

ai lettori

In questo numero una piccola variazione nell'interesse e nello spazio per quanto riguarda le pagine che periodicamente la rivista dedica alla cultura artistica. Dopo gli ultimi fascicoli dell'annata 2006, ricchi di memorie storiche e, per quanto concerne il primo semestre 2007 correlato a importanti ricorrenze periodiche dall'antico come la Festa del Perdono, ci fermiamo qui in particolare su due presenze d'arte prestigiose, legate entrambe alla nostra città.

Pietro Marani, professore straordinario di Storia dell'Arte moderna nel Politecnico di Milano, facoltà del design e membro della Commissione artistica della Fondazione, nel saggio "Le teste grottesche di Leonardo tra anatomia, scienza fisiognomica e arte" descrive il rapporto fra studio della figura umana, fisiognomia e anatomia in Leonardo; sottolinea la differenza fra caricatura, testa caricata e grottesca e, infine, accenna al tema delle grottesche dal '500 al '700.

La dottoressa Sandrina Bandera, direttore della Soprintendenza al patrimonio storico artistico di Milano, con "La pittura giottesca a Milano e la nascita del proto-umanesimo della corte viscontea" allarga la nostra conoscenza dell'influenza di Giotto sull'area artistica milanese e lombarda.

Nel fascicolo, in apertura, una "lezione" del prof. Giorgio Cosmacini che tratteggia, in un excursus storico da Ippocrate ai giorni nostri, il ruolo didascalico che hanno svolto in medicina le "sentenze" o "massime" chiamate "aforismi".

"Cuore e salite": un titolo che suscita interesse subito e curiosità. Se poi vi si aggiungono "le scale del Duomo e la prevenzione delle malattie cardiovascolari", il lettore è stimolato a percorrere le pagine scientifiche di Fabio Magrini e Stefano Carugo con la rivelazione che ne verrà.

Lo studio, il brevetto, l'invenzione brevettata: dissertazione della dottoressa Laura Spinardi sui problemi della ricerca, sull'importanza di promuoverne e tutelarne la conoscenza con l'auspicabile progressivo avvicinamento fra il mondo degli enti pubblici e il mondo industriale.

Le malattie rare: argomento più che mai di attualità. Sono purtroppo numerosissime e in crescita come numero e tipologia, nonostante gli studi e l'attenzione "provata" nel campo scientifico e di sanità pubblica. L'opportuno richiamo qui e l'informazione sono delle dottoresse Faustina Lalatta e Silvana Castaldi.

"Prime riflessioni sul progetto Toyota..." probabilmente una sorpresa il titolo di questa trattazione. Ma nella pagina di introduzione gli autori dottori Francesco della Croce e Federico Dioni soccorrono con brevi chiare motivazioni la scelta di sistemi tecnico-organizzativi notoriamente sperimentati nell'industria per raggiungere le volute finalità dell'assistenza e della cura di chi le chiede.

Con l'articolo di Piero Lotito non siamo certo alle medicine alternative, ma a una pari sorprendente interpretazione di inevitabili gesti quotidiani che non fanno d'essere, in simpatica ironia, un aiuto possibile al nostro "cercar salute"...

Una buona e attesa notizia nel settore amministrativo della Fondazione, l'istituzione dell'Ufficio Affari Generali, Legale e delle Assicurazioni. Le motivazioni relative nelle pagine firmate dall'avv. Giuseppina Verga che lo dirige.

Riflessioni e considerazioni di Elisabetta Zanarotti Tiranini su due concetti base del vivere quotidiano, da prendere in considerazione per eventuali probabili momenti e accadimenti diversi. Una lettura gratificante che impegna.

Il dott. Nino Sambataro si ferma con rigore sulla "saggezza" storicamente intesa anche in rapporto alla nostra attualità.

Problema-argomento ("Libertà, un diritto?") affrontato con passione e consapevolezza da Francesca Maria Eulisse. Affermazioni coraggiose e forse condivisibili.

Due personalità del nostro mondo medico purtroppo non sono più fra noi. Le ricordano per tutti affettuosamente due autorevoli colleghi.

L'asterisco, le recensioni librerie e le cronache amministrative concludono il fascicolo.

stampe trimestrali - Sped. abb. post. 70% - filiale di Milano - n. 3 - 2007 - registrazione Tribunale di Milano n. 5379, II-8-1960.

stampa: Stampamatic Spa - Settimo Milanese (MI) - via Albert Sabin, 20; fotocomposizioni: Artea (Settimo Milanese) - via Albert Sabin, 26; fotolito: Digital Seleprint s.r.l. - Milano - via Cortina d'Ampezzo, 12.

Aforisma e medicina

GIORGIO COSMACINI*

Secondo l'accezione usuale, "aforisma", da *aphorismòs* (*apò e horòs*), significa "limite", "confine", cioè "separazione", "definizione" e, in senso lato, "sentenza". Isidoro, medico, vescovo di Siviglia vissuto tra il 560 e il 636, autore di una enciclopedia in venti libri intitolata *Etymologiae o Origines* e contenente tutto lo scibile altomedievale, afferma che «aphorismus est sermo brevis» (libro 4, 10), un "breve sermone" esprime non una "sentenza assoluta", ma un pensiero succinto e concluso, utile e pratico.

Un grande medico del Settecento, per lunghi anni in cattedra a Padova, Giambattista Morgagni, ebbe a dire in una sua lezione che «come il verbo greco *aphorizo* presenta, oltre al significato di "separare" anche quello di "costruire" nel senso di "determinare" e di "scegliere", così bisogna intendere per *aphorismi* pensieri non solo isolati fra loro, ma scelti per brevità e utilità, e ben formati, ossia con ragionatissimo progetto».

Ma partiamo da Ippocrate, il gran padre della medicina laica occidentale fiorita in Grecia sul finire del V secolo a. C. Tra le settanta e più opere del *Corpus hippocraticum* raccolto dai bibliotecari di Alessandria, i libri degli *Aforismi* compendiano un sapere che per oltre due millenni, cioè da Ippocrate a Morgagni, ha avuto una grande fortuna, superiore a quella di ogni altra opera ippocratica. Fino all'Ottocento essi hanno rappresentato una delle fonti primarie dell'arte medica, il pane quotidiano dell'artista o artigiano, cioè del medico pratico, e la "Bibbia" di questi, cioè il testo sacro sul quale giurare *in verba magistri*.

Non è un caso che gli *Aforismi* di Ippocrate «al pari della Bibbia conobbero edizioni innumerevoli fin

dall'antichità: 140 manoscritti greci, 232 latini, 70 arabi, 40 ebrei, perfino uno siriano; per non parlare delle edizioni dal medioevo a noi». Così Mario Vegetti, curatore del volume delle *Opere scelte* di Ippocrate (edito nel 1976 dalla UTET). Scrive ancora Vegetti: «In realtà, la fortuna degli *Aforismi* dipende, oltreché dall'antica fama secondo la quale lo stesso vecchio maestro si sarebbe dedicato, giunto al termine della vita, a condensare in essi la propria sapienza, da ragioni più sottili».

Una di queste «ragioni sottili» è, a mio avviso, quella che l'ippocratica "arte della cura" o *tèchne iatriké* era nata dalla Jonia, come la *tèchne* geometrica, l'arte di misurare la terra, la *tèchne* georgica, l'arte di coltivare e curare i campi e le piante, la *tèchne* cibernetica, l'arte di governare e pilotare la navicella nella tempesta verso l'approdo sicuro. Poi questa *tèchne iatriké*, quest' "arte curativa", nata come pratica empirica, aveva provveduto a darsi un metodo, che oggi chiameremmo "metodo clinico" e a darsi addirittura una *episteme*, una teoria scientifica articolata nei quattro umori corporei (sangue, flegma, bile, atrabile), nei quattro temperamenti psichici (sanguigno, flemmatico, biliare o bilioso, atrabile o melanconico), nella loro "eucrasia" o buona mescolanza e nella loro "armonia" con "le acque, l'aria e i luoghi", cioè con l'ambiente.

Problematizzata in questa scienza psicofisiologica ed ecologica, l'arte primigenia tendeva ad appesantirsi di un bagaglio teorico che l'avrebbe distaccata o distanziata dalla sua immediata fruibilità su larga scala da parte degli esercenti dell'arte stessa. Tanto più che alla stessa Esapoli di cui faceva parte l'isola di Kos, culla dell'ippocratismo, apparteneva la penisola di Cnido, altro centro d'irradiazione del mestiere di medico, la cui Scuola proponeva un modello di apprendimento ed esercizio dell'arte più immediato e più agevole.

Le *Sentenze cnidie* sono infatti un testo anteriore agli scritti ippocratici, lontane da ogni influenza o

* Dalla ricerca di più autori su *La brevità felice. Contributi alla teoria e alla storia dell'aforisma* (Ed. Marsilio, Venezia 2006) a cura di Mario Andrea Rigoni con la collaborazione di Raoul Bruni, pubblichiamo la "lezione" (g. c.) tenuta all'Università di Padova dal professor Giorgio Cosmacini.

istanza teorica, totalmente orientate in senso empirico e pratico. Tali “sentenze” costituiscono, nel loro insieme, un manuale di apprendimento, un breviario di consultazione, un catalogo di morbi e medicinali con rapporto tra gli uni e gli altri. Sono un *vademecum* utilissimo ai medici itineranti da villaggio a villaggio, formati più da una svelta lettura della parola scritta che da un assiduo ascolto della parola del maestro.

Il testo scritto delle *Sentenze cnidie* è confacente alla nomenclatura, alla catalogazione, alla memorizzazione, ed è bene utilizzato sul campo da parte di medici non certo assillati da preoccupazioni psicofisiologiche, patogenetiche, scientifiche. «Prova a dare», è l'esordio delle ricette cnidie, all'insegna di un empirismo farmacologico scevro da teorie, La precettistica cnidia è fondativa di una prassi ateorica; e il testo scritto è un documento che può essere esibito per autenticare il proprio ruolo di curante, o di guaritore, al posto di una patente medica che non esiste, dal momento che nella Grecia classica l'“arte della cura” è un mestiere spontaneo, non istituzionalizzato e non ufficiale.

Il vecchio Ippocrate tiene nel debito conto questa concorrenza cnidia sul mercato delle cure. I suoi aforismi - questo è il mio avviso - sono una meditata risposta alla concorrenza. Pubblicati alla fine del V secolo, gli *Aforismi* ebbero immediatamente favore e consenso. Peraltro, ridotto il sapere medico dalla sistematicità di altre opere ippocratiche al praticismo, empirismo ed eclettismo di brevi pensieri con il solo marchio dell'utilità, tali pensieri finirono per mettere in secondo piano o addirittura trascurare quanto di più creativo e fecondo avevano fin lì elaborato la metodologia e l'epistemologia della Scuola ippocratica.

Scriva ancora Vegetti:

«Non si vuole con questo destituire di ogni valore i libri degli *Aforismi*. È incerto se essi siano stati pubblicati vivente il maestro o postumi. È indubbio invece che i migliori degli *Aforismi*, quelli che derivano più da vicino dalle grandi opere ippocratiche, enunciano verità importanti, chiariscono punti là solo accennati, aggiungono qualche sviluppo relativamente originale. Resta il fatto che i più sono gratuiti, infondati o addirittura affetti da superstizioni o credenze popolari, mentre soprattutto è la forma dogma-

tica, da prontuario, quella che isola i vari contenuti dal contesto storico, metodologico, culturale, privandoli dell'unica garanzia di validità generale e mettendone quindi a nudo le insufficienze e le lacune».

In questo chiaroscuro valutativo, di luci e ombre, gli *Aforismi* di Ippocrate sono stati suddivisi da Galeno, sei secoli dopo la loro scrittura, in sette sezioni, delle quali le più importanti sono la prima, dedicata alla dieta, la seconda, dedicata alla prognosi e terapia, la terza, concernente i rapporti tra età del paziente, stagioni dell'anno ed eventi morbosi. Significative sono anche la quarta, che tratta delle evacuazioni e delle febbri, e la quinta, attinente alle malattie acute e alle malattie delle donne. Di minore importanza sono la sesta e la settima sezione, comprendenti una miscellanea di svariati argomenti.

Sull'esempio di Ippocrate e di Galeno, i medici si sono serviti nei secoli degli *Aforismi* per esprimere aggiunte, modifiche, riflessioni personali. Nell'XI secolo il *Regimen sanitatis salernitanum*, elaborato dalla Scuola di Salerno, centro bizantino-longobardo-normanno definito dai contemporanei *hippocratica civitas*, è una “regola di salute” che appartiene al genere scientifico-letterario del *compendium* e che, in quanto tale, è una “summa” di precetti compendiatati in 362 versi facilmente memorizzabili, pronti all'uso e fruibili. I buoni rimedi si alternano agli utili consigli. Detto anche *Flos medicinae*, è un “florilegio medico” che, a ben vedere, tende a negare se stesso: ha infatti lo scopo d'insegnare a vivere una vita sobria, senza eccessi né difetti, facendo a meno del medico. Se la salute, in quanto bene sommo, è il fine imprescindibile, la medicina è un mezzo dal quale, con un buono stile di vita, è possibile prescindere.

Valga, a dar conto dell'intero “compendio”, il suo *incipit*:

«Se vuoi vivere sano e senza mali schiva gli affanni, guardati dall'ira bevi e mangia, ma poco; dopo il pasto alzati tosto e mai non assopirti svuota i visceri a tempo, senza indugi così facendo avrai lunga vita».

Non molto diverse sono, in altro ambito culturale, le *Regole per la salute del Sultano*, scritte nel XII

secolo dal medico ebreo Mosè Maimonide per il figlio del Saladino. È un “compendio” situato nell’ambito di una medicina d’*élite*, come quella della corte araba del Cairo. Solo una persona altolocata può essere in grado di seguire le regole minuziose e preziose prescritte da Maimonide, medico anch’egli d’alto rango; tuttavia vi si legge, in forma aforistica, un’apertura a più vaste fasce di fruitori, in quanto i comportamenti di vita consigliati rappresentano modelli largamente imitabili.

Molto di quanto detto fin qui, come scrive Massimo Baldini in *Medicina: la borsa e la vita* (Milano, Mondadori, 1993) è ben sintetizzato in uno scritto di un autore del Cinquecento, il medico Leonardo Fioravanti di Bologna. Quest’ultimo, nelle riflessioni che precedono i suoi 77 «dottissimi aforismi: ne’ quali con breve e facil modo s’insegna a conoscer et curare tutte le sorti et qualità di mali», scriveva: «Non sono altro gli aforismi se non una luce che illumina la memoria e l’intelletto de’ medici et a chirurgici, mediante la quale col loro giudizio et con gran facilità possono pronosticare le infermità, far giudizio della vita et antiveder la morte, cose tutte che sono oltra modo necessarie [a coloro che tal professione vogliono esercitare], perciocché se uno medico non sapesse pronosticare le infermità, far giudizio della vita et antiveder la morte, non si potria chiamar medico, ma solamente operaio della medicina».

Commenta Baldini:

«Gli aforismi sono, di fatto, una modalità di scrittura che porta le stimate di una cultura orale. L’uomo che vive in tale cultura non ha documenti, ha solo la memoria. Egli sa ciò che ricorda e per ricordare ha bisogno di formule. Gli aforismi hanno una forza «oracolare», sono un efficace strumento di semplificazione nella foresta della vita. Ecco perché l’aforisma, come scrive Howard Fabing, «dai tempi di Ippocrate è stato il veicolo letterario della classe medica [...]. L’aforisma» egli conclude «rimane l’indiscusso contributo del medico alla letteratura».

La prima edizione greca degli *Aforismi* è quella delle opere complete di Ippocrate pubblicata da Aldo Manuzio nel 1526; la prima edizione greco-latina è quella di Venezia, dei Giunta, del 1588; la prima edizione latina è quella di Roma, di Francesco Minzio Calvo, del 1525. L’edizione più corretta è quella pubblicata a Parigi nelle opere complete coll’accuratissi-

mo commento del Littrè, nel 1839. Delle traduzioni italiane meritano di essere citate quelle del Levi (Venezia 1843) e del Cardini (Roma 1927).

Dopoché nei secoli XVI e XVII l’arte della stampa ha contribuito alla rifioritura e alla divulgazione amplissima degli *Aforismi* di Ippocrate, il più grande clinico del tempo, l’olandese Hermann Boerhaave, irradiante dall’Università di Leida la scienza medica neomoralista e salutato come *totius Europae praeceptor*, elabora nel 1709 gli *Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis* come “compendio particolare” del proprio “sistema generale”. Si riallacciano, nel titolo e nella forma espositiva, ai prototipi celeberrimi e sfiorano, nel numero, i millecinquecento. Costituiscono, nel loro complesso, il frutto dell’osservazione ripetuta, dell’esperienza al letto dell’ammalato. Sono il prestadio della “rinascita della clinica”.

Cinquant’anni dopo, in piena età di *lumières* o di *Aufklärung*, Anton de Haën, medico olandese che trapianta a Vienna il metodo clinico-didattico della Scuola di Leida, dà alle stampe cinque corposi volumi intitolati *Commentaria in Hermanni Boerhaave aphorismos*. È press’a poco il tempo in cui a Padova Morgagni rivendica agli aforismi la citata loro pertinenza a un “ragionatissimo progetto” utilizzante più l’intuizione che la logica formale («l’intuizione è la scorciatoia dell’intelligenza» dirà Benedetto Croce) e approdante a risultati di sicura utilità.

Scriva ancora Baldini che, a partire dall’Ottocento maturo, «i medici hanno a poco a poco abbandonato la scrittura aforismatica e, nel nostro secolo, soltanto i consigli etici o quelli metodologici hanno, talora, mantenuto ancora, legittimamente, siffatta forma. Nella polemica contro il pensiero aforismatico scoppiata tra Ottocento e Novecento, un posto di tutto rilievo spetta ad Augusto Murri (1841 - 1932). I pratici dei secoli passati - egli ha scritto - potevano godere un po’ meglio di una specie di quieto vivere intellettuale! In quel mondo autoritario d’infausta memoria la coscienza loro s’acquetava nei precetti promulgati da qualche gran Clinico. Ora non dovrebbe più essere così. Perché l’errore della mia mente non potrebbe scusare voi, se non avete cercato di preservarne. Ci sono tuttora dei Clinici che insegnano per sentenze, per aforismi, e hanno gran fortuna come maestri, perché lo scolaro torna a casa credendo d’avere con sé un tesoro. E sarà ben così

il più spesso. Ma anche il professore erra e lo studente porta seco anche gli errori del maestro, se non ha l'abitudine di esaminare col proprio cervello le sentenze di tutti.

Tuttavia, nonostante questa forte presa di posizione di Murri contro gli aforismi, due suoi allievi, essendo ancora lui vivente, trassero dalle sue opere una serie di brevi pensieri dal valore aforismatico e li raccolsero in un libro che ottenne un qualche successo editoriale. Come si può vedere da questo significativo episodio, il desiderio di avere della «saggezza in pillole», come scrive il celebre storico della scienza George Sarton, è, nonostante tutto, ancora forte nel XX secolo.

Forse lo sarà anche nel nuovo millennio.

Frammenti vygotiskiani

Se la musica non detta immediatamente gli atti che la devono seguire, da quell'orientamento che essa dà alla catarsi dell'animo dipende anche quali forze arrecherà alla vita, che cosa libererà e che cosa respingerà nel profondo. L'arte, più che altro, è un'organizzazione del nostro comportamento in vista del futuro, [...] che ci costringe a pro-tenderci al di sopra della nostra vita reale, verso quello che giace al di là.

L. S. Vygotskij,
Psicologia dell'arte, 1925, p. 344

È assai ingenuo dare al termine “sociale” il senso di “collettivo”, quello cioè della presenza di una moltitudine di persone. La socialità è anche là dove c'è un uomo solo, con le sue personali vicissitudini interiori. [...] Le cose non vanno davvero secondo il modello immaginato dalla teoria del contagio, per cui il sentimento sorto in un individuo contagerebbe gli altri e diventerebbe sociale [...]

L. S. Vygotskij,
Psicologia dell'arte, 1925, p. 339

La sottomissione alla regola e la rinuncia ad agire secondo un impulso immediato è il cammino verso il massimo piacere. Un carattere essenziale del gioco è quindi la regola divenuta affetto. «L'idea divenuta affetto, il concetto trasformatosi in passione» è il prototipo di questo ideale di Spinoza nel gioco, regno della spontaneità e della libertà [...]

L. S. Vygotskij,
*Immaginazione e creatività
in età infantile*, 1930, p. 135

“Cuore e Salite”

Le scale del Duomo e la prevenzione delle malattie cardiovascolari

FABIO MAGRINI, STEFANO CARUGO

I medici consigliano il movimento

Da parecchi anni i medici di tutto il mondo, e in particolare quelli che si occupano di malattie cardiovascolari, consigliano di fare regolarmente attività fisica. Questa raccomandazione è per lo più diretta a chi sta bene, con l'obiettivo di prevenire il “rischio sedentarietà” e quindi proteggersi contro la pressione alta (ipertensione) e l'aterosclerosi (ipercolesterolemia). Queste due condizioni sono, come tutti sanno, la principale fonte di “danno d'organo.” (dall'infarto del cuore all'ictus del cervello etc). Anche chi ha già avuto un “danno d'organo” viene incoraggiato a fare esercizio fisico secondo programmi personalizzati con l'obiettivo di favorire la ripresa della funzione circolatoria.

Insomma i medici si sono convinti che uno dei fattori di protezione “naturale” per prevenire ipertensione e ipercolesterolemia sia proprio l'attività fisica.

Se le cose stanno così diventa utile chiedersi quanti sono i milanesi che con continuità, e possibilmente con piacere (vedremo poi il perché del piacere) usano regolarmente i loro muscoli. Sono in aumento? Sono in diminuzione?

L'Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Facoltà di Medicina, che d'ora in poi chiameremo semplicemente Fondazione è l'unica Istituzione (per quanto sappiamo) che da cinque anni raccoglie informazione sul comportamento del cuore durante uno sforzo fisico in campioni casuali di popolazione che salgono a piedi, e per proprio piacere sulle terrazze del Duomo di Milano. (figg. 1, 2)

L'iniziativa chiamata “Cuore e Salite - La salita del Duomo” si ripete ogni anno (per lo più l'ultimo sabato di settembre) con l'obiettivo di sapere quanto sono allenati allo sforzo fisico i cuori dei mila-

nesi, misurando loro i battiti cardiaci prima e dopo la salita. Da questa informazione sulla fisiologia (cioè sulla risposta) del cuore all'esercizio muscolare si può capire quanti sono i cuori allenati, e quindi, quanti sono i milanesi e non milanesi (numerosi sul nostro Duomo) che svolgono regolarmente attività fisica. Se l'abitudine all'esercizio muscolare diventerà sempre più diffuso a tutte le età, dai bambini ai meno giovani, la prevenzione andrà avanti. E questa è la buona notizia che tutti

OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO IRCCS POLICLINICO

Università degli Studi di Milano
II° Scuola di Specializzazione in Cardiologia

in occasione della

Giornata Nazionale del Cuore

Milano, domenica 28 settembre 2003

presentano

“Cuore e Salite”

salita al Duomo di Milano I° edizione

Milano, sabato 27 settembre 2003 ore 9,00

Quanto in fretta batte il vostro cuore alla fine della salita al Duomo?
Questa informazione potrebbe essere utile:
- a voi per sapere quanto siete (o non siete!) in forma
- a noi cardiologi per sapere quale è il grado di allenamento del cuore in un piccolo campione di milanesi e non.

