude tutta la vasta categoria degli ammalati più gravi e di più difficile diagnosi, perché consente, della malattia, solo un approccio iniziale e monco, perché infine taglia il rapporto con gli altri medici, il confronto delle esperienze e pertanto il loro vaglio e la loro sistemazione in solidi concetti. Ogni medico, si è detto, dovrebbe avere il suo camice in ospedale e qui esercitare il duplice impegno di imparare e insegnare, tanto più validamente in quanto l'ospedale, per chi continui ad alimentare in sé il fascino del libro, permette di raggiungere lo scopo di imparare (e insegnare) «facendo», così come consente di sperimentare la validità del «libro», il suo significato, l'autenticità del suo messaggio (in funzione e ragione di un cauto scetticismo anche nei confronti della carta stampata).

In sintesi, e per ricentrare la tematica sull'impegno autodidattico, il medico non può non essere *anche* un autodidatta, purché intenda tale impegno innestato ed integrato nell'esigenza di un'informazione permanente, costruita attraverso lo studio e l'esercizio clinico; solo così l'informazione può identificarsi con la «formazione» e contribuire a definire una figura di medico «in itinere», che cioè continui, per tutto l'arco di tempo del suo esercizio professionale, a percorrere ascensionalmente la spirale del progresso.

Il medico infatti, se raramente è uno scienziato nel senso stretto della parola, dovrebbe sempre essere un cultore della scienza, intendendo con tale termine, come vuole Schopenhauer, un «sistema» di nozioni, cioè una totalità di nozioni coerenti, opposte ad un mero «aggregato» di nozioni.

Cronache amministrative

terzo trimestre 2005

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

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

a - direzione amministrativa

- convenzioni con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e con l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo" per lo svolgimento di tirocini di formazione ed orientamento;
- convenzione con l'Università degli Studi di Milano Bicocca per l'effettuazione di tirocini post lauream: approvazione di progetto formativo;
- convenzione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano per lo svolgimento del tirocinio pratico post lauream per l'ammissione all'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di psicologo;
- rinnovo della convenzione attiva con l'Azienda ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini per consulenze di ostetricia e ginecologia e con il Ministero della Giustizia per prestazioni di neuropsichiatria infantile tramite il dott. Edoardo Lavelli;
- tirocinio di formazione ed orientamento degli studenti iscritti al corso di laurea in fisioterapia presso il polo di Rovereto (Università degli Studi di Verona);
- convenzione con l'Università degli Studi di Milano Bicocca, con il Politecnico di Milano e con l'Università degli Studi di Bologna per lo svolgimento di tirocini di formazione e orientamento;
- assistenza continua per pazienti reduci da un trattamento in fase acuta e per l'ottimizzazione del percorso assistenziale per il periodo 29.7.2005-28.7.2006;
- convenzione con ASL Città di Milano per la realizzazione del progetto "servizi territoriali", pediatria di libera scelta, U.O.M.P.I.A. : costruzione di un network per la disabilità complessa infantile e le malattie rare;
- progetto per la gestione del rischio sanitario - linee guida regionali relative alla circolare n°48/SAN/2004 della Direzione Generale Sanità: determinazioni;

- convenzione annuale per lo svolgimento di tirocinio formativo per operatori socio sanitari con l'Ente Italiano didattico opportunità e servizi Onlus-Eidos;
- ridefinizione unità di crisi per la pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza;
- assetto organizzativo e funzionale del dipartimento trasfusionale e di immunologia dei trapianti di organi e tessuti e dell'attività delle unità operative che lo compongono;
- convenzione quadro fra la Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena e Biorep srl.;
- convenzione per lo svolgimento del tirocinio degli studenti iscritti a: corso di specializzazione in psicoterapia breve integrata presso l'Istituto per lo studio e la ricerca dei disturbi psichici (IS.e.R.D.i.P.); corso di specializzazione in psicoterapia presso la Scuola di specializzazione in psicoterapia a indirizzo psicoanalisi della relazione (S.I.P.Re.); corso post lauream di psicoterapia comportamentale cognitiva presso l'Associazione per lo studio e l'insegnamento socio educativo (A.S.I.P.S.E.);
- convenzione per lo svolgimento di tirocinio per la formazione e l'orientamento con l'Istituto professionale di stato per l'industria e l'artigianato (I.P.S.I.A. "E. Majorana");
- presa d'atto del contributo della Regione Lombardia direzione generale Sanità per il progetto di gemellaggio con l'Ospedale Manuel di Jesus Rivera "La Mascota" di Managua (Nicaragua) nell'ambito di cooperazione internazionale;
- interventi operativi per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro in Lombardia per il triennio 2004-2006: determinazione;
- Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena: formalizzazione protocollo per la gestione dell'hardware, delle reti e dei con-

tratti relativi alle strutture afferite dall'A.O. ICP alla Fondazione;