Vorremmo per questo misurare i battiti del vostro cuore prima e dopo la salita.
La misurazione della frequenza cardiaca non reca alcun disturbo, dura solo pochi secondi ed è un ottimo “indicatore” del grado di allenamento del cuore. Avremmo bisogno di sapere alcuni vostri dati (età, peso, altezza) e se praticate regolarmente attività sportiva.

Svolgendo attività fisica almeno due ore a settimana manterrete il battito del vostro cuore entro valori di sicurezza cioè non oltre il 75% del numero massimo di battiti raggiungibili (vedi tabella). L'allenamento infatti rallenta i battiti a riposo e aumenta il rendimento del cuore durante gli sforzi.

I risultati dell'iniziativa “Cuore e Salite” verranno presentati domenica 28 settembre 2003 alle ore 11 presso l'Aula Meeting del Centro Trasfusionale e di Immunologia dei Trapianti, padiglione Marangoni, Ospedale Maggiore di Milano IRCCS Policlinico, via F. Sforza, 35 Milano.

Vi ringraziamo per la collaborazione e vi aspettiamo sabato al Duomo e domenica al Policlinico.
Buon panorama a tutti!!!

Il Comitato Promotore di “Cuore e Salite”
Fabio Magrini, Stefano Carugo
Salvatore Romano, Anna Parravicini

info
Centro Fisiologia Clinica
Ospedale Maggiore di Milano IRCCS Policlinico
via F. sforza, 35 Milano
tel. 02.5503.3504/3502

Con il PATROCINIO del MINISTERO DELLA SALUTE e del COMUNE DI MILANO

fig. 1



fig. 2

aspettiamo. Se non fosse così sarà opportuno “aggiustare il tiro” delle campagne dei medici e dei mezzi di informazione per stimolare a fare più “movimento”.

Le salite fanno bene al cuore?

In salita il cuore batte più in fretta, si respira anche più in fretta e si suda. Come mai queste sensazioni che dall'uomo primitivo ad oggi tutti hanno certamente provato almeno una volta vengono considerate dai medici un “fattore di protezione” per il nostro apparato cardiovascolare? Diciamo subito che a questi tre effetti misurabili facilmente, e sperimentabili anche in altre condizioni (per esempio durante una forte emozione) si associa la sensazione soggettiva di fatica. Questa è più difficile da misurare e spesso è influenzata da un'altra sensazione complessa, cioè il “piacere” o il “dispiacere” dello sforzo fisico, in questo caso la salita.

La sensazione soggettiva di fatica mascherata o enfatizzata dal piacere/dispiacere è un segnale corporeo che i medici raccomandano di imparare a sentire. Interrompere o rallentare l'esercizio quando il segnale stanchezza compare è la prima raccomandazione per trasformare la fatica della salita in allenamento cardiovascolare e quindi in fattore di protezione. Fatta questa puntualizzazione, va detto che salire le scale del Duomo di Milano, quelle di casa o salire su una montagna è un lavoro: si sposta da un punto ad un altro il peso del nostro corpo. Perché fa bene? Per fare questo lavoro bisogna bruciare (ossidare) del materiale (immagazzinato nei

muscoli e in altri depositi) trasformando energia chimica in energia meccanica, cioè nel movimento. Questo fa aumentare la temperatura corporea.

Poiché le nostre cellule lavorano bene intorno ai 37°, vengono attivati i meccanismi di dispersione del calore, si dilatano le arterie della cute (si diventa rossi) e si inizia a sudare cioè a disperdere calore con l'evaporazione. Il cuore che in condizioni di riposo pompa circa 5 litri di sangue al minuto aumenta la sua portata e può arrivare a far circolare in tutto l'organismo sino a 30-35 litri al minuto, aumentando il numero dei suoi battiti e la forza delle sue contrazioni. Molte arterie si dilatano, in particolare le coronarie favorendo così lo scorrimento veloce del sangue ossigenato, i polmoni lavorano più in fretta per fornire ossigeno, ed il cervello coordina tutti questi cambiamenti in modo istantaneo e automatico.

In estrema sintesi può essere utile che il lettore non medico riceva questo messaggio: le salite fanno bene perché aumentano la domanda di ossigeno dei muscoli e stimolano cuore, arterie e polmoni a fare ginnastica. La ginnastica in particolare delle arterie serve a conservare la loro capacità di dilatarsi. Non è escluso infine (la ricerca nei prossimi anni darà una risposta chiara) che la ginnastica cardiovascolare tenga attive le cellule deputate alla riparazione dei danni dell'endotelio (rivestimento interno delle arterie) coinvolto nello sviluppo di quasi tutti i danni d'organo. Queste cellule fanno parte del “sistema delle staminali dell'adulto”, che per la medicina preventiva, in particolare cardiovascolare, potrebbe diventare più importante di quanto sino ad ora è stato per la medicina curativa.

L'allenamento migliora il rendimento del cuore

Tutti sanno che una persona adulta ha 60-80 battiti cardiaci in un minuto, mentre un neonato ne sviluppa 130-140 (quasi il doppio).

Ogni età ha un numero di battiti del cuore (frequenza cardiaca) che la caratterizza, ma a tutte le età esiste anche una riserva di battiti da utilizzare durante gli sforzi muscolari o durante altre situazioni che richiedono un aumento della portata cardiaca (emozioni, digestione etc). Questa riserva di battiti (frequenza cardiaca massimale) si può calcolare in modo approssimativo ma credibile con la

seguinte formuletta: 220 meno l'età. Per esempio una persona di 50 anni ($220-50=170$) ha una frequenza massima di circa 170 (fig. 3).

Frequenza cardiaca massima durante sforzo in rapporto all'età.

	100%	90%	75%	60%
Età				
20	197*	177	148	118
25	195	175	146	117
30	193	173	144	115
35	191	172	143	114
40	189	170	142	113
45	187	168	140	112
50	184	166	138	110
55	182	164	137	109
60	180	162	135	108
65	178	160	134	107
70	176	158	132	106
75	174	157	131	104
80	172	155	129	103
85	170	153	128	102
90	168	151	126	101

* battiti al minuto

I cardiologi consigliano di non superare il 75% (colonna grigia) della frequenza massima a cui il vostro cuore può battere durante lo sforzo (valori riportati nella colonna 100%).



“Cuore e Salite”
salita al Duomo di Milano 1ª edizione
Milano, sabato 27 settembre 2003 ore 9,00

fig. 3

I medici consigliano di utilizzare poco la frequenza massima e ritengono buona norma non superare il 75% della massima durante la salita o l'attività sportiva non agonistica. La cosa interessante è stato aver capito che l'esercizio fisico, se fatto con continuità (30 minuti al giorno) nello spazio di circa sei mesi ha l'effetto di una medicina. Può consentire di fare uno sforzo con un minor utilizzo della riserva di battiti cardiaci. È l'effetto dell'allenamento. L'efficienza cardiovascolare aumenta. Diventa facile capire se un cuore è allenato (quindi protetto) o non allenato (meno protetto) misurando la quantità di battiti necessaria ad esempio a salire le scale del Duomo. Chi utilizza meno del 75% della riserva di battiti per fare un dato sforzo è allenato (cioè ha

preso abitudine a fare movimento), chi utilizza più del 75% non ha un cuore allenato (ha preso abitudini da sedentario).

Allenati 47%, non allenati 53%

Dal 2003 ad oggi il numero di persone con cuore allenato (fanno regolarmente attività fisica) è in leggero aumento (fig. 4).

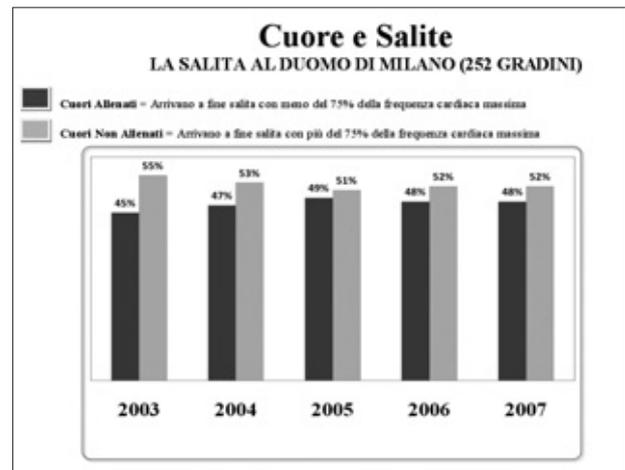


fig. 4

Si è infatti passati dal 45% del 2003 al 48% del 2007. Il campione di popolazione che ogni anno è stato testato oscilla tra 300 e 400 persone con una età compresa tra 6 e 83 anni, 56% uomini e 44% donne. Pur trattandosi di campioni relativamente piccoli, il fatto che le percentuali si ripetano nel corso di cinque anni con una certa stabilità, essendo i partecipanti ogni anno diversi, consente di vedere una tendenza all'aumento dell'abitudine a fare attività fisica. Da segnalare che i meno allenati sono gli individui con età superiore ai 40 anni, età in cui comincia ad aumentare il rischio di danno d'organo di origine circolatoria (ipertensione) e metabolica (ipercolesterolemia) (fig. 5).

Le donne risultano meno allenate alle salite degli uomini (39% contro 61%) e i turisti stranieri che ogni anno formano il 30% dei partecipanti hanno dei cuori più allenati degli italiani (58% contro 42%) (fig. 6).

Cuore e monumenti verticali

“Cuore e salite” vorrebbe stimolare i milanesi e non milanesi a fare attività fisica possibilmente

divertente. Visitare i numerosi monumenti verticali del nostro paese può associare alla fatica della salita il piacere di vedere e toccare cose belle.

La convinzione che l'esercizio fisico diventa più facilmente e più felicemente una abitudine di tutta la vita se associato al divertimento si basa su solide informazioni di fisiologia cardiovascolare che non abbiamo il coraggio di presentare al lettore in questa sede.

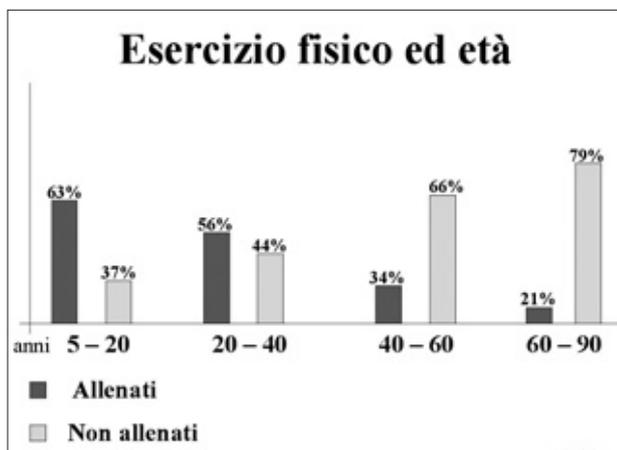


fig. 5

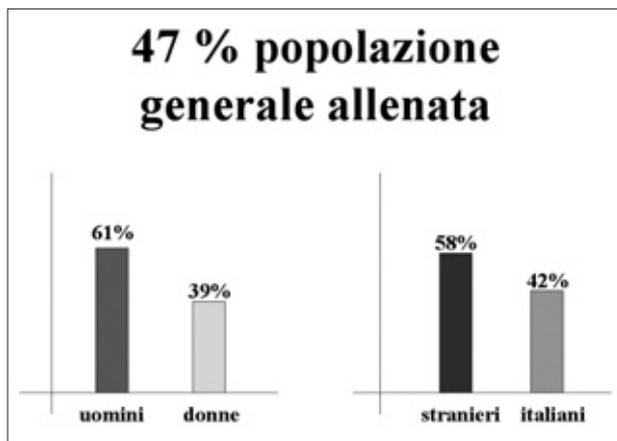


fig. 6

Ringraziamenti

A nome della Fondazione, della Facoltà di Medicina e Chirurgia, della Associazione “Per il Policlinico” desideriamo ringraziare tutti i cittadini milanesi e non, che con grande simpatia e collaborazione hanno fornito il loro battito cardiaco.

Un ringraziamento speciale a monsignor Luigi Manganini, arciprete del Duomo di Milano, al dott. Marco Orombelli, presidente della Veneranda Fabbrica del Duomo, e al signor Renato Russi, economo della Veneranda Fabbrica del Duomo, che hanno reso possibile la “scalata” al Duomo, con grande comprensione per le “ragioni” della salute.

Valorizzazione e tutela dei risultati della ricerca

LAURA SPINARDI

Gli enti pubblici di ricerca sono storicamente considerati una delle principali fonti di conoscenze scientifiche e tecnologiche a disposizione del mondo industriale. È auspicabile pertanto che il legame fra il mondo degli enti pubblici e il mondo industriale si consolidi sempre di più, per rappresentare un'opportunità concreta per lo sviluppo della ricerca e la promozione dell'economia italiana. In tale prospettiva è importante programmare una strategia della proprietà intellettuale volta a valorizzare la conversione del patrimonio di conoscenze scientifiche in innovazione e a tutelare i diritti connessi allo sfruttamento commerciale dei risultati brevettabili. Il successo di questa strategia potrebbe offrire l'opportunità agli enti pubblici di ricerca di diventare strutture autonome nella scelta e nell'avvio dei progetti di ricerca. Enti non più condizionati a fonti di finanziamento di terze parti, ma capaci di finanziare i propri progetti di ricerca attraverso lo sviluppo e la tutela delle intuizioni e dell'intraprendenza dei ricercatori.

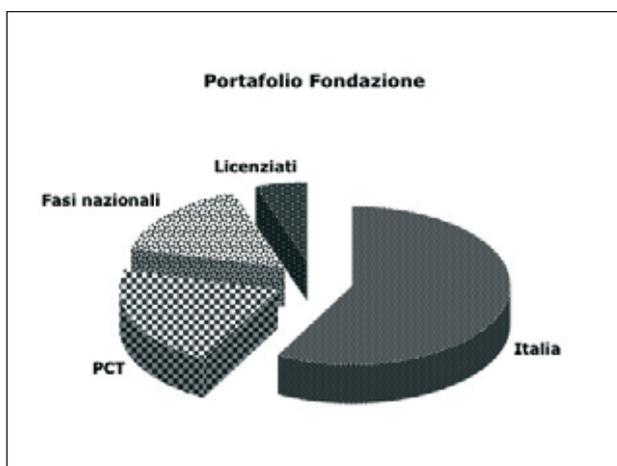
Il brevetto rappresenta la base per la valorizzazione e la tutela delle proprietà intellettuali e costituisce parte fondamentale nel processo di trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca. Prima di rispondere alla domanda "che cosa è un brevetto", occorre fare una distinzione tra scoperta e invenzione. La scoperta porta alla luce, descrive o interpreta un fenomeno, una realtà fisica che già esistevano in natura, ma che erano sconosciuti. Rientrano in questa definizione scoperte geografiche, archeologiche, teorie scientifiche, metodi matematici, principi e metodi per attività intellettuali e commerciali. Le scoperte in quanto tali sono escluse da brevettabilità. L'invenzione invece parte da un'idea originale per arrivare a produrre qualcosa che prima non esisteva. È la soluzione nuova e originale di un problema tecnico. Parimenti, inventore è colui

che ha trovato la soluzione con genialità ed originalità ad un problema pratico. È necessario non confondere i concetti di scoperta e invenzione in quanto solo quest'ultima, se risponde ai requisiti di brevettabilità (novità, altezza inventiva e industrialità) può essere brevettata. In alcuni casi, soprattutto nel settore delle biotecnologie, la distinzione tra scoperta e invenzione non è così netta.

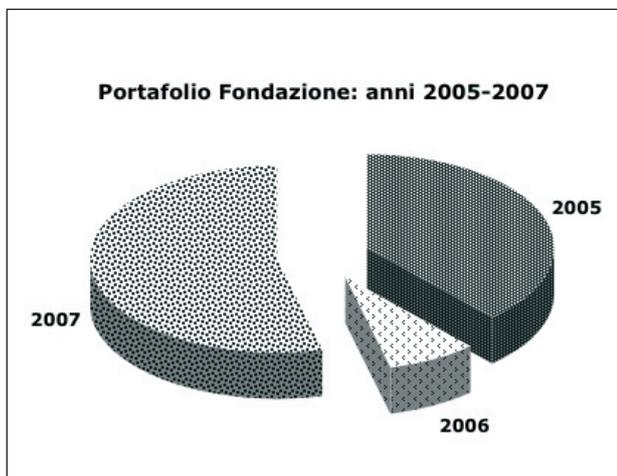
È opportuno porsi la domanda se la realizzazione dell'idea ha portato alla risoluzione pratica di un problema tecnico. Se sì, diviene opportuno richiedere la concessione di un brevetto.

Cosa è quindi un brevetto? Il termine brevetto anticamente definiva un atto documentale di prova per un privilegio o una privativa, la cui peculiarità era, ed è tuttora, la territorialità, che stabilisce l'indipendenza reciproca fra i brevetti ottenuti per la stessa invenzione in paesi diversi. Il brevetto è quindi un titolo legale, che concede diritti di esclusiva per impedire che altri producano, utilizzino, mettano in commercio o vendano l'invenzione brevettata. Si tratta di un diritto di esclusiva limitato nel tempo e rientra nel sistema del baratto, poiché, a fronte dei vantaggi derivanti dal riconosciuto monopolio, il titolare del brevetto deve sottoporsi ad alcuni obblighi, quali: pagare le tasse governative; mettere a disposizione del pubblico il contenuto dell'innovazione; attuare il trovato in misura adeguata al fabbisogno del paese. Il brevetto rientra in una logica di trasparenza poiché, offrendo protezione in cambio di divulgazione, il sistema brevettuale crea incentivi ad investire in ricerca e sviluppo, garantendo alla società conoscenza immediata delle innovazioni. Brevettare significa infine porre le basi per la produzione di reddito addizionale per gli enti di ricerca, derivante dall'attività di trasferimento tecnologico dei prodotti brevettati.

Una componente fondamentale della strategia della Fondazione è stata la creazione nel 2007 di una struttura dedicata alla valorizzazione delle idee e dei ricercatori: l'Ufficio Proprietà Intellettuale, che accanto al compito di tutelare e diffondere i risultati, è impegnato a sostenere i complessi processi che portano al successo delle azioni di trasferimento tecnologico alle imprese. Dal 2005, data del primo deposito di un brevetto a titolarità Fondazione, al settembre 2007 sono state depositate tredici domande di priorità, tutte attive, delle quali quattro sono state estese a livello internazionale.

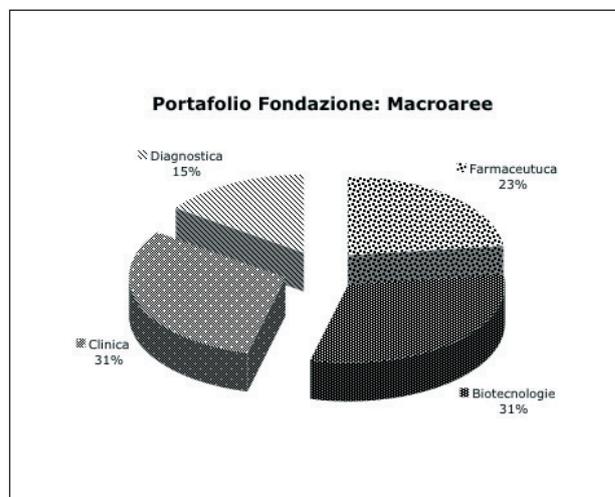


Analisi del portafolio delle domande di brevetto a titolarità Fondazione.



Numero domande di brevetto depositate negli anni 2005, 2006, 2007.

La Fondazione detiene l'esclusiva titolarità dell'85% dei brevetti del portfolio, mentre il restante 15% è in co-titolarità con altri enti o istituzioni. La maggior parte delle invenzioni del portfolio della Fondazione trovano applicazione nella ricerca, cura, prevenzione e diagnostica di patologie umane. La restante parte delle invenzioni sono collocate nell'area biotecnologica e prevedono l'uso di dispositivi tecnologici e/o di sistemi molecolari o cellulari.



Distribuzione per macroaree di applicazione delle domande di brevetto.

L'andamento in crescita registrato con la creazione dell'Ufficio Proprietà Intellettuale è di auspicio per far sì che il brevetto sia destinato ad affiancare sempre più la tradizionale produttività bibliografica dei ricercatori. Come conciliare l'esigenza di divulgare i risultati delle proprie ricerche e la riservatezza richiesta per depositare una domanda di brevetto? L'Ufficio Proprietà Intellettuale ha cercato di sensibilizzare i ricercatori a valorizzare i risultati del proprio lavoro offrendo conoscenze sulla materia brevettuale, sulla manutenzione brevettuale e sul suo trasferimento tecnologico all'industria. Quale valorizzazione può ottenere il ricercatore affiancando studi di scenari tecnologici alla propria bibliografia scientifica? La Fondazione intende salvaguardare l'investimento realizzato nell'attività di ricerca e scoperta scientifica. Il processo di valorizzazione si misura oggi con difficoltà: non esclusivamente quantità dei prodotti tutelati ma valutazione del-

l'interesse suscitato e prospettive di utilizzo. Diventa di fondamentale importanza strategica considerare di volta in volta le potenzialità di sfruttamento e il grado di avanzamento delle invenzioni per valutare la strategia brevettuale. Gran parte dei ricercatori non sono disponibili o preparati ad introdurre cambiamenti drastici nel loro modo di operare, né a sottrarre tempo alle loro attività per dedicarlo all'approfondimento delle possibili applicazioni commerciali dei loro studi. Occorre quindi sensibilizzare i ricercatori verso la valorizzazione del proprio *know how* scientifico e individuare gli strumenti giuridici più idonei a costruire un portafoglio di conoscenze.

Per fornire risposte a queste ed altre domande collegate al tema comune dei brevetti, l'Ufficio Proprietà Intellettuale ha organizzato un corso intitolato "Valorizzazione e tutela dei risultati della ricerca" che si è svolto presso le aule del Polo Scientifico della Fondazione. I quattro moduli del corso sono mirati ad "informare" i ricercatori e il personale coinvolto nella ricerca medica sulla cultura della proprietà intellettuale e del diritto brevettuale. Sono stati affrontati da docenti esperti della materia i temi relativi al regime giuridico delle invenzioni, alla tutela del *know-how*, alle procedure per la brevettazione e alla proprietà industriale. Infine partendo da casi concreti, sono stati forniti spunti e suggerimenti utili ad impostare opportunamente le attività di ricerca, a destinarle ad una eventuale valorizzazione e ad individuare precocemente le potenziali applicazioni verso le quali orientare le proprie competenze. L'ampia partecipazione al corso di brevettistica ha evidenziato da un lato il desiderio di informazione sulla materia di proprietà intellettuale e trasferimento tecnologico da parte dei ricercatori, dall'altro lato ha confermato l'opportunità di ottimizzare il percorso di valorizzazione dei risultati della ricerca all'interno della Fondazione.

Questo percorso inizia dall'interazione con i ricercatori per identificare i risultati da tutelare, prosegue con l'acquisizione di un parere tecnico legale finalizzato a valutare la brevettabilità del prodotto, attraversando anche la fase di caratte-

rizzazione del mercato per la possibile commercializzazione del trovato. Il percorso termina con l'individuazione di potenziali utenti a cui trasferire il brevetto, per mezzo di soluzioni diverse che comprendono la collaborazione, il riconoscimento dei diritti o la cessione del brevetto.

Promuovere il ricorso alla brevettazione può costituire uno stimolo costante per incentivare la motivazione e le risorse intellettuali dei ricercatori nell'ambito della ricerca biomedica. Investire sulla conoscenza attraverso la valorizzazione delle competenze e dei risultati della ricerca, può produrre innovazione e creare le premesse per un'interazione stabile tra enti di ricerca ed aziende.

Le “teste grottesche” di Leonardo tra anatomia, scienza fisiognomica e arte

PIETRO C. MARANI*

“De’ visi mostruosi non parlo, perché senza fatica si tengano a mente”. Con questa straordinaria affermazione, contenuta in un foglio del Codice Atlantico, ora nella Biblioteca Ambrosiana di Milano, e poi trascritta da Francesco Melzi nel *Trattato della Pittura* (Ludwig, paragrafo 290), Leonardo offre un vivido ricordo scritto delle decine e decine di “teste mostruose” da lui disegnate, delle quali non ritiene necessario dare giustificazione o fare alcuna trattazione, poiché ognuno se ne ricorda e può capire di cosa si tratti dopo averne visto qualcuna. Così, lo scopo di meravigliare, di stupire e, forse, anche quello di far sorridere, e, comunque, quello di imprimersi bene nella mente dell’osservatore, sembrerebbe quello considerato prevalente da Leonardo. Occorre però distinguere, nel vasto lascito leonardiano, fra “visi mostruosi”, o “teste grottesche”, e “teste caricate” e, ancora, fra “teste grottesche” e quelle che più tardi, nell’arte veneziana del Settecento ad esempio, sono più note come “caricature”. Una “testa caricata” è, nel Rinascimento, e nell’opera grafica di Leonardo, una testa umana in cui gli elementi espressivi e fisiognomici siano appunto “caricati” o accentuati, insistendo su determinati tratti del volto. Un viso, anche bello o piacevole, può così venir alterato, e reso ancor più bello, per sottolinearne alcuni aspetti: gli occhi possono venir ingranditi, o resi più tenebrosi; un naso può essere allungato o accorciato; una bocca può subire un’alterazione al fine di mostrare e rendere più esplicite quelle allusioni al carattere del personaggio o alle sue inclinazioni (amarezza, voluttà, erotismo) che il dato reale può celare, e che l’artista è invece in grado di percepire e rendere perciò più esplicito attraverso il disegno, “caricandolo” e accentuandolo nei suoi tratti esteriori. La “caricatura” è invece un genere più preciso, ma, al contempo, dal raggio e

dalle intenzioni più circoscritte, che mette in evidenza, solitamente con un intento derisorio, i lati e gli aspetti più deleteri e risibili non solo dell’aspetto fisico del personaggio, ma anche della sua segreta indole e del suo carattere. Le “teste grottesche”, infine, sono un’altra cosa ancora. In esse Leonardo, muovendo dall’osservazione diretta, ma saltando il passaggio intermedio della “testa caricata”, crea spesso direttamente fisionomie che non hanno riscontro diretto nella realtà e spesso combinando elementi umani con elementi animaleschi.

Quanto alla “caricatura” si può dire ne esistano pochissime nell’opera grafica di Leonardo: un esempio può essere costituito dalla caricatura di un prete che si trova su un piccolo foglio della Biblioteca Ambrosiana di Milano (cod. F 274 inf. 25).

Leonardo si sentì sempre fortemente attratto dal contrasto tra una forma perfetta, di bellezza assoluta, e il suo contrario. L’infinitamente brutto e il mostruoso lo affascinarono al pari di un viso dalla bellezza “divina”. In questo continuo alternarsi, e nel rappresentare con pari perizia e dignità questi due aspetti della figura umana, Leonardo rende tangibili i due poli entro i quali si muoveva la sua personalità e che costituivano i lati estremi della sua propria natura: attrazione estetica per il bello ideale, ma anche attrazione per i lati sconosciuti della propria indole. Egli poteva quindi contemplare, fuori e dentro sé, spettacoli di meravigliosa bellezza, attingendo allo spettacolo della natura o alla propria inesauribile fantasia, e ricrearli con le sue facoltà di artista tramite la pittura, “nipote di Dio”, ma poteva anche sentirsi irresistibilmente attratto dagli aspetti più orrendi della realtà e dal buio profondo della ragione, cioè da quella zona di sé da cui affioravano segrete, e forse inconfessate, pulsioni. Il suo brano famoso sulla “caverna” testimonia dell’attrazione per il buio, per l’insondabile, per esperienze “altre”. La serie impressionante di teste e figure mostruose che egli ci ha lasciato sono anch’esse significative

* Professore straordinario di Storia dell’Arte moderna nel Politecnico di Milano, facoltà del design.



di quest'attrazione e questo conflitto, nel quale un ruolo importante è giocato anche dal contrasto tra gioventù e vecchiaia, tra carni viste e raffigurate nel fulgore della loro giovinezza, e il corpo mostrato nel processo della sua decadenza e della sua trasformazione irreversibile. Ecco dunque presentarsi anche l'intreccio tra lo studio dell'anatomia del corpo umano, e dei processi che portano alla sua degenerazione, alla vecchiaia, con la fisiognomica. Un esempio significativo a questo proposito è offerto dal celebre foglio degli Uffizi (inv. 423 E) raffigurante la testa di un giovane riccioluto efebo di profilo contrapposta al profilo di un vecchio calvo e sdentato dal mento sporgente e dal naso adunco. Si tratta di un disegno a gessetto rosso dei primi anni novanta del Quattrocento, quando Leonardo inizia a percepire questo processo di corruzione del corpo umano.

Non sarà forse casuale che il maggior impulso a disegnare "teste grottesche" sia registrato attorno alla metà dell'ultimo decennio del Quattrocento, quando Leonardo era impegnato, fra l'altro, alla grande pittura murale del Cenacolo, per la quale aveva studiato teste dal vero che sarebbero state trasposte nelle Teste degli Apostoli. Ma, mentre alcune di queste teste sarebbero state trasfigurate, nella pittura, in modelli di teste di divina bellezza (Matteo, Filippo, Bartolomeo e Giovanni), altre (Giuda, soprattutto) sarebbero state "caricate" nei loro tratti fisionomici per mettere in evidenza i lati più spregevoli dell'animo umano. A questi stessi anni risale la gran parte delle "teste grottesche" di Leonardo, molte delle quali conservate nella Royal Library a Windsor, nella Biblioteca Ambrosiana di Milano e nel Cabinet des Dessins du Louvre. Ed è dunque innegabile, come aveva intravisto Ernst Gombrich in un suo fondamentale studio pubblicato nel 1954 (*Leonardo's Grottesque Heads*, in *Leonardo. Saggi e ricerche*, Roma, 1954), che Leonardo giungesse ai suoi studi di teste grottesche anche attraverso il riconoscimento dell'importanza della fisiognomica, intesa come scienza che, dallo studio dei tratti facciali, riesce a determinare "la natura degli uomini, di lor vizi e complessioni" (*Trattato della Pittura*, par. 292), o, meglio ancora, come "patognomica", e

cioè come insieme di deduzioni tratte dall'osservazione esterna dei tratti del volto al fine di giungere alla formulazione di un giudizio patologico. Più ancora, lo studio delle espressioni poteva condurre non solo a determinare i vari caratteri umani, ma anche a manifestare, attraverso la loro evidenziazione, le intenzioni e il "moto della mente" dell'uomo in un determinato momento, come conseguenza, rintracciabile nella deformazione dei muscoli facciali, di un impulso che ha colpito la mente. Comunque sia, Leonardo registra la mostruosità e la bruttezza, che egli solo immaginava con la sua mente, con lo stesso acume e la stessa precisione analitica del segno grafico (per la maggior parte questi disegni sono realizzati a penna e inchiostro) con cui rappresentava le cose di natura, con una capacità di visualizzare oscuri oggetti del suo desiderio del mostruoso.

La "grottesca" nell'Antico e nel Rinascimento

Non abbiamo certezza del fatto che Leonardo cumulasse le sue attrazioni per il mostruoso e l'innaturale, con un'eventuale conoscenza delle "grottesche" antiche e della loro riscoperta durante gli ultimi anni del Quattrocento e i primi del Cinquecento, anche se ciò è possibile. Allora, a Roma, la scoperta, o la "riscoperta" della Domus Aurea di Nerone, alla quale si accedeva da buchi praticati nella terra attraverso i soffitti, come se si accedesse a delle grotte, aveva rivelato un mondo misterioso popolato di figure fantastiche, mezzo uomo e mezzo animale, con volti dai tratti deformati e spesso mostruosi, e colte negli atteggiamenti più vari, naturali e innaturali, spesso erotici, lussuriosi o lascivi, e aveva colpito la fantasia di molti artisti rinascimentali, soprattutto per il gusto di fondere insieme forme organiche, zoomorfe e vegetali, con forme di assoluta fantasia, in un intreccio di vero e di improbabile (e si rimanda allo studio di Philippe Morel del 1997 per i vari significati simbolici cui vennero "piegate" le grottesche antiche nel Rinascimento). Ma Leonardo, ad esempio, nei suoi disegni di "omini salvatici" (sparsi fra vari Musei, ma si vedano soprattutto i disegni dei Codici Trivulziano e Atlantico a Milano), in cui mostra soggetti selvatici e bizzarri ("salvatico è quel che si salva", dirà lo stesso Leonardo, sbagliando etimologia), aveva già

Sulla pagina accanto: Leonardo, *Cinque teste grottesche*, Windsor, Royal Library, n. 12495.

percorso ed esplorato, verso il 1490, le possibilità di queste contaminazioni tra il mondo umano, animale e anche vegetale, forse in connessione con qualcuna delle tante rappresentazioni teatrali o ludiche in cui era stato coinvolto. È un dato di fatto, però, che in Lombardia, in qualche decorazione superstite “all’antica”, dei primi decenni del Cinquecento, dove si dispiegano tutti i motivi della “grottesca” classica (come nelle pitture della Villa Medici a Frascarolo, vicino a Varese, con mascheroni, girali vegetali, animali), vengano incorporate diverse “teste grottesche” riprese proprio dai disegni di Leonardo. Qui, forse, la “grottesca” antica, ma aggiornata su Leonardo, riveste quella funzione comica e licenziosa che era affidata alla “facezia” e al motto spiritoso o volgare in letteratura, genere nel quale si era cimentato lo stesso Leonardo.

Figure mostruose, ma di cuor gentile

Uno dei più famosi disegni di Leonardo in questo genere è certamente il *Gruppo di cinque teste* della Royal Library a Windsor (inv. 12495), databile verso il 1494, in cui si possono forse cogliere tutti i gradi dei passaggi intermedi compiuti da Leonardo: dal probabile ritratto di un personaggio laureato (rappresentato dall’uomo di profilo, al centro, in primo piano), ad una testa “caricata” vista di prospetto in fondo a destra, alle due “teste grottesche” ai suoi lati (la figura di una vecchia sdentata a sinistra, e la testa di un uomo dal grosso labbro sporgente a destra), e, per finire, alla testa “grottesca” in secondo piano a sinistra, con la bocca spalancata, che è stata giustamente definita “bestiale” dalla Cogliati Arano. Qui le teste grottesche intorno al personaggio laureato (un poeta ?) possono anche alludere alla derisione delle lettere e del mondo degli umanisti da parte del popolo volgare e incolto ed avere perciò anche un valore moraleggiante. La testa di vecchia sdentata, a sua volta, si pone come allusiva della caducità della bellezza e può valere come l’anticipazione di un tema che sarà poi svolto anche da Giorgione nella sua *Vecchia* delle Gallerie dell’Accademia di Venezia, dove, infatti, il personaggio reca un cartiglio con la scritta “Col Tempo”, in allusione al processo di invecchiamento. Al disegno di Windsor, e, particolarmente, proprio alla figura dell’uomo laureato, si collega un bel disegno

a matita rossa, raffigurante una testa di vecchio, conservato nel Cabinet des Dessins du Louvre (inv. 2249), in bilico fra testa “caricata” e “grottesca”. Una serie impressionante di teste grottesche (ben venticinque) si conservava nella collezione del Duca di Devonshire a Chatsworth. Fra queste, dopo la loro parziale dispersione, era il disegno più famoso e impressionante, oggi nella National Gallery of Art di Washington (Woodner Collection), raffigurante una vecchia deforme, dal grosso labbro superiore, quasi priva di mento e col naso adunco, che viene “abbellita” da un piccolo garofano infilato nel corpetto fra i due seni. Come a dire: bruttissima, ma di cuor gentile. Ovverosia: non fidatevi delle apparenze. Ne esistono numerose repliche, una delle quali nella stessa National Gallery of Art di Washington, un’altra nel British Museum a Londra. Più o meno lo stesso significato ha il famosissimo disegno di una dama mostruosa, riccamente abbigliata e con enorme acconciatura, di cui si conserva una copia del Melzi a Windsor (inv. 12492), ricopiata anche in un dipinto di Quentin Massys (Londra, National Gallery). Il tema della bruttezza combinato con quello della gentilezza e dell’amore caratterizza alcune altre prove grafiche di Leonardo, come la composizione nota come *La coppia mal assortita*, nella quale un bel giovane abbraccia una donna orrenda, conosciuta attraverso copie e derivazioni soprattutto fiamminghe.

La fortuna delle “teste grottesche” di Leonardo

Le teste grottesche di Leonardo sono già ricordate da Giorgio Vasari (1550) come “certe teste bizzarre” di cui egli stesso possedeva (Vasari le aveva incollate nel suo “Libro de’ disegni”) quella di Amerigo Vespucci e quella dello Scaramuccia “capitano de’ Zingari”: quest’ultima è identificata dagli studiosi con lo spettacolare e grande disegno a carboncino ora nella Christ Church di Oxford (inv. 0033). Dal gran numero di disegni di Leonardo circolanti in Italia, molti artisti cinquecenteschi trassero ispirazione o copie o incisioni (Martino Rota, Agostino Veneziano, Aurelio Luini, Carlo Lasinio, Giovan Paolo Lomazzo). Ma la loro conoscenza e diffusione si deve però soprattutto agli artisti fiamminghi che quei disegni incisero in stampe che ebbero vasta circolazione: Hieronimus Cock (1570)

e Hans Liefrinck (1573), per esempio, cui si sovrapposero le incisioni italiane di Antonio Tempesta (circa 1640). Un gran numero di “teste grottesche” di Leonardo furono incise da Wenzel Hollar (1607-1677) durante la permanenza di questi in Inghilterra, quando i disegni di Leonardo si trovavano nella collezione di Lord Arundel (alcune delle incisioni di Hollar recano infatti la dicitura “ex Collectione Arundelliana”). Il Musée du Louvre a Parigi possiede inoltre un importante album di disegni di differenti autori dei secoli XVI-XVII (RF 28725-28785), sui cui trentadue fogli sono raccolte sessanta “teste grottesche” (più alcuni altri disegni), fra cui trentanove, copiate da disegni di Leonardo, che appartengono alla stessa mano (inv. RF 28725-28763). Alcune di queste copie riproducono i disegni originali già appartenuti a Lord Arundel che finirono poi nella Collezione del Duca di Devonshire a Chatsworth, mentre altre sembrano essere state desunte da originali (o da copie del Melzi) poi confluite nelle collezioni Spencer e Pembroke. La cosa più interessante è che le grottesche contenute in questo album, appartenute al collezionista Pierre-

Jean Mariette (morto nel 1775), lui stesso incisore di disegni di antichi maestri (ad esempio di Stefano Della Bella), furono tutte incise dal Comte de Caylus a Parigi nel 1730. Nella mostra sui Disegni e Manoscritti di Leonardo tenutasi al Louvre nel 2003, erano stati esposti fianco a fianco, sia l’album appartenuto a Mariette, sia l’esemplare delle incisioni di Caylus posseduto dal Museo (*Recueil de Testes de caractère & de Charges dessinées par Léonard de Vinci Florentin & gravées par M. le C. de C., MDCCXXX*, inv. RF 28786), entrambi studiati a fondo da Varena Forcione. Dell’opera del Caylus furono edite diverse ristampe: una forse tedesca, del 1750, e una francese, del 1767, ma è stata recentemente ritrovata anche una tiratura anteriore all’edizione del 1730. Con le successive incisioni di alcune teste grottesche da parte del Conte Giuseppe Gerli (Milano, 1784), tutte queste stampe danno la misura del successo crescente dei disegni “grotteschi” di Leonardo e aprono la via alla rivalutazione romantica dell’artista di Vinci.



Leonardo, *Testa grottesca*, ubicazione ignota.

La pittura giottesca a Milano e la nascita del proto-umanesimo della corte viscontea

SANDRINA BANDERA*

Le fonti della presenza di Giotto a Milano nel 1335

Le cronache fiorentine di Giovanni Villani (scritte tra il 1330 e il 1340), quelle milanesi di Galvano Fiamma, e i Commentari di Lorenzo Ghiberti concordano nel riportare la notizia che Giotto fu a Milano nel 1335.

Nelle sue *Cronache*⁽¹⁾, Giovanni Villani riporta che, dopo aver ricevuto nel 1334 l'incarico di supervisore del Duomo di Firenze, "Maestro Giotto tornato da Milano, ch'el nostro comune ve l'aveva mandato al servizio del Signore di Milano, passò di questa vita a di 8 di gennaio 1336". Rielaborando il testo del Villani, poi il Vasari riportò più o meno le stesse parole, aggiungendo qualche accenno sulla qualità dei documenti pittorici lasciati da Giotto a Milano: *lavorò anco in Milano alcune cose, che sono sparse per quella città, e che insino a oggi sono tenute bellissime*.

Lo storico Giorgio Giulini, tra i fondatori della storiografia lombarda dell'epoca medioevale considerato generalmente fonte tra le più attendibili, nel 1771, nelle sue *Memorie spettanti alla storia, al governo ...della città... di Milano*, dedica molte pagine⁽²⁾ alla descrizione del palazzo di Azzone Visconti, servendosi delle memorie allora ancora inedite del cronista Galvano Fiamma. In questo testo il Giulini ripropone le parole del Villani, ma aggiunge qualche notizia che fino a quell'epoca non aveva trovato riscontri. Tra le altre, egli descrive la principale decorazione del palazzo visconteo: una *Gloria* mondana, o "vanagloria", una allegoria della Fama terrena rappresentata in modo celebrativo come in un trionfo, circondata dai grandi principi della storia: Enea, Attila, Ettore, Ercole, Carlomagno e lo stesso Azzone. Il Giulini riconosce in tale

affresco quello citato ed esaltato dal Vasari tra le opere di Giotto.

Il Ghiberti⁽³⁾, parlando di Giotto, riferisce che è di sua mano una *gloria mundana*. Su questa notizia (per altro già attinta anche dal Toesca⁽⁴⁾ e dal Supino nella sua monografia su Giotto⁽⁵⁾) il Gilbert propone di ricostruire l'affresco perduto con l'ausilio iconografico dei frontespizi di due manoscritti del *De Viris Illustribus* di Francesco Petrarca⁽⁶⁾, considerati unanimemente come di Altichiero, il cui modello potrebbe essere stato, appunto, il *Trionfo della Gloria* dipinto da Giotto nel Palazzo di Azzone Visconti a Milano nel 1335⁽⁷⁾ (fig. 1).

Dell'affresco di Giotto non vi è traccia e nemmeno esiste un riflesso iconografico tra i cicli di affreschi



fig. 1

* Direttore della Soprintendenza al patrimonio storico artistico di Milano, che "dedica questa ricerca a Annamaria Ambrosioni, studiosa di notevole calibro e indimenticabile figura dolce e generosa".

della Lombardia tuttora esistenti, inoltre i pochi frammenti ritenuti giotteschi in quello che fu il Palazzo Ducale sono così ridipinti che questo breve soggiorno del maestro fiorentino sembrerebbe non aver lasciato alcun segno. Tuttavia a partire dalla pietra miliare della presenza di Giotto si ha nella città viscontea un vero e proprio rinnovamento e un totale cambiamento di stile e di tecnica artistica, che coincidono per altro con uno straordinario periodo di espansione economica della città viscontea e di apertura al commercio con la Francia e con i centri europei della cultura gotica.

La pittura a Milano tra Due e Trecento

Solo per sottolineare lo stacco decisivo della pittura giottesca rispetto alla tradizione lombarda più diffusa basti citare, quale esempio, gli artisti attivi a Lodivecchio e a San Francesco a Lodi, tra la fine del XIII e l'inizio del XIV secolo⁽⁸⁾: da queste immagini della calotta absidale (fig. 2) di San Bassiano a Lodivecchio emerge che nella tradizione padana il disegno delle figure veniva impostato con un segno in terra d'ombra, poi rinforzato in rosso e nero, che il colore era praticamente ridotto a due o tre toni, e che i larghi fondali di azzurrite erano stesi su una preparazione grigia, e quindi diversamente dalla tradizione toscana che usava una preparazione in morellone (ocre rosse, terra rossa e qualche volta anche malachite) per dare più luce e tono caldo alla scena. La pittura di queste testimonianze inoltre si presenta abbastanza povera e incapace di rendere la terza dimensione. Dal punto di vista della prassi, la stesura cromatica veniva realizzata attraverso colori alla calce stesi su intonaco in fase di asciugatura in campiture molto larghe, usando la stessa calce



fig. 2



fig. 3

come legante.

A partire dalla venuta di Giotto per una quindicina di anni le imprese artistiche più importanti eseguite a Milano e nel territorio circostante saranno appannaggio di artisti non milanesi o comunque formati sui cantieri giotteschi, con la conseguenza di un vero rinnovamento dello stile e naturalmente della tecnica di cantiere.

Fondamentale fu la personalità dei Visconti, a iniziare da Azzone, duca dal 1330 al 1339, il quale, sul modello delle signorie europee, trasformò Milano in una piccola corte. A lui si deve tra l'altro l'arrivo a Milano del toscano Giovanni di Balduccio, l'autore dell'arca di San Pietro Martire in Sant'Eustorgio, perché chiamato per realizzare nella chiesa di San Francesco Grande, poco prima del 1334, il monumento per la madre Beatrice⁽⁹⁾ e per progettare i gruppi scultorei che dovevano decorare le varie porte di accesso in Milano. Azzone rinnovò il centro della città con la ricostruzione del palazzo ducale, da lui improntato secondo modelli francesi, nel cortile del quale fece costruire la lussuosa cappella di San Gottardo. Qui accanto egli fece innalzare il campanile gotico progettato dall'architetto cremonese Francesco Pegorari, che a quell'epoca doveva costituire un riferimento architettonico di grande prestigio in una città come Milano (fig. 3), il cui

assetto probabilmente era ancora romanico. All'interno della chiesa, su tutte le pareti, Galvano Fiamma registra una straordinaria ricchezza di decorazioni in azzurro e oro e un altare in lastre metalliche e gemme incastonate⁽¹⁰⁾.

La Crocifissione in San Gottardo

L'affresco con la Crocifissione di San Gottardo, che è la prima opera di impronta giottesca di una certa integrità tuttora presente a Milano, si trovava originariamente alla base del campanile, costruito in pietra, probabilmente all'interno di un ambiente non secondario, forse una sala capitolare annessa all'edificio sacro (figg. 4, 5). Originariamente inserito all'interno di una cappella appoggiata alla stessa base in conci del campanile, esso, dopo la trasformazione operata in epoca neoclassica dal Piermarini alla chiesa e dopo la distruzione dell'ambiente che lo proteggeva, fu lasciato all'aperto con la conseguenza di un precipitoso deterioramento nonostante la scialbatura che lo copriva.