- disciplina per l'uso di automezzi della Fondazione adibiti al servizio di trasporto di materiale e persone;
- ricollocazione dell'Archivio di via Maffucci e degli archivi sanitari della Fondazione.

b - unità operativa risorse umane

- costituzione del dipartimento di coordinamento interospedaliero di emergenza e urgenza di alta specialità;
- istituzione dell'unità operativa complessa di ingegneria clinica.

c - direzione scientifica - ufficio formazione e aggiornamento

- corsi di formazione e aggiornamento del personale obbligatori per l'anno 2005.

d - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi

- appalto lavori di restauro dell'Abbazia di Mirasole: completamento funzionale dell'edificio con porticato e stalle ad uso quadreria e delle case coloniche corpo sud-est: svincolo della cauzione definitiva ai sensi dell'art. 205 del DPR n°554/99;
- approvazione della convenzione con la Fondazione Salvatore Maugeri - Clinica del lavoro e della riabilitazione per la cessione del radiofarmaco 18F-FDG;
- indizione di gara mediante pubblico incanto per l'assegnazione in gestione del servizio di rivendita di giornali e riviste all'interno della Fondazione per la durata di quattro anni.

e - unità operativa approvvigionamenti

- indizione di trattativa privata per la fornitura di: sets per anestesia epidurale e spino-peridurale per l'unità operativa anestesia e rianimazione del presidio ospedaliero Commenda e materiale per fisiopatologia digestiva;
- aggiudicazione delle trattative private per la fornitura di: dispositivi sanitari diversi per ginecologia; filtri per emodialisi (per un anno); sistemi per la raccolta dei liquidi organici aspirati (tre anni); camici e collari anti-X e relativo appendi-camici per l'unità operativa cardiologia; filtri antibatterici/apirogeni - prodotti unici (per un anno);
- trattativa privata per la fornitura triennale di deflusso-ri per infusione paraterale e per nutrizione enterale e

fornitura in service delle relative pompe, integrazione della disponibilità economica deliberazione n. 96/2003;

- indizione di trattative private dirette per la fornitura in service di un sistema di estrazione automatica DNA (da sangue periferico o tessuto) per genomica HLA su donatori e riceventi di organi e tessuti, comprendente l'apparecchiatura in uso, con accessori, relativi reagenti e materiali di consumo necessari nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso;

- indizione di trattativa privata diretta per la fornitura in service di un sistema per la ricerca ed il dosaggio di anticorpi virus Herpetici Citomegalovirus (CMV) Epstein Barr (EBV), Herpes Simplex tipo 1 e 2 8HSV1 e 2) Varicella Zoster (VZV) comprendente l'apparecchiatura in uso, con gli accessori, relativi reagenti e i materiali di consumo necessari nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso;

- trattativa privata diretta per la fornitura in service di un sistema diagnostico per il dosaggio di acido micofenolico e ciclosporina comprendente l'apparecchiatura in uso con gli accessori, i relativi reagenti e i materiali di consumo necessari nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso per un anno: aggiudicazione;

- aggiudicazione della licitazione privata per l'affidamento del servizio trasporto di organi, tessuti, campioni biologici e di trasferimento delle équipes chirurgiche a fine di prelievo e di trapianto, per tre anni a decorrere dall'1.10.2005;

- fornitura di reagenti di tipo specifico, per esecuzione di test in biologia molecolare, in attuazione della convenzione, di cui alla deliberazione della Giunta Regione Lombardia n. VII/20103 tra la direzione generale Sanità e la Fondazione: presa d'atto della spesa;