La cornice recante motivi geometrici lobati, circonda la grande scena della *Crocifissione*, la isola dal contesto esterno all'affresco e la trasforma quasi in un arazzo gotico figurato, davanti al quale - ai lati - sono raffigurati, inginocchiati, i due committenti, Azzone e la consorte Caterina Visconti. La rappresentazione riesce a rendere con illusione spaziale i vari piani della scena, cosicché riunisce tutti i personaggi sacri e profani all'interno di una medesima regola metrica. L'unica differenza che distingue i personaggi profani da quelli sacri è la collocazione all'esterno della cornice e nella parte più bassa del muro, quasi sullo stesso piano di chi guarda.

Nonostante lo stato larvale dell'affresco, è possibile individuare ancora oggi alcuni particolari tecnici molto interessanti e abbastanza inediti nel quadro della pittura lombarda: per esempio la partizione dell'insieme è stata realizzata con la prassi, tipica dei cantieri giotteschi, della battuta delle corde sull'intonaco fresco, ancora facilmente identificabile, e il procedere della decorazione è avvenuto tramite una stesura per giornate e quindi secondo la tecnica moderna tipica dei cantieri del maestro fiorentino e dei suoi stretti allievi.

Per quanto perdute, numerose dovevano essere le applicazioni in argento, o in stagno, sembra lavora-

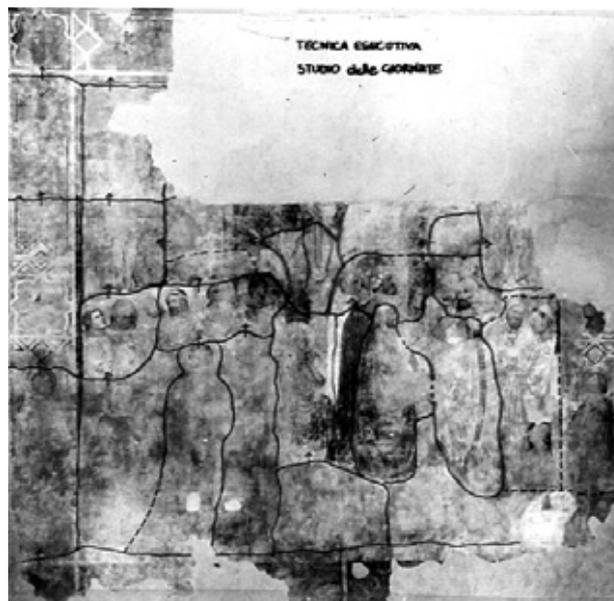


fig. 4



fig. 5

to a mordente, sulle armature dei soldati romani, mentre la doratura delle aureole e dei dettagli degli abiti presentava una gran varietà di disegno di punzonatura nella pastiglia. Un uso, questo della punzonatura, introdotto per la prima volta da Simone Martini nella *Maestà* di Palazzo Pubblico del 1315⁽¹¹⁾, di evidente ricchezza gotica, assolutamente estraneo fino a quell'epoca a Milano. Anche l'az-

zuro del fondo, ormai perduto ma probabilmente costituito da azzurrite, era steso su una base di morellone, una preparazione marrone-rossiccia, che in Lombardia non ha precedenti, essendo usuale, per gli artisti locali, come s'è già detto, stendere l'azzurro su una preparazione grigia. La tecnica del buon fresco permetteva poi di modellare le figure con strati di colore sovrapposti, fino ad arrivare a pennellate sfumate con vigore⁽¹²⁾.

Le novità stilistiche e tecniche rappresentate da questo grande riquadro hanno dato il via a un'ampia discussione critica sul quesito se esso sia stato eseguito da un artista di formazione strettamente giottesca e non lombardo, oppure da un artista locale appartenente alle maestranze giottesche in Lombardia.

La datazione della *Crocifissione* di San Gottardo è stata recentemente determinata attraverso il riconoscimento dei personaggi dei committenti in Azzone Visconti, morto nel 1339, e nella consorte Caterina di Savoia Vaud, accompagnata appunto da Santa Caterina. Si tratterebbe di un dipinto realizzato tra il 1336, anno della costruzione del campanile e il 1339, o al massimo subito dopo, nel caso si tratti di un'opera fatta eseguire da Caterina con il consenso dei successori al ducato di Azzone, gli zii Luchino e l'arcivescovo Giovanni (fig. 6).



fig. 6

Giusto de' Menabuoi nell'Abbazia di Viboldone

Altro grande ciclo di affreschi giotteschi in Lombardia è rappresentato da quello eseguito nel tiburio dell'Abbazia di Viboldone dell'Ordine degli Umiliati nel 1349 dal toscano Giusto de' Menabuoi per tre pareti e dall'anonimo "Maestro del 1349" per la parete orientale.

Le tre pareti interne del tiburio di Viboldone dipinte da Giusto de' Menabuoi ai suoi esordi mostrano una maggior scioltezza nella tecnica della pittura ad affresco e una padronanza che lo conducono anche al di fuori della stretta ortodossia: le giornate sono più complesse, comprendenti non una sola figura, ma gruppi di figure, con giunzioni tra una giornata e l'altra quasi impercettibili perfino al tatto, evidenti tanto nel *Giudizio* (fig.7) quanto sulle pareti laterali. L'ampiezza delle giornate e la totale assenza di sbavature o pentimenti presuppongono per Giusto una precisa progettazione e una perfetta tecnica esecutiva attraverso le quali la critica si è spinta a individuare nella sua formazione la frequentazione dei cantieri fiorentini di Maso di Banco⁽¹³⁾.

La scioltezza nel dipingere a fresco lo porta ad eseguire, per esempio, le schiere angeliche di fondo rapidamente, con tocchi abbozzati, quasi senza particolareggiare gli aspetti delle fisionomie.

Nella sua composizione si nota un abbondante uso del compasso, e l'abitudine di segnare le cornici e gli elementi architettonici con incisioni dirette e sottili. Egli si distingue soprattutto per l'estrema sicurezza e per la sapienza con cui riesce a rendere una grandiosità di impronta classica, evidente nella distribuzione articolata, simmetrica e quasi architet-



fig. 7

tonica delle figure.

Sembrirebbe comunque che Giusto lavorasse insieme a un altro maestro, il cosiddetto "Maestro del 1349", autore della scena orientale rappresentante la "Vergine circondata da Santi". Pur trovandosi probabilmente sul medesimo ponteggio e attivi insieme anche in Santa Maria di Brera (altra chiesa degli Umiliati), essi non appartenevano alla medesima bottega. La loro formazione e il loro apprendimento delle tecniche della pittura murale appartenevano infatti a due mondi diversi. Per il Maestro del 1349 si può parlare di una vera e propria ortodossia al modello pittorico e tecnico rappresentato dalla *Crocifissione* di San Gottardo, mentre per Giusto de' Menabuoi appare più logico parlare di uno sviluppo naturale, e - potremmo dire - generazionale della tecnica giottesca nel senso di totale padronanza, velocità e libertà esecutiva.

Il "secondo Maestro di Chiaravalle"

Se poi confrontiamo gli affreschi di Viboldone con quanto circa negli stessi anni, o poco prima, si dipingeva, rinnovando le superfici già dipinte appena tre-quattro lustri prima, nel tiburio della vicinissima Abbazia cistercense di Chiaravalle milanese, emerge che il nostro Maestro del 1349 seguiva una prassi esecutiva sicuramente meno libera e più dettagliata, dimostrando veramente di appartenere, almeno per quanto riguarda la tecnica, alla generazione del maestro della *Crocifissione* di San Gottardo. Perciò sembra corretto escludere che egli si sia formato, come normalmente sostengono i partigiani della tesi lombarda, sui cantieri, strabilianti per virtuosismo tecnico, per complessità iconografica e per libertà disegnativa, degli affreschi con i fatti post-resurrezionem di Maria dipinti all'interno della torre dell'Abbazia di Chiaravalle, una delle architetture gotiche più eleganti dell'Italia settentrionale.

Fortemente abraso da campagne di restauro esageratamente pesanti, e discontinuo nell'esecuzione per la presenza di almeno due mani, questo ciclo è stato oggetto di discussioni e interpretazioni diversissime circa la formazione e la provenienza dei maestri responsabili dell'esecuzione. Dall'acuta interpretazione del Longhi che nel 1940 propose di attribuire al frescante di Chiaravalle anche l'*Assunta* del Camposanto pisano, perduta sotto i bombar-

damenti, ma per fortuna nota attraverso la documentazione fotografica, si è fatto il nome di Stefano, artista che il Vasari dice aver lavorato a Milano, lodatissimo allievo di Giotto, al quale appunto si è connessa l'*Assunta* pisana, sulla base della citazione in un testo in versi di Cristoforo da Volterra del 1480. Stefano fu artista fiorentino allievo di Giotto, ma lontano dal rigore formale di questi⁽¹⁴⁾, citato dalle fonti per la sua straordinaria libertà nel disegno e per la capacità di rappresentare le emozioni dei personaggi tanto da essere chiamato - secondo un'equazione che affonda nel topos antico - "scimia della natura".

È opportuno ricordare che l'intervento eseguito da Stefano a Chiaravalle fu realizzato in ordine cronologico poco dopo un iniziale intervento visibile nel tamburo, databile circa 15- 20 anni prima, da un pittore lombardo chiamato "primo Maestro di Chiaravalle", di caratteri più arcaici e comunque connesso con la pittura locale più tradizionale (fig. 8)



fig. 8

Dalle primissime iniziali indagini eseguite sui ponteggi innalzati sul lato della *Sepoltura della Vergine*, emerge prima di tutto uno straordinario virtuosismo nella progettazione generale del ciclo, che - non si dimentichi - doveva decorare superfici molto articolate, disposte su piani differenziati, con l'obiettivo di creare un unicum, una sequenza unitaria di racconto, al di sopra del luogo dove i cistercensi si riunivano per le loro preghiere corali.

Percepriamo sicuramente una sensibilità gotica, nel modo di rimarcare i profili, che risultano realizzati attraverso vari passaggi sovrapposti, prima disegnati leggermente, poi ripassati con una più decisa linea rosso scura ed infine, per la parte del volto e della capigliatura, ridefiniti con una linea incisa - finalizzata a circoscrivere l'area dell'aureola - ma con una tale profondità da creare un effetto ottico visibile anche dal basso. Questa continua definizione dei profili ha portato la critica a ritenere che l'artista procedesse attraverso una serie di correzioni o pentimenti⁽¹⁵⁾, che invece - come sembrerebbe dalle prime indagini fotografiche - devono essere lette come il risultato di una procedura cantieristica che avanzava attraverso continue sovrapposizioni di segni, quindi di carattere tecnico, ma con forti riflessi naturalmente nell'espressione stilistica (fig. 9).

Attratto verso una pittura elegante e gotica, questo artista, chiamato anche il "secondo Maestro di Chiaravalle", mostra di interpretare la tradizione giottesca in modo particolarmente morbido e umano. Il sapiente intreccio tra un modo equilibrato di dominare la complessa scena e la libertà disegnativa insieme alla naturalezza fisionomica e psicologica, rendono difficile dare una precisa identità a tale artista. Questo maestro si distingue, comunque, per l'estrema sicurezza e per la sapienza con cui riesce a rendere una grandiosità non esente da una impostazione classica, ma tuttavia libera ed articolata.

Sappiamo che il probabile committente fu l'abate Egidio Biffi, in stretta amicizia con i Visconti, tanto da subire, per la sua appartenenza al partito dei ghibellini, una scomunica papale durata tra il 1323 e il 1341. Pertanto la datazione delle *Storie mariane* di Chiaravalle può essere posta tra il 1341 e il 1354, ultimo anno in cui vediamo riportato l'abate nelle attestazioni documentarie⁽¹⁶⁾. Sulla scorta della testimonianza del Vasari, che riporta come Stefano abbia lavorato per Matteo Visconti, succeduto a

Giovanni nel dominio milanese nel 1354, la data dovrebbe essere appunto prossima al 1354. Peraltro nonostante la similitudine nell'impostazione esistente tra l'*Incoronazione* claravallense e l'*Assunta* di Pisa, che si ritiene compiuta nel 1343⁽¹⁷⁾, non si ravvisa nel cantiere milanese la stessa insistenza grafica e analitica, ciò che induce a ritenere il cantiere di Chiaravalle databile tra la fine del quinto e l'inizio del sesto decennio del Trecento.

Siamo alle soglie della seconda metà del secolo quando, intorno al 1350, si ebbe una lunga permanenza di otto anni⁽¹⁸⁾ del Petrarca a Milano che, ospitato dai Visconti, svolse anche le funzioni di segretario di Stato. È indubbio che, quasi in parallelo al medesimo clima letterario, Stefano seppe esprimere da un lato una particolare dolcezza, nonostante il linearismo tagliente del disegno elaborato, dall'altra una qualità formale quasi classica, che può essere messa in relazione all'estetica del Petrarca, particolarmente attenta ai valori e alle qualità della forma. Non si dimentichi che proprio a Milano il Petrarca portò a compimento molti suoi trattati, tra cui quello che - come ha rilevato il Baxandall - può essere ritenuto il più completo trattato di arte e di estetica, il *De remediis utriusque fortunae*.

Sulla scia del pensiero e della trattatistica del grande poeta, anche nell'affresco di Stefano la "forma" sembra intesa in termini di estrema perfezione tecnica, elaborata quasi sperimentalmente in un esercizio di continua ricerca come fosse strumento di liberazione spirituale: perfezione tecnica che diventa, quindi, quasi esercizio e "strumento", essa stessa, per raggiungere il fine della rappresentazione verosimile degli affetti. Così nel secondo maestro di Chiaravalle, da riconoscersi nella scena dell'*Incoronazione* e in quella *dei Funerali della Vergine* sembra che la ricerca degli affetti, che nella precedente tradizione pittorica padana risiedeva essenzialmente in un gusto narrativo e novellistico, derivato dall'influenza della miniatura bolognese, ora si avvalga di una ricerca di ordine, di grandiosità, di gesti dignitosi, alla volte anche ieratici e di uno stile che per usare le parole del Petrarca potremmo chiamare "clarissimo", in parallelo al "proto-umanesimo" petrarchesco della corte viscontea⁽¹⁹⁾.

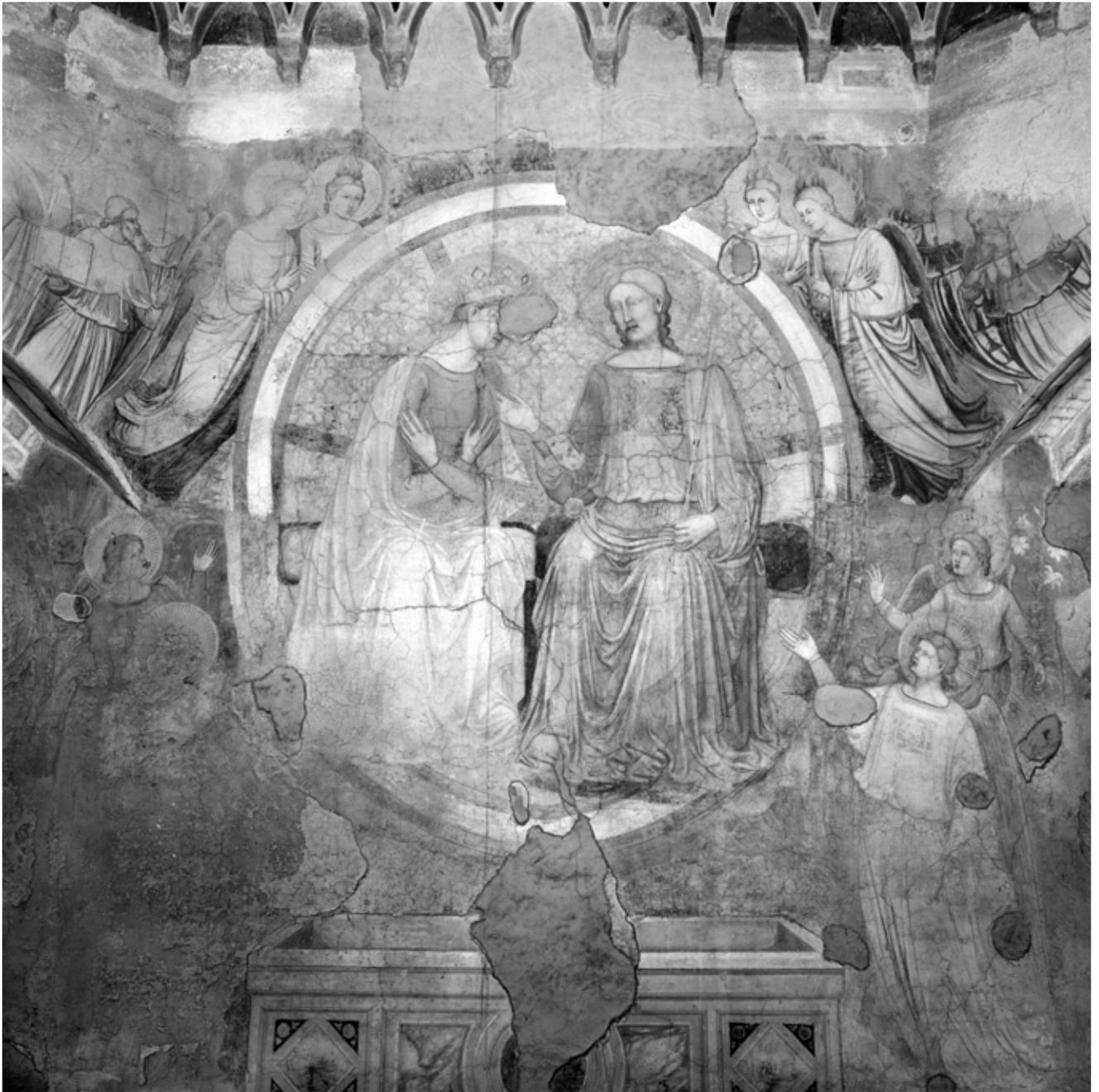


fig. 9

Note bibliografiche

1 - Giovanni Villani, *Cronache*, Libro XI, cap. XII. Per l'opera di Giotto a Milano si veda l'ampia dissertazione di G. Gilbert, *The fresco by Giotto in Milan*, in "Arte Lombarda", 1977, pp. 31-72

2 - G. Giulini, *Continuazione delle Memorie spettanti alla Storia, al governo e alla descrizione della città e delle campagne di Milano nei secoli bassi*, Milano 1771

3 - L. Ghiberti, *Commentari*, vol. I, ed. Morisani, 1947, p. 33.

4 - P. Toesca, *La pittura e la miniatura nella Lombardia*, 1912, ed. cons. Torino 1966, p. 88.

5 - I.B. Supino, *Giotto*, Roma 1920, p. 253.

6 - Parigi, Bibliothèque Nationale, mss. 6069 f e 6069 I (fig. 1), rispettivamente anteriori al 1378 e al 1388.

7 - M. Minazzato, *La miniatura a Padova nel Trecento*, in *Giotto e il suo tempo*, a cura di V. Sgarbi, Padova 2000, catalogo, (pp. 234-247) p. 237.

8 - M. Gregori, in AA.VV., *Pittura tra Adda e Serio, Lodi, Treviglio, Caravaggio e Crema*, Milano 1987, pp. 89-91. Ringrazio Sandro Baroni per il materiale e per le discussioni stimolanti.

9 - E. Carli, *Giovanni di Balduccio a Milano*, in AA.VV., *Il millennio ambrosiano*, III, Milano, 1989, (pp. 70-103) p. 83.

10 - G. Fiamma, *Opusculum de rebus gestis ab Azzone, Luchino et Johanne vicecomitibus ab anno MCCCXXXVIII usque ad annum MCCCLXI* in F.L. Muratori, R.I.S., t. XII, parte IV, a cura di C. Castiglioni, Bologna 1938.

11 - J. Polzer, *A Contribution to the Early Chronology of Lippo Memmi*, in *Atti del XXI Congresso Internazionale di Storia dell'Arte* (1979), vol. III, Bologna, 1983, p. 239.

12 - P. Brambilla Barcilon, *Note Tecniche*, in S. Bandera, *Giotto e i Visconti. Il restauro dell'affresco giottesco in San Gottardo al Palazzo*, Milano 1986, p.24.

13 - Gregori, *op. cit.*, 1999.

14 - Per la ricostruzione dell'opera di Stefano si veda B. Zanardi, *Da Stefano Fiorentino a Puccio Capanna*, in *Storia dell'Arte*, 1978, n. 33, (pp. 115-127) pp. 119-123. Recentemente la Travi (in AA.VV., *Chiaravalle. Storia e Arte*, Milano 1992, p. 356) gli ha attribuito, ottenendo totale assenso dalla critica, una *Crocifissione* ad affresco nella sacrestia del Duomo di Monza e altre opere, meno significative e più deboli. Si veda anche M. Boskovits, *Su Giusto de' Menabuoi e il Giotto dell'Italia Settentrionale*, in AA.VV., *Studi di Storia dell'Arte in onore di Mina Gregori*, Firenze 1994, (pp. 26-34) p. 27 n. 4, L.M., in AA.VV., *Giotto e il suo tempo*, cit. 2000, pp. 301-302 (per la *Velata*, del Museo di Budapest, già pubblicata dallo Zanardi) *op. cit.*, 1978, p. 127.

15 - C. Travi, in AA.VV., *Pittura a Milano, cit.*, 1997, p. 212.

16 - C. Travi, in AA.VV. *Pittura a Milano, cit.* 1997, pp. 211-212.

17 - L. Bellosi, *Buffalmacco e il Trionfo della morte*, Torino 1974, p. 57 n. 28.

18 - F. Novati, *Il Petrarca ed i Visconti*, in AA.VV., *F. Petrarca e la*

Lombardia, Milano 1904, pp. 9-84; E.H. Wilkins, *Petrarch's Eight Years in Milan*, Cambridge (Mass.) 1958; M. Baxandall, *Giotto e gli umanisti*, 1a ed. 1971, ed. cons. Milano 1994, pp. 77-108; L. Secchi Tarugi, *Petrarca e l'Umanesimo*, in AA.VV., *Petrarca e la cultura europea*, Milano 1997, (pp. 341-350) pp. 346-347.

19 - M. Baxandall, *Giotto e gli umanisti. Gli umanisti osservatori della cultura italiana e la scoperta della composizione pittorica 1350-1450*, 1a ed. 1971, ed. cons. Milano 1994, pp. 77-107. Soprattutto nel *De remediis utriusque fortunae*, scritto dal Petrarca tra il 1354 e il 1366, e che costituisce la più ampia discussione sull'arte più ampia del Trecento, si parla del valore del disegno, inteso come segno, ricerca formale. Questo testo fu fondamentale nell'ambiente petrarchesco lombardo, formatosi appunto attorno al maestro, nel quale emersero Gasparino Barzizza e Antonio da Rho.

La Fondazione è centro di riferimento per 260 malattie rare

FAUSTINA LALATTA, SILVANA CASTALDI

Introduzione

Le malattie rare (MR) formano un vastissimo gruppo di patologie, molto eterogenee tra loro, difficili da affrontare in modo sistematico, omogeneo e condiviso sul piano diagnostico ed assistenziale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ne ha riconosciute circa 6000, la maggior parte delle quali ha un andamento cronico, spesso invalidante.

Nell'opinione comune, le malattie rare, soprattutto se determinate geneticamente, sono considerate invariabilmente gravi, progressive e correlate ad una vita breve, densa di difficoltà e di necessità assistenziali.

Senza dubbio vi sono malattie che si esprimono con un danno irreparabile, a volte generalizzato, di diversi organi e funzioni, limitando le capacità e le prospettive di una vita completa. In questi casi la persona malata è fortemente condizionata dalla sua diversità. Vi sono però numerose condizioni rare, sia ereditarie che non ereditarie, che, grazie alle nuove prospettive terapeutiche, al miglioramento delle cure e dell'assistenza, possono essere tenute sotto controllo o limitate nei loro effetti negativi, consentendo alle persone affette una vita quasi normale, proiettata verso una pienezza sociale che, fino a pochi anni fa, non era ipotizzabile. In questi casi, pensiamo ad esempio alle sindromi talassemiche o ai soggetti con displasie scheletriche, è possibile che si concretizzino per i malati, tappe fondamentali quali la vita affettiva di coppia, il desiderio di un figlio e la possibilità di un inserimento lavorativo. Per garantire tutto questo è però indispensabile che i centri di riferimento per la diagnosi e la cura delle malattie rare siano in grado di offrire una presa in carico globale dei soggetti affetti.

La Fondazione Ospedale Maggiore-Mangiagalli ha tutte le potenzialità per compiere questo passaggio ed offrire un modello di cura rispondente in pieno all'insieme dei bisogni di ogni singola persona affetta da una delle tante malattie rare.

La normativa in aiuto dei malati di malattia rara

L'Unione Europea identifica come malattia rara una condizione che ha un'incidenza al di sotto dei 5 casi ogni 10.000 abitanti. Curiosamente, il Congresso degli Stati Uniti, ha fissato un limite più alto, decidendo per una prevalenza entro i 7,5 casi su 10.000.

Allineandosi all'orientamento europeo, l'Italia ha individuato nelle malattie rare un ambito di intervento prioritario delle attività di sanità pubblica, recepito nei Piani Sanitari Nazionali 1998-2000, 2003-2005 e 2006-2008 che riportano, tra gli obiettivi, la sorveglianza delle MR, inclusa la diagnosi corretta e tempestiva, il riferimento a centri specialistici per il trattamento, la promozione di attività di prevenzione e il sostegno alla ricerca scientifica. Uno degli elementi comuni alle MR, che condiziona molti aspetti dell'organizzazione necessaria per la loro identificazione e trattamento, è proprio la loro bassa incidenza nella popolazione. Questo comporta che i centri, anche altamente specialistici, abbiano coorti limitate di soggetti, dei quali non sempre sono note la variabilità di espressione clinica della malattia e la prognosi nelle diverse età della vita.

L'attività di prevenzione, di diagnosi e la terapia delle MR sono regolati dal DM 279/2001 che prevede che le Regioni scelgano, tra i propri Presidi, quelli accreditati per far parte della Rete Nazionale delle Malattie Rare e che, tra questi, venga individuato il Centro Interregionale di Riferimento con funzione di coordinamento tra i presidi regionali e la Regione e di organizzazione del flusso di dati relativi alle MR.

Lo scopo della Rete Nazionale è quello di migliorare, come già detto, la tempestività della diagnosi, la qualità dell'assistenza, la prevenzione, ma anche di raccogliere i dati epidemiologici relativi a queste patologie, tramite l'istituzione del Regi-

stro Nazionale delle malattie rare (collocato presso l'Istituto Superiore di Sanità), utile a programmare e realizzare interventi di sanità pubblica.

Il Decreto, per favorire l'erogazione di prestazioni e terapie in regime di esenzione alla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie stesse, ha incluso nell'elenco delle "rare" 284 malattie. Questo elenco è in corso di aggiornamento ed ampliamento.

In ottemperanza alla normativa nazionale la regione Lombardia, con il D.G.R. n. 7/7328/2001 ha costituito la rete regionale delle MR, individuando i 29 presidi abilitati ed il Centro di Ricerche Cliniche per le Malattie Rare Aldo e Cele Daccò dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano, quale centro interregionale.

Obiettivo principale della Rete è "quello di facilitare il paziente nel percorso diagnostico e terapeutico, garantendo un elevato livello della qualità dell'assistenza ed una tempestività di azione".

È ben precisato che "i Presidi della Rete per le malattie rare devono essere individuati tra quelli in possesso di documentata esperienza di attività diagnostica e terapeutica specifica per i gruppi di malattie o per le singole malattie, nonché di idonea dotazione di strutture di supporto"; in questo modo la Regione vuole garantire che le strutture di riferimento per i pazienti affetti da MR assicurino un adeguato "approccio complessivo clinico-diagnostico-terapeutico, multidisciplinare" oltre che la capacità di farsi carico del supporto sociale e psicologico ai pazienti stessi ed ai loro familiari".

L'IRCCS Ospedale Maggiore di Milano (OMP) e l'Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP) sono stati individuati presidi della rete delle MR già nel 2001 ed hanno condotto l'accreditamento per un elevato numero di malattie rare, attraverso l'individuazione dell'attività dei loro specialisti.

Nel gennaio 2005 con la nascita della Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, formata dall'IRCCS Ospedale Maggiore di Milano e dai presidi Mangiagalli, De Marchi, Alfieri, Clinica del Lavoro e Regina Elena, si è realizzata l'Istituzione lombarda che è riferimento per il numero più elevato di malattie rare (tabella).

Presidio	UO	Medici coinvolti	Malattie accreditate
Ospedale Maggiore	12	44	205
Mangiagalli, Alfieri, De Marchi	7	16	213
Fondazione OMPMRE	19	60	418*

Numero delle unità operative, degli specialisti dedicati e numero complessivo delle MR di cui i medici sono riferimento.

* Questo numero comprende numerosi "doppioni", cioè più specialisti risultano accreditati per la medesima malattia. Le MR di cui la Fondazione è centro di riferimento sono 266.

Vi è da notare che presso gli ex-ICP un numero inferiore di specialisti era accreditato per un numero più elevato di malattie in quanto l'ambito neonatologico e pediatrico presenta una minore caratterizzazione super-specialistica e uno spettro di condizioni cliniche più ampio rispetto ai reparti dedicati a singoli gruppi di condizioni cliniche.

Analisi dell'attività degli specialisti dedicati alle malattie rare

Nel corso di questi ultimi due anni sono state realizzate diverse iniziative per censire con maggiore precisione l'attività degli specialisti coinvolti nell'assistenza ai soggetti con malattie rare, per identificare le coorti di pazienti più numerose e per mettere in rete gli specialisti che offrono la consulenza nei casi che hanno coinvolgimento interdisciplinare. A questo proposito è sufficiente elencare alcuni ambiti diagnostico-assistenziali quali le malattie ematologiche, le malattie neurologiche, endocrinologiche o le sindromi malformative con disabilità mentale per rendersi conto della potenzialità della Fondazione in questo ambito.

Nel 2006 è stata sollecitata la stesura di uno schema del percorso diagnostico terapeutico adottato per ogni singola patologia; è stato avviato un monitoraggio del numero di esenzioni rilasciate nel corso degli ultimi anni e soprattutto si è cercato di promuovere un maggiore collegamento tra le Unità Operative accreditate per le stesse malattie e che avevano interesse ad integrare i propri interventi. Come è facile intuire, questo lavoro ha messo in luce numerose eccellenze ma anche molte criticità, comuni alla maggior parte delle Unità coinvolte.

È innanzitutto emerso che nei casi in cui due o più specialisti erano accreditati per la medesima malattia rara, si erano realizzate modalità operative non omogenee. In particolare, presso le diverse Unità, alcuni specialisti avevano privilegiato l'attività diagnostica, mentre altri avevano dedicato maggiore attenzione alla presa in carico assistenziale, con un rapporto tra il medico di riferimento e il soggetto affetto e la sua famiglia prolungato nel tempo. Inoltre i medici che operavano con malati in ambiti di età diversi (neonato, bambino o adulto), non sempre avevano sviluppato una continuità assistenziale, con difficoltà di passaggio dall'ambito pediatrico alla medicina interna. Quasi tutti gli specialisti hanno lamentato grosse carenze organizzative, difficoltà nella programmazione dei controlli nel tempo, perdita di utenti e la necessità di avvalersi delle Associazioni di famiglia per la copertura di posizioni amministrative e sanitarie.

Per affrontare in modo più organico ed efficace l'insieme dei problemi, nel mese di agosto di quest'anno è nato un gruppo di lavoro interdipartimentale che si è impegnato a produrre una documentazione articolata della situazione attuale.

L'impegno dei prossimi anni

Come si può intuire, la diagnosi eziologica di malattia rara è un obiettivo difficile da perseguire, nonostante lo sviluppo delle nuove tecnologie di studio morfologico e di analisi del genoma. Eppure, l'inquadramento diagnostico è solo il punto di partenza del più ampio e complesso processo di presa in carico assistenziale. Come già illustrato, l'assistenza fornita sin dalla nascita a soggetti affetti da malattie rare ha certamente migliorato la loro sopravvivenza e la loro qualità di vita, ma ha aperto nuove problematiche per coloro che raggiungono l'età adulta. Tale complessità è correlata alla natura stessa della maggioranza delle MR in cui sono presenti manifestazioni cliniche specifiche, ma anche numerose potenziali complicanze che devono essere conosciute ed identificate tempestivamente per evitare rischi acuti al paziente oppure progressione della patologia.

L'esperienza maturata in questo contesto, grazie ad un progressivo lavoro di collegamento tra le

strutture che operano in ambito pediatrico e le strutture che operano in ambito adulto, lascia intravedere un modello nuovo, unico per quanto riguarda la nostra Regione, basato sul coordinamento delle attività di consulenza e sulla continuità assistenziale.

Questa opportunità, resa possibile dalla notevole esperienza clinica, dalla presenza nella Fondazione di quasi tutte le discipline mediche e chirurgiche, e soprattutto dalla coesistenza dell'ambito pediatrico ed adulto, porterà ad un aumento delle conoscenze riguardo alla storia naturale di molte malattie rare ma anche ad un miglioramento dell'assistenza.

Naturalmente, per poter fornire sul piano pratico ed organizzativo il miglior servizio al paziente e alla sua famiglia, dovranno essere previsti cambiamenti della programmazione dei controlli ambulatoriali, di DH o di ricovero ordinario.

Ci auspichiamo che possano essere individuati momenti di facilitazione per le numerose visite specialistiche/esami strumentali previsti dai protocolli di follow-up che dovrebbero essere coordinati da poche strutture e concentrati possibilmente in un'unica giornata, con la supervisione dell'esperto di quella specifica malattia rara.

In questo modo, infatti, egli potrà stabilire una proficua interazione tra i diversi specialisti, ponendo ad essi quesiti clinici mirati e preparare una sintesi finale delle valutazioni effettuate a beneficio del paziente, della famiglia e del medico curante.

Questo obiettivo presuppone però alcune scelte strategiche che possano permettere all'esperto di MR di svolgere con profitto il suo gravoso compito. È quindi indispensabile che questa istituzione, che prevede tra le sue linee prioritarie di ricerca ed intervento l'ambito delle malattie rare, metta a disposizione degli esperti percorsi privilegiati, corsie preferenziali, dalla prenotazione di accertamenti e visite specialistiche, alla raccolta degli esiti e al contatto con la famiglia.

Si tratta in sostanza di investire per rendere efficiente e consona ai tanti bisogni dei malati, una struttura che possiede le competenze scientifiche, l'esperienza clinica e la motivazione per mantenere il primato nella diagnosi ed assistenza di oltre 250 malattie rare.

Prime riflessioni sul progetto “TOYOTA” del Pronto Soccorso del Padiglione Guardia Accettazione

FRANCESCO DELLA CROCE, FEDERICO DIONI

Introduzione

Come in buona parte degli ospedali della città di Milano, il Pronto Soccorso, nato storicamente come servizio deputato a garantire livelli ottimali di assistenza al paziente in condizioni critiche, si è trasformato negli anni in un luogo di cura dove è prestata assistenza in qualsiasi momento della giornata e, soprattutto, a chiunque. Ciò significa che agli utenti che ivi accedono viene sempre e comunque garantito un accertamento diagnostico sul problema presentato, così come sono assicurati gli aiuti necessari alla soluzione del problema stesso.

A livello organizzativo il Pronto Soccorso del presidio Ospedale Maggiore Policlinico (OMP) e quello pediatrico del padiglione De Marchi, rappresentano le strutture operative del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione.

All'interno del Pronto Soccorso del presidio OMP si trovano collocate le risorse umane e le funzioni più importanti per una gestione “urgente” dei problemi: il punto di accettazione del paziente (*triage*), il laboratorio d'urgenza, la radiologia sono alcuni esempi delle funzioni sanitarie che permettono ai medici e agli infermieri del Pronto Soccorso di operare in maniera efficiente ed efficace.

Negli ultimi anni le condizioni socio-sanitarie della popolazione e i cambiamenti in atto delle politiche sul *welfare state* hanno creato le premesse per assistere ad un radicale cambiamento nell'uso di questo servizio da parte dei cittadini: se da un lato si è assistito ad un progressivo allungamento della vita e ad un relativo miglioramento delle condizioni generali di salute della popolazione, dall'altro le malattie croniche, il disagio e la fragilità sociale ed economica della gente hanno reso il Pronto Soccorso uno dei punti di snodo nevralgico per il governo della salute dei cittadini.

Ne è conseguito che nel Sistema Sanitario Nazionale l'ospedale e il Pronto Soccorso, in maniera particolare, sono diventati oggetto di studio e di riflessioni al fine di avviarne un processo importante di cambiamento e di riadattamento alle “nuove” necessità del cittadino.

Ma un ri-disegno razionale dell'ospedale associato ad una analisi della sua identità sociale, di come è valutato o cosa attende la popolazione da questo, portano necessariamente ad un'azione di cambiamento complessivo, da gestire a seconda dei casi con meccanismi di cambiamento rapido o a lungo termine.

Anche nel mondo sanitario i cambiamenti organizzativi possono essere classificati secondo modelli mutuati dall'organizza-

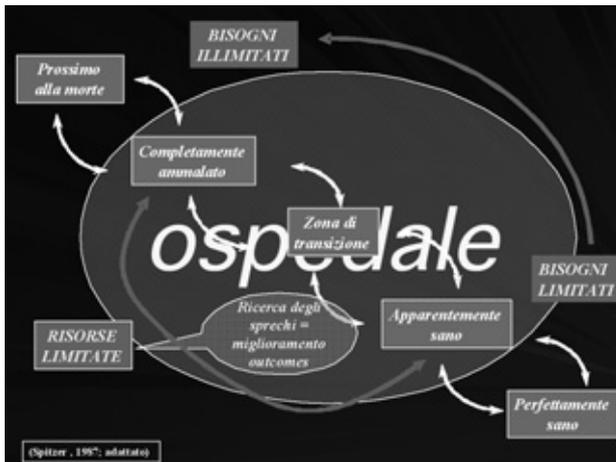
zione industriale o da quella dei servizi. Lo schema riportato di seguito è tra quelli che più facilmente aiutano a delineare in sanità le strategie ed i comportamenti che possono avviarsi in funzione dell'impatto che il miglioramento desiderato può assumere nell'organizzazione.

	Cambiamenti incrementali	Cambiamenti strategici
Cambiamenti anticipativi	tuning	riorientamento
Cambiamenti reattivi	adattamenti	rifondazioni

In sanità si accetta per principio che alcuni elementi che determinano il mutamento possano essere differenziati tra quelli che possono avvenire unicamente con l'intervento del singolo professionista rispetto a quelli che dipendono dalla organizzazione nel suo insieme. Si ipotizzano dunque due categorie di cambiamenti: *incrementali* (che dipendono dal professionista) e *strategici* (che dipendono dall'organizzazione nel suo complesso). A loro volta queste modifiche comportano due approcci differenti: il primo, *soft*, delicato o discreto, in cui il cambiamento richiede un semplice intervento di sincronizzazione del proprio operato alle necessità rilevate (*cambiamenti anticipativi*); il secondo, *hard*, deciso e rigoroso, richiede invece un rimodellamento sistematico dell'attività. In questo caso, il singolo professionista o la struttura in genere dovrà investire molto per avviare il cambiamento (*cambiamenti reattivi*).

Per il singolo professionista si passa quindi da piccoli aggiustamenti del proprio operato per “sintonizzarsi” con le nuove richieste (*tuning*) a vere e proprie revisioni dell'operatività (*adattamenti*); per la struttura invece si passa da strategie di sorveglianza e controllo (*riorientamenti*) a vere e proprie trasformazioni organizzative (*rifondazioni*).

Se consideriamo il mondo sanitario, l'ospedale è costantemente chiamato a orientare le proprie prestazioni in funzione dei bisogni dei pazienti. In Pronto Soccorso, ad esempio, giungono pazienti con diversi gradi d'emergenza e d'urgenza, declinati da quelli differibili a quelli non differibili: non va trascurato il fatto che si presentano in Pronto Soccorso anche soggetti con problematiche che *non presentano* il carattere d'emergenza e di urgenza.



La contrapposizione è evidente: i pazienti si avvicinano e si affidano alla struttura ospedaliera con condizioni che variano dal perfettamente sano al prossimo alla morte: ne consegue che la struttura sanitaria, nel nostro caso il Pronto Soccorso, passa da un'analisi di bisogni pressoché marginali o limitati a situazioni che possono richiedere risorse potenzialmente senza limiti. L'ospedale, d'altro canto, si trova a fronteggiare risorse (umane, strutturali, funzionali ed economiche) che sono limitate e che non sono quindi sufficienti a coprire i bisogni dei pazienti.

Siamo quindi di fronte ad un'espansione dello iato tra bisogni e risorse disponibili, che deve essere colmato per far sì che l'utente finale fruisca del miglior servizio possibile e che ne sia soddisfatto tanto quanto l'operatore che determina il servizio. Ciò nella consapevolezza reciproca che la Medicina, ad esempio, non ha potere di migliorare i determinati sociali delle malattie e si orienta semmai nei casi in cui l'andamento della malattia è presumibilmente cronico o dilatato nel tempo a "limitare" il proprio intervento e a "finalizzarlo" sempre di più verso un miglioramento dello stato di salute, non già alla "guarigione". Ne consegue che la visione sistematica e collettiva del Pronto Soccorso va assumendo una connotazione diversa in funzione del fenomeno di invecchiamento e, contestualmente, di impoverimento della popolazione che a questo ricorre.

Le strade percorribili sono a questo punto due:

1. *investimenti*: per aumentare il volume di risorse (nuove assunzioni, interventi strutturali, maggior impiego di risorse economiche);
2. *caccia allo spreco*: per aumentare il livello di efficienza a parità di risorse disponibili.

Ci siamo chiesti come la Fondazione, e nello specifico il Pronto Soccorso, potesse rispondere al meglio alla domanda di salute degli utenti, garantendo la miglior cura al paziente in termini di *patient safety*, ovvero di sicurezza, con l'impiego più efficiente possibile delle risorse umane e tecnologiche disponibili. Solitamente, le strategie per promuovere un corretto utilizzo dei servizi di emergenza urgenza vengono decise in altri ambiti (quali la

Regione Lombardia, l'ASL, ecc...), ma possono essere affrontate all'interno dell'ospedale le criticità locali o specifiche.

L'approccio al Sistema TOYOTA

Nell'ambito di una ricerca bibliografica centrata su esperienze di soluzioni organizzative che promuovessero il cambiamento verso gli obiettivi desiderati, ci si è soffermati sull'analisi di alcuni lavori che davano evidenza dell'utilizzo di un modello di approccio al cambiamento mutuato dal sistema industriale: il metodo TOYOTA.

Tale metodologia nasce negli anni '50 nella famosa fabbrica di automobili, da cui mutua il nome. Gli esperti affermano che il Metodo TOYOTA, se correttamente applicato, ha consentito nell'industria di fare tutto ciò che si faceva prima riducendo a metà le risorse coinvolte, permettendo alla struttura quindi di utilizzare le risorse "eccedenti" in altri settori di lavoro.

La nostra curiosità si è quindi mossa anche nel tentativo di verificare se ciò era possibile nel mondo sanitario. Dove sperimentato (laboratori, sale operatorie, ambulatori, ovvero strutture in cui l'attività è programmata o programmabile, senza il peso quindi del pronto intervento), la letteratura scientifica riporta risultati sostanzialmente correlabili a quelli dell'industria.

Il metodo TOYOTA stravolge completamente l'approccio classico alle attività caratteristiche di una organizzazione e ne propone uno "innovativo": il paziente è al centro dell'organizzazione; è (o deve diventare) il fulcro attorno al quale ruota tutto. Per promuovere questa visione all'interno di un sistema organizzato, industria o ospedale, uno degli ispiratori del modello, Taichi Ohno, ha più volte ricordato come il sistema TOYOTA si basi su alcuni principi filosofici ed antropologici che si richiamano ad assiomi universalmente condivisi:

- Le risorse umane sono qualcosa al di sopra di ogni misurazione.
- Le capacità di queste risorse possono estendersi illimitatamente quando ogni persona comincia a pensare.
- Quello che dobbiamo imparare lo dobbiamo imparare facendo.
- Costruire il lavoro come una continua serie di esperimenti che danno come risultato un apprendimento continuo e di conseguenza una continua serie di miglioramenti, attribuendo la maggior responsabilità possibile al "livello più basso" possibile.
- Non esiste l'operatore, ma il membro di un team.

Traslando questi principi ad un processo organizzativo del lavoro, Taichi Ohno è poi ricorso alla definizione di tre termini fondamentali, che ricorrono in tutto lo sviluppo del metodo TOYOTA:

- *valore*: la ragione d'essere della struttura, ovvero il motivo per cui nasce la struttura, il suo scopo. In sanità, il valore può essere individuato come il ripristino o il mantenimento della salute del cittadino;
- *spreco*: qualsiasi utilizzo di risorse che non aggiunge valore;
- *flusso*: la sequenza delle azioni utili per raggiungere l'obiettivo individuato e che porti "valore".

Ne consegue che la metodologia propone di fatto un approccio orientato al concetto di *qualità totale*: se le attività rispondessero

a questo principio, ogni attività svolta aggiungerebbe valore al processo considerato. Inoltre, il processo di miglioramento continuo così come proposto può essere realizzato soltanto da chi è quotidianamente coinvolto nei problemi affrontati. *Il personale operativo* diviene l'autore principale del cambiamento. È chiamato a lavorare per obiettivi (ovvero garantire la salute del paziente, nel miglior modo possibile) e non più a svolgere una serie di operazioni (mansioni).

In accordo con il direttore scientifico, prof. Bonino, ci si è quindi orientati a sperimentare questo metodo in quanto centra molto l'attenzione sul "tempo", ovvero sul suo utilizzo adeguato, sul suo teorico spreco e quindi sul suo potenziale recupero a beneficio dell'efficienza del servizio e dell'efficacia sul paziente. E dove "sperimentare" se non nel Pronto Soccorso, servizio dove il "tempo" è un requisito essenziale per il governo della cura?

Gli obiettivi diventavano due: il primo, promuovere la riduzione della distanza tra bisogno del cittadino e risposta della struttura, e migliorare la sua realizzazione, in particolare i tempi di definizione del bisogno (la diagnosi) e le conseguenti azioni (la cura); il secondo, entrando nell'applicazione del metodo, comprenderne i limiti là dove il costante mutamento dei bisogni spesso produce negli operatori *burnt out*, ovvero stress, sfiducia o voglia di cambiare sede lavorativa, per le difficoltà che spesso questi incontrano nel tentativo di dare risposte che investono il loro operato ma, a volte, senza adeguate risorse o risposte dall'"Alto".

Nel novembre 2005 si è quindi avviata la pianificazione del progetto che si è poi avviato nel gennaio 2006.

Il progetto "TOYOTA" del Pronto Soccorso

Nasce dunque il "progetto TOYOTA", che coinvolge il personale di Pronto Soccorso direttamente responsabile delle attività collegate alla gestione dei pazienti che accedono in Pronto Soccorso. L'adesione da parte di tutto il personale impiegato in Pronto Soccorso è stata necessaria ai fini di un rimodellamento della gestione del Pronto Soccorso e per l'implementazione di un nuovo, forse semplicemente riadattato, sistema organizzativo che rinforzi i principi di buona pratica, ovvero corretta e necessaria, e di soddisfazione del paziente.