- indizione di trattativa privata diretta per la fornitura di: materiali di consumo per apparecchiature Equaline HP 300 ed Equasmart (per un anno) e aggiudicazione; linee arterovenose per dialisi - prodotti unici (per un anno) e aggiudicazione; uno spettrofotometro da installare presso la divisione di ematologia, pad. Graneli, I Piano; filtri per emodialisi e plasmateresi - prodotti unici (per un anno);

- licitazione privata (con procedura ristretta e accelerata) per aggiudicazione di manodopera di tipo ausiliario (operatori socio sanitari OSS) da espletarsi presso il

presidio ospedaliero Commenda Regina Elena per due anni: aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura di materiale diverso per l'unità operativa semplice Emodinamica; approvazione della bozza di contratto di comodato d'uso gratuito relativo all'apparecchiatura della linea "Boston Scientific";

- indizione di trattative private dirette per la fornitura di set aspirazione/irrigazione per video laparoscopia e per l'acquisizione di un ecografo cardiotoracico e due capnografi per l'unità operativa broncopneumologia del padiglione Sacco;

- indizione di trattative private per la fornitura di: dispositivi medici e materiale per il laboratorio di embriologia-unità operativa sterilità di coppia e andrologia; strumentario chirurgico (per un anno); materiale per elettrostimolazione midollare;

- indizione di pubblico incanto per la fornitura in service di: nove sistemi diagnostici per virologia (markers sierologici epatite A, B, C, HIV; antitreponema, Immunoblot, UCV/HIV, HCV/RNA, qualitativo, HCV/RNA quantitativo, HCV genotipo, HIV genotipo di resistenza, estrattore automatico DNA/RAN) ed un sistema diagnostico per la ricerca e dosaggio di anticorpi anti toxoplasma igG e IgM e anti rubella IgG e IgM comprendenti gli analizzatori, accessori, relativi reagenti e materiali di consumo necessari nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità dei sistemi stessi per tre anni;

- trattativa privata diretta per la fornitura di materiali per emodialisi/emofiltrazione a tutto il 31.8.2006;

- aggiudicazione delle trattative private per la fornitura di: dispositivi vari per elettroencefalografia (E.E.G) elettromiografia (E.M.G.) e potenziali evocati (EP); sistemi/sacche per dialisi peritoneale continua /CAPD (per un anno);

- indizione di trattative private per la fornitura di materiale per il trattamento delle fratture pertrocanteriche necessario per l'unità operativa semplice di traumatologia; defibrillatori impiantabili automatici (AICD) e stimolatori biventricolari a carattere di unicità; aghi trancianti tipo Menghini automatici per biopsia istologica; materiali per i diversi servizi di endoscopia; materiale diverso per l'unità operativa trapianto di fegato e polmone;

- aggiudicazione delle trattative private per la fornitura di: ausili per movimentazione pazienti e per lo svolgimento dei corsi al personale; compresse piegate, in tes-

suto non tessuto (TNT), senza filo radiopaco, (per un anno); set sterile per parto cesareo in tessuto non tessuto (TNT) (per un anno); dispositivi medici diversi per l'unità operativa urologia;

- trattativa privata biennale per la fornitura di lancette pungidito-integrazione della disponibilità economica deliber. n. 609/2004;

- aggiudicazione della trattativa privata per la fornitura di sacche sterili per conservazione e/o trasporto organi (per un anno);

- trattativa privata triennale per la fornitura di elettrodi per ECG e monitoraggio cardiaco, integrazione della disponibilità economica deliber. n. 2694/2004;

- pubblico incanto per la fornitura liquido sterile per reinfusione al bicarbonato e lattato per dialisi e concentrato privo di tampone per AFB (per tre anni): revoca parziale aggiudicazione lotto 1;

- indizione di licitazione privata per l'acquisizione di diversi sistemi diagnostici: bando di gara;

- acquisto di due autovetture per la direzione amministrativa;

- indizione di trattativa privata per la fornitura di arredi e attrezzature diverse da destinare all'area di degenza ematologica dell'unità operativa di ematologia II del pad. Granelli piano I dell'Ospedale Maggiore;

- aggiudicazione della trattativa privata per la fornitura di segnaletica esterna da installare nel perimetro dell'Ospedale Maggiore Policlinico (via F. Sforza 35 e via Pace, 9)

- aggiudicazione della trattativa privata per la fornitura di stoviglie monouso occorrenti per i presidi ospedalieri Policlinico e Commenda per un anno.