Individuati i soggetti coinvolti nel progetto, si è chiesta loro la disponibilità di partecipare per una settimana, la *settimana Kaizen*, in maniera continuativa al lavoro in team e per quanto di loro competenza.

Il *Kaizen* (改善) è una metodologia giapponese di miglioramento continuo, passo a passo, che coinvolge l'intera struttura coinvolta nel progetto. Il termine Kaizen è la composizione di due termini giapponesi: KAI (cambiamento) e ZEN (meglio).

Dato avvio alla settimana di lavoro, tra le attività propedeutiche e funzionali relativamente alla metodologia proposta per il raggiungimento degli obiettivi legati al progetto, il ruolo fondamentale è rimasto la formazione sul campo, soprattutto al fine

di apprendere ed utilizzare quelli che sono individuati come strumenti essenziali del metodo, poi immediatamente applicati nel corso del lavoro:

1. *la mappa di flusso del valore*: è la rappresentazione grafica del flusso (percorso del paziente). Tale strumento è tipicamente costituito da un diagramma a lisce di pesce (*fish-bone*) che consente di individuare in modo molto semplice, diretto ed immediato le varie fasi del processo analizzato, associando a ciascuna di esse le criticità riscontrate. Tutto ciò che impedisce al flusso di scorrere fluidamente viene evidenziato e contestualmente sono individuate le cause che producono attese ingiustificate.

2. *evento 3P (Production, Preparation, Process)*: è l'analisi di processo, condotta all'interno della Settimana Kaizen. Particolarmente efficace in ambito sanitario in quanto considera prestazioni, processo produttivo e tecnologie come un *unico sistema integrato*.

3. *i 7 modi*: è lo strumento che consente di individuare le soluzioni possibili alle criticità rilevate. In modo creativo e senza condizionamenti, si chiede ai partecipanti al gruppo di lavoro di pensare a sette modi alternativi di gestire le azioni/operazioni man mano considerate.

Ogni giorno era scandito dagli obiettivi da raggiungere entro la sera e, in serata, si rappresentavano i risultati raggiunti. Nella giornata di esordio, in particolare, tutti i partecipanti hanno dovuto sottoscrivere un "contratto" che dichiarava, in sintesi, la loro adesione al progetto e, in particolare, la loro assoluta disponibilità ad ascoltare e aderire ad idee o proposte anche se non condivise concettualmente, ma che fossero frutto del lavoro di condivisione e originate da operatori che ordinariamente non entravano nella sfera dei rapporti quotidiani di lavoro. Altro punto chiave, che l'impegno preso dal gruppo fosse pubblicamente dichiarato alla fine della settimana alla Direzione Strategica e agli altri operatori dell'ospedale attraverso una presentazione in aula.

Con tale premessa, si è quindi giunti a perseguire come progetto di lavoro i seguenti obiettivi:

1. ridurre i tempi di attesa per i pazienti tra la prima visita e il ricovero/dimissioni nei settori chirurgia e medicina specificamente per i codici bianchi e verdi;
2. introdurre all'interno del Pronto Soccorso nuove metodologie operative;
3. orientare il personale verso una gestione delle attività per flussi di valore;
4. apportare un graduale cambiamento culturale nell'approccio alle attività di Pronto Soccorso.

È stato quindi analizzato il percorso del paziente che giunge in Pronto Soccorso al fine di individuare le criticità nell'organizzazione che portano alla diminuzione dell'efficienza del servizio per attivare, di conseguenza, un processo di miglioramento. L'area d'intervento ha coperto tutte le attività del Pronto Soccorso (compresi i servizi), dal triage alla dimissione/ricovero del paziente, con particolare riferimento alle sezioni di medi-

cina e chirurgia e ai loro pazienti con codici di priorità bianco e verde.

Condiviso il concetto di *valore* dell'organizzazione, ovvero la capacità di mantenere lo stato di salute del paziente o ristabilirlo qualora ve ne fosse necessità, e il suo significato a beneficio sia degli utilizzatori (pazienti) sia degli operatori (medici e infermieri), ci si è concentrati sul concetto di spreco.

Per fare questo si sono preliminarmente identificate le seguenti criticità, suddivise in interne ed esterne: l'interagire di questi fattori critici fra loro comporta la formazione di code nel percorso del paziente e i punti particolarmente critici assumono la peculiarità dei classici "colli di bottiglia".

INTERNE	ESTERNE
<ul style="list-style-type: none"> • strutturali • organizzazione del lavoro e coordinamento tra i vari operatori • vincoli medico-legali 	<ul style="list-style-type: none"> • utilizzo non appropriato dei servizi di Pronto Soccorso • accessi numerosi

È stato rilevato come una delle principali cause di inefficienza all'interno del Pronto Soccorso del presidio Ospedale Maggiore sia l'*inadeguatezza degli spazi*. Il nodo principale è costituito dall'astanteria, vero e proprio collo di bottiglia e luogo nel quale confluiscono o i pazienti in attesa di essere visitati o in attesa di decisioni sul loro destino.

L'*interazione fra i vari operatori* è un'altra causa di possibili inefficienze: è infatti emersa la necessità di ottimizzare alcuni

meccanismi organizzativi che permettano un miglior coordinamento tra personale medico ed infermieristico, o fra personale del Pronto Soccorso e altri operatori delle unità specialistiche a cui viene chiesta consulenza.

La preoccupazione di *eventuali denunce o contenziosi* è un ulteriore elemento di inefficienza: spesso, anche per i casi di non-emergenza, non si dimette il paziente prima di aver provveduto ad una serie di accertamenti volti ad escludere patologie rilevanti.

Queste considerazioni hanno così prodotto la stesura degli *sprechi*, di cui alcuni esempi :

- sovrapproduzione: richiedere indagini, esami di laboratorio o consulenze non necessarie, utilizzo di più strumenti del necessario;
 - tempo: attesa per referti, attesa intervento medico;
 - trasporto: tracciati stradali non funzionali, struttura organizzata a padiglioni;
 - perdite di processo: trascrizione dei dati dal referto alla cartella clinica, mancato utilizzo del computer quando possibile (es. etichette e richieste scritte a mano);
 - scorte: farmaci accumulati, campioni in attesa di analisi di laboratorio, indagini diagnostiche in attesa di diventare referti;
 - movimenti: spostarsi da una stanza all'altra per completare un'operazione;
 - prodotti difettosi: errore nel risultato di un'indagine diagnostica.
- Questi sprechi sono stati classificati all'interno delle criticità qui riportate:

AREA	CRITICITA'
Accesso	1. mancanza di informazioni per l'utenza
Triage	1. rigidità codici di triage 2. scarsa competenza utilizzo software dedicato 3. carenza di percorsi brevi per pazienti selezionati 4. gestione pazienti psichiatrici
Prima visita	1. carenza protocolli clinici condivisi 2. flussi contorti per gli ambulatori minori 3. utilizzo indagini radiologiche non appropriato, richieste incomplete 4. stanze non disponibili per mancanza collegamento informatico 5. carenza di personale medico in determinate fasce orarie 6. difficoltà a procrastinare il percorso ambulatoriamente
Astanteria	1. rapporti tra operatori e tra UU.OO. (limitata disponibilità specialisti, consulenza tra medici e chirurghi difficoltose, necessità di spostamento dei pazienti per consulenze) 2. attesa esami radiologici (lunghe attese in certe fasce orarie, difficoltà di esecuzione ecodoppler) 3. gestione esami di laboratorio (lunghi tempi di refertazione, mancanza esami tossiologici e ricerca BK su espettorato, limitata disponibilità esami pre-intervento) 4. gestione letti (mancanza di posti letto, stanza di isolamento infettivi) 5. documentazione (cartella infermieristica cartacea) 6. trasporto pazienti
Seconda visita	difficoltà comportamenti medici
Dimissione / Ricovero	1. ricerca posto letto 2. difficoltà al ricovero in certe fasce orarie 3. gestione di più referti in dimissione 4. trasporto pazienti

La loro identificazione è avvenuta attraverso la mappatura su un diagramma a lisca di pesce delle varie fasi del percorso del paziente all'interno del Pronto Soccorso (*flusso*). L'uso di questo particolare diagramma ha reso possibile (1) rappresentare graficamente il percorso del paziente lungo tutte le fasi del processo (2) chiarire quale sia il flusso di attraversamento (3) approfondire le singole fasi che costituiscono il percorso del paziente (4) identificare i problemi che rallentano il flusso e le opportunità per migliorarlo. Foglio dopo foglio si è costruito un murales che ha permesso di individuare, idealizzare e distinguere i "tempi" utilizzati, ovvero i tempi utili da quelli d'attesa e senza valore per il paziente o per il Pronto Soccorso. Questi tempi sono stati presi come indicatori per il cambiamento, ovvero sono state considerate le attività e i tempi al fine di avviare dei progetti di miglioramento che potessero poi essere misurati in termini di guadagno sul tempo di transito e conseguentemente sull'efficienza dell'attività nel suo insieme. Si è così giunti a definire il processo ottimale, rappresentato tramite un nuovo diagramma a lisca di pesce.

I progetti di miglioramento

Attraverso l'*evento 3P* le criticità emerse hanno dato origine a 36 progetti di miglioramento, di cui 10 da raggiungere entro tre mesi, definiti prioritari per velocità di realizzazione, facilità di sviluppo e basso costo da sostenere.

Dopo la conclusione della settimana *Kaizen*, i progetti sono poi stati classificati sinteticamente dal team leader del gruppo per il progetto generale secondo le modalità teoriche di impostazione del cambiamento e della corretta individuazione teorica del responsabile a cui era attribuita la responsabilità di procedere sul progetto assegnato (professionista o organizzazione nel suo insieme).

Ogni gruppo di lavoro, costituito sulla logica del team interfunzionale, aveva infatti individuato durante la settimana un responsabile che avrebbe dovuto seguire una programmazione a fasi concordata e condivisa. Le criticità individuate, dislocate lungo le varie fasi del percorso del paziente, alla fine risultavano così suddivise, per area d'intervento e responsabilità teorica:

AREA	TIPO				
	professionista		organizzazione / azienda		
	(1) tuning	(2) adattamenti	(3) riorientamento	(4) rifondazione	totale
astanteria	3	3		4	10
protocolli	1	8			9
radiologia	2	1	2		5
gestione posti letto	1		1	1	3
triage	2			1	3
laboratorio	2		1		3
infermieri			1		1
gestione	1				1
sala visite	1				1
totale	13	12	5	6	36

Inoltre, attribuendo un peso a ciascun intervento, i progetti erano stati riprodotti successivamente in una tabella di riferimento che indicava l'incidenza di ciascuna area sul progetto generale sul Pronto Soccorso. Questo approccio evidenziava ancora una volta che l'astanteria aveva il peso maggiore su tutta la pianificazione del miglioramento: su un peso totale del progetto di 76 punti, gli interventi in astanteria pesavano 25 (31.64%), mentre le rimanenti aree si spalmavano i restanti punteggi. Sulla base della programmazione concordata agli inizi di febbraio 2006 è partita la fase operativa, nella quale mettere in atto le proposte di miglioramento emerse. Incontri bisettimanali di verifica dello stato avanzamento lavori avrebbero garantito un monitoraggio costante sull'andamento dei progetti. Nell'autunno 2006 sono stati sospesi gli incontri di verifica collegiali e ogni progetto è stato gestito autonomamente. Questa scelta è derivata dal fatto che per ogni progetto avviato si erano definiti ormai il loro destino di attuazione o di eventuale sospensione per revisione: non si rendeva cioè più necessaria una ri-pianificazione collegiale, in quanto era sufficiente gestire il buon proseguimento delle iniziative intraprese ed eventualmente riaffrontare il problema di quelli in sospeso una volta che le condizioni si fossero modificate. In quest'ultimo

caso, il team leader e il responsabile del progetto avevano la responsabilità di monitorarne il possibile riavvio.

Luci ed ombre sul metodo

Nel suo complesso, i risultati che si stanno realizzando sono in linea con le premesse allo studio e all'utilizzo del metodo, ovvero con l'ipotesi che il sistema TOYOTA si rivela particolarmente efficace per gli interventi di tipo *tuning* e di tipo *adattamenti*. Si può affermare che esistono elementi vincenti che accompagnano non poche criticità, brevemente riassunte nello schema sottostante.

ELEMENTI VINCENTI	ELEMENTI CRITICI
<ul style="list-style-type: none"> • attenzione rivolta ai processi / flussi nel dettaglio • valorizzazione dell'autonomia concordata con i singoli operatori per la soluzione di problemi organizzativi che derivano dal loro ruolo e dall'incarico ricevuto • sviluppo del lavoro di gruppo • costituzione di una coscienza comune • meccanismo di realizzazione del miglioramento "giorno per giorno" 	<ul style="list-style-type: none"> • difficile standardizzazione del bisogno (il processo presenta ampia variabilità) • valutazione in funzione soltanto del tempo (che diventa fattore assoluto e unico indicatore di performance) • impegno costante • impatto dei risultati a lungo termine

Possiamo affermare che quando il professionista (medico o infermiere) è stato chiamato ad implementare un cambiamento, con l'approvazione e il mandato da parte dei responsabili aziendali, il cambiamento si verifica. La gestione del giorno dopo giorno, per piccoli passi, è stata sostenuta e promossa grazie all'approccio proposto dal metodo TOYOTA e alla modalità di suo recepimento all'interno della Fondazione.

Quando si tratta di cambiamenti strategici, invece, il sistema TOYOTA è apparentemente meno efficace: l'attore del cambiamento diventa in questo caso l'organizzazione stessa e si esce quindi dalla gestione del giorno dopo giorno. Non è possibile pensare ad un cambiamento rapido: l'evoluzione è dunque più lenta e raggiungibile solo nel medio-lungo periodo. Le variabili da controllare aumentano, i fattori che incidono sul processo di miglioramento sono di più, più complicati e necessariamente si complica lo scenario. Questo accade in funzione del fatto che sono coinvolti più attori, appartenenti a più unità operative o strutture organizzative dell'ospedale, e diversi sono i responsabili, che necessitano di un livello di coordinamento maggiore e di una condivisione delle azioni correttive più estesa.

È effettivamente possibile sperimentare l'applicazione di alcune teorie organizzative di natura industriale nel settore sanitario, ma condizione necessaria è applicarle con la dovuta flessibilità.

Le organizzazioni sanitarie potrebbero trarre dei grossi benefici adottando alcuni di questi sistemi di miglioramento nati in fabbrica, soprattutto per aumentare i livelli di efficienza e ridurre i costi, ottimizzando quindi l'utilizzo delle risorse date.

In particolare, il metodo TOYOTA viene proposto come metodo blindato; probabilmente, ci insegna la nostra esperienza, vanno salvati i principi ispiratori, ma il metodo deve necessariamente sapersi modellare a seconda delle organizzazioni sulle quali viene applicato, soprattutto quando la flessibilità deve essere un prerequisito e gli attori coinvolti hanno necessità ed interessi molteplici, identici nel *valore universale* (ad esempio, la salute dell'individuo), ma realizzati con *flussi* diversi che si embricano solo in parte tra loro, come nel caso della necessità di ricovero dei pazienti dal Pronto Soccorso, che in alcuni casi interferisce con quelli programmati, altrettanto importanti, afferenti ad unità operative che difficilmente si adattano o hanno difficoltà ad adattarsi in quanto la loro vocazione organizzativa non comprende il trattamento in "urgenza", se non per casi molto selezionati.

Il metodo Toyota ha consentito di sensibilizzare gli operatori anche su tematiche non strettamente medico-infermieristiche e di attivare di conseguenza un processo di miglioramento di carattere organizzativo. È cresciuta l'attenzione ai processi nel dettaglio, in particolar modo nella fase analitica. La visione complessiva del processo non rende possibile dedicare la giusta attenzione ai particolari anche più piccoli, che senza dubbio incidono sui livelli di efficacia ed efficienza del servizio: grazie al metodo TOYOTA, anche i processi più complicati possono essere analizzati con semplicità e sufficiente dettaglio. Ovviamente, è l'intero processo a trarne beneficio.

Altro punto degno di attenzione è il fatto che il cambiamento, applicando il metodo TOYOTA, nasce "dal basso", seguendo l'approccio *bottom-up*: gli operatori lavorano in "autonomia concordata" per risolvere i problemi organizzativi legati al loro ruolo. Appare del tutto evidente che un operatore si senta maggiormente coinvolto in un progetto per migliorare il proprio lavoro in autonomia, piuttosto che essere considerato mero esecutore di azioni strategiche decise da altri.

Tra i punti più critici che emergono dal metodo TOYOTA è la difficoltà di standardizzare un processo che è di per sé molto variabile, in particolar modo nella casistica d'accesso al Pronto Soccorso. Quando si tratta di un Pronto Soccorso, la variabilità è molto elevata, maggiore che in altre sperimentazioni dove le attività risultano più ripetitive (es. sala chirurgica, laboratorio d'analisi, ecc...). Questa può essere una difficoltà nell'applicazione del metodo TOYOTA in sanità.

Inoltre, il tempo non può essere il fattore assoluto e l'unico indicatore di performance rispetto al quale giudicare i risultati ottenuti. Infatti, l'esperienza del gruppo di lavoro TOYOTA può essere giudicata positiva a prescindere dal fatto che la verifica sulla variazione dei tempi dia risultati positivi.

Se l'efficienza di un servizio, ad esempio il Pronto Soccorso, potrà essere espressa certamente dal numero di prestazioni erogate in una certa unità di tempo e con pari qualità, dovrà comunque anche fare i conti, per praticità, anche su altri indicatori, capaci di esprimere la funzionalità ovvero la disfunzione del servizio.

Da quanto esposto fino ad ora si può concludere che certamente l'esperienza maturata è ovviamente positiva, ovvero: mutuare dall'industria metodi o modelli che possano aiutare il cambiamento anche in sanità è possibile, senza dimenticare che la buona pratica medica ed infermieristica è frutto di esperienza ed aggiornamento, ma anche di intuizione e motivazione, di volontà e passione.

Il metodo TOYOTA aiuta a trovare tutto ciò, se smarrito, in ognuno dei componenti il team di lavoro, creando uno spirito di condivisione e di "complicità" che certamente aiuta nell'affrontare il quotidiano.

Pur se implicito anche nella metodologia e negli strumenti provati, è a ogni buon conto dato all'operatore sanitario mantenere saldo l'obiettivo di tutela nei confronti del paziente in quanto, diversamente da una macchina, qualunque sia il "processo di produzione" che lo coinvolga, il cittadino che si rivolge come nel nostro caso in un Pronto Soccorso ha imparato o sta imparando a valutarlo nella sua immediata realizzazione e non già dopo una "prova su strada", dopo la quale può anche decidere di cambiare modello o produttore... e questo ogni operatore in Pronto Soccorso lo sa bene.

La mano, la saliva, l'aceto: quando l'istinto si fa medico

Cuor contento, il ciel l'aiuta (anche in salute?)

PIERO LOTITO

Cuor contento, il ciel l'aiuta. Altro che erbe, è questa la prima forma di medicina: star sereni, distendere l'animo e lo sguardo, osservare la vita come si fa con un dono inaspettato (in effetti, non c'è nessuno che possa dire di aver capito di essere sul punto di nascere). Certo, anche i giovialoni finiscono coll'ammalarsi, ma il detto popolare incoraggia all'accettazione serena della sofferenza, perché se vi si riesce, è come essere mezzo guariti.

Al di là di ogni proverbio, c'è tutta una gamma di rimedi istintivi che un giorno meriterebbero di essere codificati in una sorta di “medicina del riflesso”, intendendo in questo caso il riflesso come gesto primordiale di sopravvivenza. A dirla così, può anche sembrare materia da antropologi. Si tratta invece di un repertorio assolutamente familiare e quotidiano. Toccarsi il ginocchio che ha battuto contro il paraurti dell'auto parcheggiata malamente, per esempio, che senso ha? E massaggiarlo, accarezzarlo, compulsarlo, come se in quel modo si potesse annullare o almeno attenuare il dolore? Ecco, questo è il punto: attenuare il dolore. Può esserci mano più... materna della nostra? Quel calore (oggi si parla di energia, è più in voga) può ricordare in altre occasioni – non si sa se a torto o a ragione – le applicazioni pranoterapeutiche.

Un filo robusto lega gli interventi che continueremo a chiamare della “medicina del riflesso”: l'immediata reperibilità degli strumenti (la mano, prima fra tutti) e delle sostanze utili al tentativo di guarigione. La saliva, mettiamo. Un graffio al viso, una lieve ferita alla mano stessa? Quasi senza pensarci, portiamo alle labbra il punto colpito e lo umettiamo con l'accessibilissimo “medicamento”, lasciando che la ptialina (un po' tutti, a naso, sappiamo che le sorprendenti proprietà dell'enzima vanno ben oltre la semplice funzione amilasica della prima digestione dei carboidrati) disinfetti e cicatrizzi l'offesa.

Forse non apriamo subito la finestra, se ci sentiamo soffocare dall'aria viziata del nostro ufficio? Cer-

chiamo ossigeno, ricorriamo a un nuovo afflusso per sopperire alla momentanea carenza. Stando seduti alla nostra scrivania, sentiamo che una gamba si è “addormentata”? Ci viene naturale alzarci, muovere qualche passo e magari battere il piede a terra. Non sappiamo perché lo facciamo, ma confidiamo che questi gesti ci aiutino a superare la fastidiosa sensazione.

La mano, ancora. Non esiste al mondo apparecchio più prodigioso: carezza la pancia indolenzita; stringe la fronte afflitta da emicrania; il dorso (più sensibile, pare) sente se il calore della guancia segnala una febbre in arrivo; tocca il polso del debilitato alla ricerca dei battiti perduti; “stira” l'altra mano, intorpidita dal freddo o dal perdurare di una stretta; massaggia le palpebre affaticate dalla lunga permanenza davanti al computer. In più, la mano si fa tramite e alleata della medicina ufficiale, applicando creme e unguenti, iniettando medicinali con la siringa, portando alla bocca compresse e pozioni.

I rimedi esterni “del riflesso”, poi. Qui sappiamo che la letteratura è sterminata. Ugualmente, un esempio potrebbe anche risultare rivoluzionario. Nei tempi difficili della guerra, in alcune zone rurali del Sud le mamme non si perdevano d'animo di fronte al pianto disperato dei loro bambini (soprattutto, non li uccidevano): in assenza di biberon, intingevano una pezzolina in un decotto di papavero e la spingevano tra le labbra del discolo, che in un minuto si assopiva come un angioletto.

Il callo da curare con applicazioni di polpa di pomodoro, il vino per una sommaria disinfezione delle ferite superficiali, una benda imbevuta di aceto per dar sollievo al mal di testa, la moneta (fredda) sulle punture degli insetti, la buccia di patata sui piccoli ematomi e via così, in un meraviglioso catalogo dell'inventiva e dell'osservazione naturale. Tutto questo ha rappresentato fin qui la strada forzata di un desiderio: far presto, eliminare il malanno nel più breve tempo possibile e con l'au-

silio dei mezzi più semplici, perché la semplicità è considerata una fondamentale componente della terapia (non tanto a garanzia di questa, quanto della scarsa pericolosità del male).



Mani alla tempia, un gesto istintivo di difesa, quando la testa ci sembra sul punto di scoppiare.

Il meccanismo psicologico del guarire. Perché il più delle volte i solitari hanno vita breve? Perché non c'è nessuno che li tranquillizzi, che dica loro: «Sciocchezze, vedrai che domani starai meglio». La parola buona è il primo e il più efficace dei placebo. Se i bambini smettono (non sempre) di piangere al solo vedere che la mamma sta per prenderli in braccio, gli adulti hanno dovuto sviluppare tutta una serie di surrogati: abbracci virtuali che li coccolino, li consolino e a volte li guariscano. Lo stesso racconto dei propri guai in salute al primo che si incontra, si rivela quasi sempre taumaturgico. E si sa come sia facile che in questi casi i malanni del narratore si trasferiscano all'incolpevole ascoltatore: quasi sempre sotto forma di emicrania, il più diffu-

so dei transfert.

In fondo, nel vasto campo dei piccoli disturbi anche le contromisure possono attingere al trucco, in una sorta di “contrappasso del riflesso”. Così, una volta individuata la persona che ha il vizio di liberarsi dei propri mali descrivendoli all'interlocutore, basta evitarla o, se proprio non si riesce a svoltare al primo angolo, star bene attenti a limitarsi al buongiorno, senza minimamente chiederle della salute. Il «come stai?» va insomma bandito. Ne va del nostro benessere.

Il nuovo ruolo e le nuove competenze dell'Ufficio Affari Generali, Legale e delle Assicurazioni

GIUSEPPINA VERGA

Il 25 ottobre 2005, con determinazione n. 2457, si è costituito l'Ufficio Affari Generali, Legale e delle Assicurazioni.

Ha preso così corpo l'idea di riunire una pluralità di funzioni e competenze amministrative sino a tale data assegnate ad altre Unità operative.

La stessa collocazione in posizione di *staff* alla Direzione Amministrativa manifesta la nuova logica sottesa a tale modifica organizzativa; quella, cioè, di sviluppare una *struttura* di riferimento e di supporto legale alle sempre più articolate esigenze amministrative generali della neo-costituita Fondazione.

Infatti, rientrano nella competenza esclusiva dell'Ufficio le seguenti rilevanti materie:

- a) Affari generali, volta per volta individuati dal direttore amministrativo;
- b) Affari legali, con particolare riferimento alla gestione delle pratiche legali e rapporti con i legali esterni patrocinanti l'ente;
- c) Gestione di rapporti con le assicurazioni;
- d) Gestione delle convenzioni con enti pubblici o privati per attività diversa dalla libera professione dei medici;
- e) Gestione delle consulenze e collaborazioni coordinate e continuative non rientranti nell'area della Ricerca;
- f) Gestione del repertorio e registrazione dei contratti.

Un'intuizione riorganizzativa, come si vedrà, lungimirante per via dei risultati ottenuti.

L'Ufficio Affari generali, Legale e delle Assicurazioni, e questa è la storia di oggi, rappresenta il punto di contatto, il punto nodale del sistema delle relazioni tra Unità operative e dei processi amministrativi.

Il diretto rapporto con le direzioni dell'ente amplifica la portata degli interventi e dell'azione amministrativa dell'Ufficio, sempre più orientata verso la condivisione delle conoscenze e la fattiva collaborazione con le altre strutture dell'ente sia amministra-

tive sia sanitarie.

Gli stessi operatori dell'Ufficio sono costantemente impegnati a non far mancare il supporto a chi, in qualunque momento, lo chieda, in un'ottica di trasparenza e fattiva partecipazione e condivisione delle problematiche.

Il senso di affiatamento tra i componenti dell'Ufficio viene anche alimentato da periodici incontri e riunioni plenarie in cui vengono esaminate tutte le tematiche in essere e si pongono le basi per le più opportune ed efficaci azioni di intervento.

L'attuale organizzazione delle risorse umane impegnate è caratterizzata dalla presenza di personale apicale, professionalmente preparato intorno ai temi giuridici, equamente distribuito nell'ambito dei quattro macro-settori di attività:

- a) Affari legali: dott.ssa Concetta Oliviero, avv. Nunzio Carusillo;
- b) Affari generali: dott. Luciano Cetrullo, dott.ssa Nadia Scolletta;
- c) tematiche assicurative: rag. Rosa Silvestri;
- d) formalizzazione provvedimenti e registrazione atti: sig.ra Ernestina Orlandi, sig.ra Emanuela Magni.

Tutte le Unità sono coordinate dall'avv. Giuseppina Verga, dirigente dell'Ufficio, che opera in stretta collaborazione con il direttore amministrativo, dott. Roberto Midolo.

La varietà delle attività amministrative assegnate all'Ufficio determina l'interscambio della conoscenza dei processi amministrativi tra gli operatori dell'Ufficio.

Il quadro delle attività svolte è costantemente arricchito da nuove competenze e funzioni, che determinano l'esigenza di aggiornare e sviluppare il numero e la qualità dei processi amministrativi dell'Ufficio e la intercambiabilità della loro conoscenza tra gli operatori, in modo da ovviare ad eventuali criticità, che potrebbero emergere durante le fasi di sovraccarico lavorativo.

In prospettiva verrà sempre più ampliata la portata dell'attività legale, mediante lo sviluppo di interventi diretti nella gestione del precontenzioso e del contenzioso, con ciò pervenendo ad una gestione attiva e partecipata capace di ottenere un tendenziale contenimento dei costi.

Va poi evidenziato il forte impulso dato dall'Ufficio all'azione di recupero dei crediti, già ampiamente incrementato nell'ambito della gestione del patrimonio immobiliare.

Anche in ambito assicurativo sono state promosse azioni positive per lo studio di strategie di contenimento del rischio e per l'assunzione, ove possibile ed opportuno, della gestione diretta dei reclami e delle richieste di risarcimento, al fine di contenere gli eventuali esborsi, anche mediante l'utilizzo di azioni di conciliazione e transattive.

Una particolare attenzione è stata e verrà sempre più prestata anche all'aggiornamento - secondo gli standard del Sistema Qualità in uso presso l'ente - delle procedure amministrative interne, con particolare riguardo alla standardizzazione di quelle comuni alle varie Unità operative, operando, in tal senso, anche una meticolosa rivisitazione dei vari regolamenti della Fondazione.

Infine, quale ulteriore aspetto qualificante, si registra un costante sviluppo dell'attività di consulenza legale, normativa ed assicurativa per l'utenza interna e, ove attuabile, dell'attività di formazione ed aggiornamento *indoor* per gli operatori della Fondazione.

Tali attività rivestono notevole importanza alla luce dell'apporto professionale in favore del Comitato Etico, organismo, ormai ai più conosciuto, che sovrintende ai percorsi diagnostici e terapeutici di natura sperimentale e del coordinamento del C.V.S. (Comitato di Valutazione dei Sinistri), organismo previsto specificamente dalla Regione, con compiti di monitoraggio e valutazione dei sinistri derivanti da attività medica, con lo scopo di operare una dettagliata analisi delle singole vicende cliniche ed approntare le più opportune linee di condotta istruttoria, utili alla definizione del caso.

Come ben si può comprendere alla fine di questo breve excursus, l'Ufficio Affari Generali, Legale e delle Assicurazioni rappresenta il corollario di un nuovo modo di interpretare l'azione amministrativa, sempre più rivolta verso una logica di progetto e di

risultato e sempre meno condizionata dalle farraginosità di un sistema di regole formali ormai superate dall'attuale concetto generale di Pubblica Amministrazione, che assume valenza sempre più sussidiaria e di supporto.

La stima, la fiducia: inscindibili fra loro nella vita, nel discorso, nel rapporto?

ELISABETTA ZANAROTTI TIRANINI

L'essere umano è meraviglioso, ossia capace di suscitare stupore, perché in sé riesce a concentrare una miriade di sentimenti e di comportamenti, dal più sublime fino al più esecrabile. Fra essi, stima e fiducia sono due compagne assolutamente inscindibili, tanto da assumere sempre un'importanza essenziale.

Tutta la storia dell'umanità e la letteratura sono dense dell'oggetto di questo argomento, oggetto che dovrebbe essere alla base di ogni rapporto, ma ciò purtroppo non sempre si verifica proprio a causa della volubilità e precarietà del modo di agire di ognuno e delle circostanze.

Il filosofo Lucio Anneo Seneca (4 a.C. - 65 d.C) per il quale centrale è il concetto di *virtus* come vittoria della ragione sulle passioni, nella sua più celebre opera in 20 libri *Epistulae morales ad Lucilium* (*Lettere a Lucilio*) afferma che è sbagliato sia credere a tutti sia non credere ad alcuno: in pratica consiglia molta prudenza, determinata da un innato buon senso e dall'esperienza.

La fiducia viene definita come uno stato rassicurante e di benessere derivante dalla persuasione dell'affidabilità del mondo circostante percepito come ben disposto verso il soggetto, e questo determina un consapevole e gradevole abbandonarsi all'altro, mettendosi sotto la sua egida.

Secondo la *teoria dello sviluppo psico-sociale* enunciata nel 1966 dallo psicoanalista statunitense di origine tedesca Erik-Homburg Erikson (1902 - 1994) allievo di Anna Freud e specialista degli stadi di sviluppo dell'*Io*, l'intero ciclo di vita è come una successione di tappe durante le quali l'individuo deve risolvere specifici compiti evolutivi e quindi si trova di fronte a soluzioni poste in termini di alternativa basilari. Il primo di questi è un senso fondamentale di fiducia, il che presuppone l'atto del fidarsi non soltanto della figura materna e paterna, come degne di affetto, ma anche di se stesso. È stato notato che una deficienza, cioè l'assenza della cosiddetta *fiducia*

di base, si ritrova nella schizofrenia infantile e nelle personalità adulte a carattere schizoide o depresse.

Altro tipico e assai grave disturbo della personalità si riscontra puntualmente in quegli individui che mentono coscientemente sempre e su tutto, facendo dell'inganno il loro bieco e patologico stile di vita, carpando la buona fede e la trasparenza altrui, fino al momento in cui vengono smascherati e, prudentemente, isolati e/o curati.

Ma fiducia e stima nascono reciprocamente una dall'altra: la seconda è una valutazione positiva che un soggetto può avere di un altro soggetto in base a parametri soggettivi.

Tutto questo conferisce una grande correttezza e serenità al rapporto che può essere fra due o più parti, incidendo sulla sfera privata oppure anche in quella pubblica in modo assai significativo.

Negli Stati democratici, il fatto che il parlamento, organo legislativo e investito dalla volontà della maggior parte dei cittadini debba, possa o voglia esprimere il proprio voto di fiducia o di sfiducia al governo, organo esecutivo, dimostra quanta importanza abbia tale pratica regolamentata dalla giurisprudenza. A Roma e a Bisanzio in età pre-giustiniana, il termine fiducia aveva il valore concreto di garanzia reale⁽¹⁾ e designava l'effetto prodotto dal trasferimento della proprietà dall'alienante (*fiduciante*) all'acquirente (*fiduciario*), con l'esplicito accordo denominato *pactum fiduciae*, in base al quale quest'ultimo si impegna a restituire la cosa ricevuta contro la restituzione del prezzo pagato.

Il sentimento della fiducia si può esprimere in una molteplicità di modi davvero sorprendente. Con riferimento all'aspetto spirituale, si disserta di fede e questa accomuna milioni di persone appartenenti a popoli assai differenti, a qualsiasi estrazione sociale, lingua, cultura, religione, setta, età, sesso, e così via. Qualcuno ama definire la fede come un "dono", ma parlare di "dono" elargito ad alcuni (gli eletti) e non

ad altri, presuppone una forte disparità; così, una visione scettica è favorita proprio da coloro i quali prediligono razionalizzare tutto ciò che possono, offrendo l'appiglio di un valido sostegno alle loro idee più concrete e di confutazione.

D'altra parte e da sempre, la maggioranza dell'umanità ha avvertito la necessità quasi fisiologica di affidarsi a un Essere ritenuto superiore, quindi più potente o perfino onnipotente, nel quale riporre tutte le proprie speranze.

Secondo i risultati di una curiosa indagine documentata da una famosa società multinazionale dell'industria farmaceutica, una ricerca scientifica condotta alcuni anni fa da professori del Dipartimento di Scienze antropologiche dell'Università degli Studi di Genova, aveva riscontrato che la preghiera dei fedeli costituisce il "farmaco" più diffuso al mondo.⁽²⁾

Così si può spiegare l'autosuggestione collettiva che crede nella virtù taumaturgica soprattutto della preghiera e che è in grado di muovere o smuovere annualmente milioni di persone in pellegrinaggi volontari o coercitivi.

Ogni eccesso si trasforma, inevitabilmente, in fanatismo. In nome della fede religiosa o soprattutto politica e ideologica sono stati compiuti gesti eclatanti, di cui molti al servizio della carità e dell'abnegazione, ma in numero assai più cospicuo anche efferatezze e prevaricazioni di ogni tipo e quasi in ogni luogo o tempo.

La fiducia negli ideali, finché essi rimangono tali, di solito è positiva; ma concretizzare le idee sappiamo quanto sia difficoltoso, perché comporta vari sacrifici, anche del genere umano e tutto questo contravviene al principio del rispetto reciproco, della libertà e della giustizia.

La fiducia e la stima vanno conquistate, possibilmente da subito e vanno alimentate poco per volta ma costantemente con un comportamento adeguato, cioè leale. Si tratta di una ricchezza interiore così gratificante che, una volta acquisita, non si deve o non si dovrebbe mai perdere: la stima e anche l'autostima sono essenziali per una esistenza dignitosa, serena e degna di essere vissuta. È assai arduo riconquistare la fiducia persa; talvolta per minare un rapporto sono sufficienti episodi soltanto apparentemente piccoli, banali, ma comunque ripetuti e, ovviamente, importanti per il soggetto che li vive di persona; egli può, suo malgrado, confrontarli e/o confrontarsi con una

realtà che disattende le sue aspettative, sentendosi quindi in difficoltà o a disagio.

Senza presunzione, ma per esperienza dovuta all'età, si ritiene che uno degli eventi più dolorosi e più toccanti che possano succedere ad una persona, oltre alla perdita definitiva e tremenda (sebbene naturale) di congiunti e/o di amici carissimi, sia il tradimento subito, di qualsiasi tipo. In questo contesto delicatissimo e intimo, è opportuno non fare confusione; per esempio, l'infedeltà merita un discorso a parte, perché anche pur presentando altre gravi e variegata sfaccettature, mostra però la caratteristica di una maggiore soggettività, in quanto ogni caso è una situazione a sé assai particolare.

Comunque, sia nel tradimento, sia nell'infedeltà, il dispiacere, l'amarezza, la contrarietà e la collera formano un fenomeno così intenso da farci sentire disillusi, annientati, increduli e talvolta con un desiderio di vendetta, forse poco cristiano ma pienamente comprensibile.

La storia e la letteratura sono gremiti di esempi reali o immaginari, perché assai pregnanti.

Per farne uno molto conosciuto, si sa quanto è avvincente la lettura critica della *Divina Commedia* dove Dante Alighieri, dedicando la prima cantica all'*Inferno*, lo descrive come una voragine di forma conica (ovviamente con l'apice verso il basso) suddividendo il 9° cerchio, quello dei traditori veri, perfino in 4 zone, dalla prima all'ultima con gravità crescente del peccato e della punizione comminata secondo la famosa legge del contrappasso.⁽³⁾

Il custode della Giudecca, dominatore dell'*Inferno* (e peccatore punito) poteva essere soltanto Lucifero, *lo imperador del doloroso regno*, un tempo angelo splendente e bellissimo quanto poi altrettanto ribelle e infame, emblema (costituito di puro spirito) del traditore del suo Creatore e giustamente precipitato nel punto più orrido dell'abisso infernale. E invece come creatura fatta di corpo materiale, oltre ai congiurati Marco Giunio Bruto e Cassio Longino, traditori di Giulio Cesare, l'altro traditore per antonomasia è Giuda Iscariota apostolo, che da miserabile qual era, barattò per i vili e famosi trenta denari la vita del suo divino Maestro e benefattore. I tre dannati citati, i peggiori fra tutti quelli dell'*Inferno* dantesco, non sono immersi nel ghiaccio del fiume Cocito, ma spetta loro la pena più terribile: essere maciullati rispettivamente dalle tre bocche di Luci-

fero, per l'eternità!⁽⁴⁾

Ci sarebbero molti altri personaggi da ricordare nei vari canti, ma lasciando, seppure con nostalgia, le stupende e suggestive descrizioni di Dante, quasi ogni giorno veniamo a conoscenza di fatti reali che ci pongono di fronte ad un quesito piuttosto difficile: quando si deve avere fiducia e quando si rischia di cadere in qualche tranello? Tutto ciò fa parte dell'incognita della vita, perché le situazioni possono mutare repentinamente e non sempre si è sufficientemente preparati malgrado l'età e le esperienze. Diffidare di tutto rende insicuri, ansiosi e poco simpatici, mentre aver fiducia di tutto è da temerari. Sottovalutare è rischioso, ma sopravvalutare oltre ad essere comunque rischioso è anche deludente e frustrante.

Se è vero che *in medio stat virtus*, un po' di fortuna unita alla pazienza di analizzare con cura e discernimento i consigli di chi ci dimostra senza soluzione di continuità la sua stima e l'affetto disinteressato, nonché utilizzando da parte nostra il sistema delle cosiddette "tecniche ingegneristiche" cioè l'esame di incentivi-gratificazioni (assai importanti anche se solo morali), forse possono costituire una buona garanzia di tranquillità.

Note bibliografiche

1 - Garanzia reale deriva dal latino *res* (cosa). Le più comuni garanzie reali sono costituite da: pegno, ipoteca e privilegio agrario.

2 - Ricerca resa nota durante il *IV Corso superiore di aggiornamento in Fisiopatologia e Terapia del Dolore*, diretto dal prof. Mario Tiengo, dal 29 al 31 marzo 2001, Milano, Centro Comunicazioni Bayer.

3 - La 1ª zona, *Caina*, ospita i traditori dei parenti; la 2ª, *Antenora*, i traditori della patria o del partito; la 3ª, *Tolomea*, i traditori degli amici e degli ospiti; infine la 4ª, *Giudecca*, i traditori dei benefattori. Tutti i dannati di queste 4 zone sono immersi (in posizioni differenti) nel duro ghiaccio del fiume Cocito, perché ebbero animo altrettanto duro e freddo.

4 - Lucifero o Dite fuoriesce dal ghiaccio dal mezzo del petto in su ed è di gigantesca statura. È descritto con tre facce: l'anteriore vermiglia che maciulla Giuda Iscariota il quale è anche terribilmente graffiato dalle mani del demonio; la destra gialla e la sinistra nera.

La saggezza: un complesso problematico di memorie, di aspirazioni, di esclusioni

NINO SAMBATARO

Nell'immaginario comune, la parola "saggezza" richiama alla mente qualcosa di antico, oppure qualcosa di lontano (anche geograficamente). Già nel Settecento, si parlava della figura, quasi leggendaria (e spesso oleografica), del "saggio cinese"⁽¹⁾.

In Occidente invece, la saggezza ha avuto fortune alterne. I Greci erano sapienti, ma raramente saggi. Tutta la filosofia dell'"età tragica" ha poco o quasi nulla a che vedere con la saggezza. Nelle tragedie greche, è vero, i cori erano la voce della saggezza, o almeno del buon senso. Ma i cori erano spesso inascoltati ed impotenti di fronte all'azione che si compiva ineluttabilmente.

La saggezza ha infatti contenuti etici, valori morali. È conoscenza arricchita da un *ethos*. Spesso è dotata di senso pratico. Il saggio è spesso anche uno stratega, un politico, un "uomo di mondo", in un certo senso.

I Greci dell'età classica invece preferivano essere sapienti. Giocavano con la morale e spesso se ne ritenevano superiori. E questo, di frequente, li portava a fare una brutta fine. Ma era il prezzo da pagare alla loro visione della vita: l'Aiace di Sofocle, prima di uccidersi, esclama che per il valoroso è conveniente vivere gloriosamente oppure morire gloriosamente⁽²⁾. Spazio per le vie di mezzo, come si vede, non ce n'è. Ma a parte questa visione tragica, per cui ogni saggezza risultava inutile, la Grecia classica ha prodotto il sofismo, la forma più spregiudicata di sapienza.

Nell'enciclopedica opera di Erodoto sono pochissimi gli esempi di vera saggezza. In particolare si cita spesso il caso di Tello l'Ateniese, il quale veniva considerato l'uomo più felice del mondo perché era vissuto in salute sino alla vecchiaia ed aveva visto i suoi figli crescere e sposarsi. Era cioè una persona saggia, perché aveva capito che la felicità sta nelle "piccole" cose quotidiane e non nella ricchezza smodata⁽³⁾.

Ma forse più famoso ed esemplificativo del modo

di pensare dei Greci (o almeno dei più Greci tra i Greci) è un altro episodio, citato da Tucidide nella sua "Guerra del Peloponneso". È celebre come "Discorso degli Ateniesi ai Meli". Poiché infatti i Meli non avevano subito aderito alla lega di Atene contro Sparta, ma erano rimasti neutrali, gli Ateniesi decidono di passare tutti gli uomini per la spada e, di fronte alle rimostranze dei Meli, che imploravano l'aiuto degli dei e delle leggi, accusando gli Ateniesi di venire meno ad ogni convenzione umana e civile, si sentono rispondere che gli Ateniesi potevano permettersi di essere così crudeli semplicemente perché erano più forti. Ed arrivano addirittura ad affermare che i Meli, nelle stesse condizioni, si sarebbero comportati allo stesso modo.

Per Socrate la saggezza consiste nel "sapere di non sapere".

Più morale è l'impostazione di Platone e di Aristotele. Platone considera la saggezza essenzialmente *sophrosyne*, temperanza. Aristotele la fa rientrare tra le virtù dianoetiche, e la considera condizione indispensabile per ottenere una vera sapienza e quindi la felicità⁽⁴⁾.

Con il sorgere dei grandi sistemi filosofici "moralisti", l'epicureismo e, soprattutto, lo stoicismo, la saggezza acquisisce grande importanza. Si può dire che lo stoicismo, più che ricerca teoretica, fosse una filosofia della morale. L'uomo doveva conformare la propria vita al *logos*. E questo implicava una condotta di vita improntata alla giustizia, all'equità ed alla "razionalità". Per questo lo stoicismo, dopo un'iniziale diffidenza, divenne la filosofia "ufficiale" dei Romani. E Seneca e Marco Aurelio, i massimi esponenti dello stoicismo romano, più che veri e propri filosofi, furono grandi saggi e, non a caso, si occuparono di politica⁽⁵⁾.

Il cristianesimo, in parte, si appropria del patrimonio della saggezza stoica (anche se non lo riconosce volentieri). Ma anche i cristiani non hanno un

rapporto sempre facile con la saggezza. Del resto la figura stessa di Gesù, predicando un sovvertimento generale dei valori, esprime una forma di saggezza che è di qualità diversa e si muove sul piano del paradosso. Per cui il più povero è in realtà più ricco ed il più debole più forte⁽⁶⁾. Saranno in parte i Padri della Chiesa e la Chiesa stessa ad istituzionalizzare il messaggio cristiano, rendendolo più “normale” e “borghese” e rendendolo una forma di “saggezza” più comune e meno paradossale. Ma i santi, che sono spesso “immagine” di Cristo, ripropongono un ideale di saggezza socialmente sconveniente. Si può parlare di “santa follia”, ed il caso più eclatante è quello di san Francesco, che rinuncia a tutti i beni del mondo, senza moderazione.