f - unità operativa funzioni tecniche

- aggiudicazione della definizione degli standard della segnaletica interna presso il pad. Sacco;

- aggiudicazione a trattativa privata per il servizio di manutenzione degli impianti elevatori del Policlinico per il periodo 1.10.2005-31.12.2006;

- aggiudicazione a trattativa privata per la "fornitura e installazione (chiavi in mano) di prefabbricato ad uso temporaneo per laboratori davanti al pad. Marangoni completo dei necessari accessori e impianti";

- aggiudicazione gara a trattativa privata per la fornitura e installazione di centrale aria compressa medicinale e centrale aspirazione endocavitaria in sostituzione di quelle esistenti al servizio del pad. Croff e pad. Cesarina Riva;

- aggiudicazione gara d'appalto per pubblico incanto per lavori di manutenzione delle opere murarie presso l'Ospedale Maggiore di Milano, periodo 1.10.2005-30.9.2007;
- indizione e aggiudicazione a trattativa privata per la fornitura e l'installazione di impianti di condizionamento dell'aria per alcuni locali presso il padiglione Marangoni;
- aggiudicazione a trattativa privata per la fornitura e messa in opera di otto travi testaleto per la nuova ematologia presso il pad. Granelli.

g - ufficio marketing sanitario

- rinnovo di convenzione per l'esecuzione di: biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l'Azienda ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda; indagini immunoistologiche a favore di pazienti nefropatici provenienti dall'Azienda ospedaliera della provincia di Lodi; consulenza radiologica a pazienti dell'Azienda ospedaliera Ospedale Treviglio Caravaggio; consulenza neuroradiologica a favore di pazienti dell'Istituto Auxologico Italiano Irccs;
- stipula di convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza in fisiologia per pazienti degenti presso l'Istituto Neurologico Carlo Besta per il periodo 1.6.2005-31.5.2006 e per esecuzione di analisi chimiche per lo stesso Istituto;
- proroga della convenzione con il Centro Cardiologico Monzino per il servizio di medicina trasfusionale (2.7.2005-1.10.2005);
- rinnovo del contratto con l'Azienda Ospedaliera Istituti clinici di perfezionamento per l'erogazione di prestazioni di servizi di prenotazione visite ed esami specialistici "Sanità Milano 800.638.638";
- rinnovo delle convenzioni con: l'Istituto Ortopedico "Gaetano Pini" per prestazioni di consulenza ortopedica e traumatologica; l'Istituto Auxologico Italiano per consulenza cardiologica e cardiagnostica;
- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza nefrologica a favore di pazienti degenti presso l'Istituto Neurologico Carlo Besta (periodo 1.6.2005-31.5.2006);
- convenzione tra l'Istituto Neurologico Carlo Besta e la Fondazione per l'attuazione di un programma di formazione per il personale afferente alla unità produttiva per terapie cellulari;
- convenzione con l'Istituto Lombardo per la medicina iperbarica srl di Milano per l'esecuzione di trattamenti

di ossigenoterapia iperbarica a favore di pazienti degenti presso la Fondazione.

h - ufficio relazioni con il pubblico

- presa d'atto della presenza all'interno della Fondazione delle associazioni di volontariato e enti con pari finalità e prima regolamentazione dei rapporti in merito alla eventuale concessione in uso di locali ospedalieri.

i - unità operativa patrimonio

- indizione di gara pubblica per le coperture assicurative nel triennio 2006-2008;
- corso di formazione - informazione in materia di sicurezza sul lavoro ai sensi del DLG 626/94 per i custodi cat. A3-A4, lavoratori cat. B5, addetti alla pulizia impiegati presso gli stabili dell'Ente.

l - servizio Beni culturali

- contratto con il Comune di Milano per il restauro di opere d'arte da esporre alla mostra "Milan. The splendor of a Great City" (Osaka 6.9.-16.10.2005 e Chiba 25.10.-4.12.2005);
- convenzione di deposito volontario temporaneo del "Ritratto di Renato Donatelli" (1970) di proprietà della Fondazione presso l'Azienda ospedaliera Niguarda Ca' Granda.

m - unità operativa sistemi informativi e informatici

- estensione del sistema di rilevazione delle presenze/assenze del personale della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena.

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