Dicevamo della saggezza orientale. Dovremmo dire, più specificamente, cinese. Lo “stereotipo” del saggio è cinese. Sia esso taoista o confuciano. In effetti, la Cina è stata capace di creare una sintesi potente tra speculazione e morale: il taoista (come lo stoico con il *logos*) conforma la sua vita al Tao, la *via*. Molte sono le analogie tra *taoismo* e *confucianesimo* da una parte e stoicismo e cristianesimo dall'altra. Anche se, in realtà, fondamentali sono soprattutto le differenze tra il taoismo ed il confucianesimo. Nel Tao Te King si propone un ideale di vita appartata, si parla di una filosofia della non-azione: il saggio vive nascosto, indifferente alle contingenze della vita. Per Confucio invece l'uomo giusto ha il dovere di occuparsi del bene comune, dell'educazione, dell'amministrazione, dello Stato⁽⁷⁾.

Spesso si confondono gli asceti indù, i rishi, con i saggi. In realtà, a differenza dei saggi cinesi, gli asceti indù hanno atteggiamenti e comportamenti tutt'altro che ponderati. Essi sono spesso incredibilmente irascibili e la loro ira è terribile. Se si vuole ricercare una saggezza nella loro condotta, essa sta proprio nel tentativo di superare la saggezza stessa (insieme a tutte le altre cose e concezioni umane)⁽⁸⁾.

L'India produce però il buddismo. Buddha, l'Illuminato, il Risvegliato, rappresenta il saggio per eccellenza. Ostinatamente contrario alla speculazione, egli si propone “semplicemente” di liberare l'uomo dalla sofferenza. E la differenza principale tra la sua dottrina e la gran parte delle morali a lui

contemporanee sta nella moderazione e nell'equilibrio proposte dal Bodisattva⁽⁹⁾.

La saggezza oggi ha subito la stessa sorte della filosofia e della religione nella modernità. In alcuni casi è stata ridotta ad una serie di conoscenze pratiche (da proporre magari in un master), oppure in un atteggiamento puramente esteriore. Nei paesi anglosassoni, più portati al pragmatismo, alla saggezza si è sostituito da tempo un solido “common sense”, “comune buon senso”.

Dopo il ciclone romantico, con l'ideale di una vita eroica e tragica, che disprezzava la saggezza, la storia del Novecento si è svolta in modo tutt'altro che “saggio”. Le grandi ideologie del secolo scorso, totalizzanti, pretendevano di regolare anche la vita privata ed intellettuale dell'individuo.

La crisi del “pensiero forte”, dall'altra parte, ha portato ad un relativismo etico (spesso di bassa lega), che, svalutando tutte le esperienze filosofiche e religiose, finisce con lo svuotare la saggezza dei contenuti etici e morali, per ridurla ad una tecnica.

In questo senso risulta significativo il corso preso dall'istruzione anche in Italia. Mentre alla religione si concede al massimo un'ora alla settimana, la filosofia si insegna solamente in alcune scuole superiori. La cultura odierna continua ad essere sostanzialmente di tipo tecnico, specialistico. A molti individui, in questo modo, non solo manca una “visione delle cose”, ma si preclude anche la possibilità di formarsela. Del resto, si parla più propriamente di istruzione che di educazione; ed un insegnante è tanto più apprezzato quanto più riesce ad essere asettico e neutro.

In questo modo, mancando punti di riferimento culturali, quando anche il contesto familiare non è in grado di fornire una vera educazione, il risultato è quello di un conformismo diffuso.

La televisione infatti imperversa con le sue risse e la sua volgarità, ammantate di perbenismo e luoghi comuni.

La parola “saggezza” oggi è più che mai lontana e confusa. Le persone più “intraprendenti” e culturalmente “attrezzate” se ne producono una, gli altri seguono le mode culturali del momento, adeguandosi.

La saggezza, come abbiamo visto, non è fatta solo di saperi; è più complessa, più problematica, più

ampia (più umana). Se pretendiamo di avere una scienza totalmente asettica, se costruiamo un sistema educativo che insegni ma che non educi, dobbiamo per forza di cose rinunciare alla saggezza stessa.

Note bibliografiche

1 - *L'Europa del Settecento*, L. Guerci, Utet, 1988, p. 63

2 - *Aiace*, Sofocle, 479-480

3 - In *Storie*, Libro I, XXX, Erodoto, si legge: Proprio per queste ragioni dunque e per conoscere, uscito dalla patria, Solone giunse in Egitto presso Amasi, e appunto anche a Sardi presso Creso. Una volta giunto, fu accolto nella reggia di Creso; e poi, il terzo o quarto giorno, su ordine di Creso i servitori condussero Solone per i tesori e gli mostrarono tutto ciò che era grande e sontuoso. Dopo che lui ebbe visto e osservato tutto, quando fu per lui il momento opportuno, Creso fece queste domande: "Ospite ateniese, ci è giunta su di te una grande rinomanza sia per la tua saggezza sia per il tuo viaggiare, poiché per amore del sapere hai percorso molte regioni per osservare; ora dunque mi è venuto il desiderio di chiederti se hai già visto qualcuno più felice di tutti. Mentre lui sperando di essere il più felice degli uomini gli faceva queste domande, Solone invece senza adularlo affatto ma attenendosi al vero disse: "O re, Tello l'Ateniese". Creso, meravigliatosi per ciò che era stato detto, chiese ansiosamente: "Come stimi che Tello sia il più felice?". E lui disse: "Tello da una parte, mentre era fiorente la città, aveva ottimi figli, e vide a tutti loro nascere figli e rimanere tutti vivi, dall'altra, mentre era in questa buona condizione di vita, come avviene tra noi, gli sopraggiunse una fine della vita molto gloriosa. Sopraggiunta agli Ateniesi la battaglia contro i vicini a Eleusi, dopo essere accorso e aver volto in fuga i nemici, morì assai gloriosamente, e gli Ateniesi lo seppellirono a spese dello stato proprio là dove era caduto e lo onorarono grandemente".

4 - Platone parla del concetto di "sophrosyne" nel *Carmide*, nel *Gorgia* e nel IV libro della *Repubblica*. Aristotele espone i concetti relativi alle virtù dianoetiche principalmente nei trattati *Etica Eudemia* ed *Etica Nicomachea*.

5 - La bibliografia di Seneca, che fu precettore e consigliere dell'imperatore Nerone, è molto ampia. Ci basti qui citare l'opera morale, in forma epistolare, *Lettere a Lucilio*. Di Marco Aurelio, imperatore tra il 161 ed il 180, ricordiamo i bellissimi *Pensieri*, scritti in greco, nei ritagli di tempo durante le sue campagne militari contro le popolazioni barbariche dei Quadi e dei Marcomanni.

6 - Esemplicativo di questo capovolgimento etico è il celeberrimo *Discorso della montagna*.

7 - *Storia delle credenze e delle idee religiose*, Vol. II, M. Eliade, Bur, 1980, pp. 33-34

8 - Queste figure di asceti indù sono talmente stravaganti da divenire spesso soggetto di racconti mitologici. Per questo rimandiamo, ad esempio, a *Miti dell'India*, A. Danielou, Bur, 2002, p.273

9 - *Buddha e il buddismo*, O. Botto, Mondadori, 1974, pp. 24-26

Libertà: un diritto?

FRANCESCA MARIA EULISSE

*“Cercare e saper riconoscere chi e cosa,
in mezzo all’inferno, non è inferno,
e farlo durare, e dargli spazio”.*
(da *Le città invisibili*, Italo Calvino)

L'uomo per strani meccanismi percettivi e psicologici tende a vedere negli scenari naturali emozioni, sentimenti e concetti che gli appartengono. La natura, cioè, sembra far specchio ai moti interiori della sua anima. Una tempesta di neve suscita un senso di paura, una campagna toscana un senso di pace e tranquillità, un cielo stellato un senso di amore romantico. Ricordo allora nella mia mente un'immagine che possa corrispondere all'idea di libertà. La prima immagine che mi salta in mente è quella del mare. A conferma che questa suggestione non sia del tutto soggettiva e personale riaffiorano alla memoria le parole del celebre poeta francese Baudelaire: “Uomo libero amerai sempre il mare! Il mare è il tuo specchio: contempi la tua anima nel volgersi infinito dell'onda che rotola e il tuo spirito è un abisso altrettanto amaro”. Perché dal mare nasce il sentimento della libertà? Forse per l'ampiezza delle distese d'acqua, per l'orizzonte lontano ma sempre presente, per l'incapacità di poter contenere entro uno sguardo unico l'intero scenario.

Parlare della libertà significa confrontarsi con un tema che percorre tutta la storia della filosofia, dalle sue origini greche fino al pensiero contemporaneo, passando per l'età medievale e l'epoca moderna. La libertà appartiene a quella grande famiglia di concetti astratti, tanto amati dai filosofi, che non si lasciano facilmente racchiudere in una definizione univoca. I suoi confini sono sfumati e le sue manifestazioni esteriori sono molteplici: la libertà politica, la libertà di religione e coscienza, la libertà di parola e opinione. La loro condizione di possibilità è da ricercarsi nella libertà dell'individuo, che, considerata per secoli un privilegio per pochi eletti, con la Rivoluzione francese è diventata un diritto inalienabile riconosciuto a tutti.

Quando si parla di libertà dell'individuo, a che cosa si pensa? Quando si realizza? Credo alla libertà individuale come unione della dimensione teoretica e di quella pratico-morale. La libertà dell'individuo è, da una parte, “libertà da” limiti e condizionamenti esterni e interiori; dall'altra “libertà di” compiere delle scelte consapevoli che orientino l'azione nel mondo. Mi sembra, tuttavia, che al giorno d'oggi questa duplice natura della libertà non sempre sia riconosciuta e che si sia diffusa una versione volgarizzata e superficiale di questo nobile concetto. Viviamo in quella parte di mondo che si proclama a gran voce terra di ogni libertà. In particolare, spesso si fa appello alla libertà dell'individuo per giustificare azioni, comportamenti, stili di vita che colpiscono l'attenzione dell'opinione pubblica. A tale proposito, mi sembra che la società dei consumi sia disposta ad accettare l'affermazione della libertà individuale come libertà di “poter fare quello che si vuole”. Credo che questa visione sia rafforzata dall'idea che ciascun individuo ha il diritto alla ricerca della felicità personale. Per essere felice è lecito poter fare quello che si vuole. Tuttavia, dal mio punto di vista, la libertà intesa come “poter fare tutto quello che si vuole” assume il valore che può avere uno slogan pubblicitario.

In primo luogo, tale seducente concezione è apparenza e superficialità perché insegue un modello perfetto di vita, quale appunto riceviamo dai cartelloni pubblicitari, ma poco realistico. Se pensiamo alla libertà individuale in questi termini, infatti, è evidente che rimangono esclusi tutti coloro che per svariati motivi non possono essere felici e non possono fare quello che vogliono a causa della loro condizione fisica, psicologica, economica. Penso ai malati, ai poveri, alle vittime di violenze e soprusi e a tanti altri infelici che affollano le schiere degli emarginati nell'edonismo consumistico della società contemporanea.

In secondo luogo, l'idea della “libertà di fare quello che si vuole” genera irresponsabilità, espressione di un antropocentrismo negativo che assegna all'uomo, centro del creato, la possibilità di imporre la propria

superiorità rispetto ad ogni altro essere animato o non animato. La libertà del singolo individuo non può prescindere da una parte dalla sua appartenenza al genere umano e quindi dal rispetto della libertà degli altri individui e della società di cui gli individui fanno parte, dall'altra dal riconoscimento delle proprie origini naturali e quindi dal rispetto per gli altri esseri viventi e non viventi. Come Italo Calvino, anch'io "propendo per una concezione dell'uomo come non staccato dal resto della natura, di animale più evoluto in mezzo agli altri animali, e mi sembra che una tale concezione non abbassi l'uomo, ma gli dia una responsabilità maggiore, lo impegni a una moralità meno arbitraria, impedisca tante storture". Se, in nome della libertà di poter far quello che si vuole, l'uomo dimentica le proprie origini naturali, innalzando falsi pregiudizi antropocentrici, l'ordine che impone al mondo è in realtà un disordine insensato e colpevole, fondato sulla sopraffazione, sulla violenza e sull'ipocrisia. L'uomo libero non è chiuso egoisticamente in se stesso ma responsabilmente proteso verso l'esterno e l'avvenire, disposto al confronto, al dialogo, capace di costruirsi un percorso d'azione e di conoscenza che passa attraverso scelte consapevoli e meditate. La posizione che l'uomo occupa all'interno della natura, come animale non separato dagli altri esseri viventi ma anche più evoluto, non rappresenta una ricerca narcisistica umana, ma è da considerare piuttosto come uno stato di maggiore responsabilità e di moralità nei riguardi degli altri viventi: l'ordine da ricercare è quello di una razionalità che stabilisca una integrazione tra uomo e società e tra uomo e natura, una continuità tra tutti gli esseri viventi senza creare false dicotomizzazioni. L'uomo libero è colui che sa compiere delle scelte non brancolando nel buio con gli occhi bendati, ma dopo aver analizzato la situazione da molteplici punti di vista. A tale proposito, mi piace pensare che la conoscenza sia uno dei pilastri che sorreggono la realizzazione della libertà. Effettivamente, concordo con sir Francis Bacon nell'affermare che "sapere è potere", intendendo quest'ultimo verbo non come espressione di una autoritaria volontà di comando ma come realizzazione di una consapevole e razionale condotta di vita. Ogni uomo è immerso in un contesto in qualche modo deterministicamente caratterizzato: ci sono dei fattori che non si possono cambiare a proprio piace-

re, come la condizione fisica, altri che possono subire dei mutamenti di diverso grado, come la natura psicologica, lo stato economico e sociale. Io mi sento libera se, dopo un lungo percorso di studio e conoscenza nel mondo interiore e in quello esterno, riesco un pochino a comprendere la mia situazione e a impostare la mia vita sfruttando al meglio proprio quello che la vita mi ha offerto. La libertà è un percorso sempre in atto, una ricerca che non conosce soste, è un orizzonte che sfugge sempre ma che è sempre presente, come quello marino di Baudelaire. È per questo che il sentimento che accompagna la libertà è la malinconia: desiderio di qualcosa che sappiamo non potrà mai completamente essere nostro perché lontano nel tempo o nello spazio.

Mi piace, tuttavia, pensare che ogni tanto anche il determinismo che permea le nostre vite subisca degli scacchi e che proprio quelli siano i momenti in cui è possibile ritagliarsi uno spazio di libertà. È per questo che mi è tanto cara l'immagine della libertà offerta da Lucrezio in alcune pagine del *De rerum natura*, grandiosa impresa di offrire in vesti poetiche la filosofia di Epicuro. Il mondo degli atomi, perfettamente ordinato e deterministicamente caratterizzato, sembra escludere ogni possibilità di libertà. Per poter affermare la tesi della libertà dell'uomo, Lucrezio inventa un espediente poeticamente affascinante e logicamente attraente, il *clinamen*. Infatti, l'autore nel momento in cui spiega le rigorose leggi che determinano ogni evento, sente il bisogno di permettere agli atomi delle deviazioni imprevedibili dalla linea retta, tali da garantire la libertà tanto alla materia quanto agli esseri umani.

Infine: "se sempre ogni moto è connesso agli altri, e dal vecchio sorge (sempre) il nuovo, con ordine determinato, né con la declinazione, i principi delle cose possono creare una sorta di inizio, che spezzi le leggi del fato, ché da tempo infinito non segua causa da causa, donde viene, nel mondo per gli esseri vivi la volontà, indipendente dal destino, libera, per cui ci muoviamo là, dove guida ciascuno il piacere, declinando i nostri moti non in tempo determinato, né in determinata porzione di spazio, ma quando decide l'intelligenza?"

All'uomo non resta che creare, attraverso un percorso di ricerca infinita, degli spiragli per l'espressione della libertà propria e degli altri.

Nel ricordo di Alessandro Pellegrini

ETTORE VITALI

Il 21 settembre si è chiuso il 41° Convegno di Cardiologia 2007. Quasi 2000 iscritti che hanno riempito per cinque giorni il centro congressi della Fiera di Rho. Ormai il “Corso” del De Gasperis è probabilmente l’evento più atteso e seguito nel campo della cardiologia e cardiocirurgia italiane.

Ma il successo dell’evento che sottolineava il ruolo del Centro De Gasperis nel panorama della sanità pubblica italiana non riusciva a colmare una sensazione di vuoto in tutti coloro che erano presenti.

Per la prima volta, dal 1967, non era presente il professor Alessandro Pellegrini, l’uomo che insieme al professor Fausto Rovelli aveva portato il De Gasperis e il suo “Corso” ad essere punto di riferimento nazionale nella cura delle malattie cardiovascolari.

Alessandro Pellegrini è mancato all’inizio dell’anno. A dicembre eravamo stati insieme qualche giorno a Roma dove in occasione del congresso nazionale dei cardiocirurghi italiani aveva ricevuto l’ennesimo premio alla sua straordinaria carriera. Aveva portato la cardiocirurgia italiana dal pionierismo degli anni 50 all’eccellenza della fine degli anni ‘90.

È inutile ricordare i suoi meriti scientifici e i tanti primati raggiunti in 40 anni di lavoro a Niguarda. Tutti, i cittadini, i pazienti, i colleghi, li conoscono a Milano, in Italia e nel mondo.

Alessandro Pellegrini è stato un grande chirurgo e un medico fuori dal comune, ma questo è potuto essere perché era prima di tutto una persona eccezionale. Ed è di questo che voglio parlare, dell’uomo che per me è stato un maestro di vita prima che di chirurgia.

Il suo grandissimo senso di appartenenza al De Gasperis, visto come una squadra che produce cultura e cure nello stesso tempo, è stato il primo insegnamento che mi ha trasmesso; la consapevolezza che anche il più grande chirurgo, e lui lo era, non è nessuno se non riesce a lavorare e condividere la propria passione e professionalità con gli altri che gli stanno fisicamente e scientificamente vicini.

Mi ha insegnato la totale dedizione al lavoro inteso come servizio verso il paziente che non poteva essere influenzato da nulla se non dalle competenze tecniche e dalle considerazioni morali.

Il professore era particolarmente orgoglioso della medaglia d’oro al merito della sanità pubblica ricevuta in tempi in cui veniva data per meriti non politici; era l’icona di un impegno quotidiano e faticoso a combattere contro le malattie dentro l’Ospedale di Niguarda quando le liste d’attesa erano incompatibili con la sopravvivenza dei pazienti ed era evidente la necessità e la difficoltà di un professionista che deve interfacciarsi con il potere politico che ha ben altro in testa. Gli ospedali non erano ancora aziende ma per potere lavorare, cioè curare, occorreva avere risorse umane e materiali e questo non era sempre così scontato. Bene, il professor Pellegrini, mantenendo sempre la sua indipendenza politica, con la forza della sua professionalità, riusciva sempre o quasi a trovare interlocutori che potessero aiutarlo a curare i suoi pazienti.

Ma la vera forza di Alessandro Pellegrini è stata la sua onestà intellettuale. La capacità di essere sincero con se stesso e con i suoi interlocutori, fossero essi i colleghi, i pazienti, le istituzioni, i collaboratori o gli amici. Dire la verità e pensare di conseguenza è difficile, oggi quasi impossibile, ma è l’unica cosa che paga. Forse per questo il De Gasperis, Pellegrini e la sua scuola sono stati sempre visti come una sorta di garanzia nella cardiocirurgia italiana, la certezza di un mondo, un’opinione e una posizione super partes in senso scientifico, tecnico e morale.

Il concetto che se le cose vanno bene è merito di tutti ma se qualcosa non va è colpa del capo non è così scontato. Io l’ho appreso da lui e non me ne dimenticherò mai.

Se sono il più giovane presidente della Società Italiana di Cardiocirurgia, ospedaliero in una realtà da sempre fortemente condizionata dalla componente universitaria, lo devo a lui e all’immagine che

lui ha trasmesso della sua scuola. È come se il presidente fosse lui.

Permettetemi una considerazione molto personale ma che mi ha fatto meditare tante volte in questi anni: Pellegrini a 36 anni, primario della prima cardiocirurgia d'Italia con in carico il fardello di farla funzionare.

Mi sono immaginato le notti insonni a pensare all'intervento del giorno dopo, senza rete, lui era il migliore e non c'era nessuno a cui poter chiedere un eventuale aiuto; un uomo solo al comando. Solo un grande chirurgo e un uomo eccezionale potevano superare questa prova.

E voglio concludere con le sue parole pronunciate al 30° corso del Gasperis e che rappresentano il passato, il presente ed il futuro del De Gasperis: ... “Nel corso degli anni il nostro atteggiamento è sempre stato quello di privilegiare l'apertura verso il miglioramento e verso il progresso. In questo percorso siamo stati sostenuti dalla consapevolezza di svolgere una professione che trova in se stessa una sufficiente gratificazione , capace di annullare qualunque sensazione di fatica, di stimolare verso acquisizioni sempre più avanzate , di vivere il progresso come una condizione intrinseca della nostra attività.”

In queste parole c'è il senso di quanto ci ha lasciato e del suo valore umano e professionale.

Per finire, il professore mi aveva chiesto tante volte di dargli del tu e io non sono mai riuscito, Lui era il Maestro, lasciatemelo fare adesso, lo apprezzerà.

Ciao Sandro, cerca di starci vicino.

Ricordiamo insieme Vincenzo Bevacqua

GIORGIO COSMACINI

Settembre, andiamo, è tempo di migrare...

Il tempo del vivere di Vincenzo Bevacqua è finito l'8 settembre; il tempo del suo morire è durato due mesi, scandito in fretta da un male inguaribile. In lui, medico e uomo di lettere, il supremo incontro è stato vissuto sull'esempio di molti grandi, consegnatoci dalla letteratura: in silenzio. *L'aurea taciturnitas*, propria dell'anzianità importante elogiata da Cicerone, è stata l'estremo lascito di Bevacqua ai suoi conoscenti e amici. Se n'è andato con un *silentium loquens* più eloquente e struggente di ogni addio scritto o parlato.

Vincenzo Bevacqua, vocato a una medicina nobile, sintesi di scienza e umanità, è stato negli anni giovanili uno dei migliori allievi, al Granelli, di Enrico Poli, maestro di metodo clinico. Da lui ha imparato il rigore metodologico, la saggezza dell'*homo sapiens* e l'umiltà socratica di "sapere di non sapere". Libero docente di patologia speciale medica, Bevacqua ha dato al Policlinico tutti quanti i suoi anni di professione valente e intemerata, spesa in corsia, in laboratorio, in aula di lezione. Egli è stato soprattutto - e tale si sentiva - un "medico di sala", legato ai malati, molti dei quali lo ricordano come vero "curante".

Con lo stile riservato, amichevole, appartenente al suo genoma, ha fatto più volte "da spalla" a questo e quel direttore sanitario, particolarmente vicino al compianto Luigi Marangoni. Dalla finestra del suo ambulatorio, che negli anni precedenti il pensionamento s'affacciava dall'alto sulla via Francesco Sforza, indicava a un visitatore come me, nei bei giorni di sole, l'armonia cromatica tra cosmo e architettura, tra l'azzurro del cielo e il rosseggiare dei mattoni dell'antica Ca' Granda.

Bevacqua *l'era òn sciòr*. Milanese "di origine controllata" e di rango elevato, amava molto la propria città. Aveva incominciato ad amarla fin da bambino, guardandola dall'alto, dalla terrazza in cima alla

sua casa di famiglia, in corso Buenos Aires. Aveva fatto i suoi studi di adolescente all'Istituto Gonzaga, in via Vitruvio, e gli piaceva rievocare gli anni prebellici e la sorridente presenza in Istituto di don Carlo Gnocchi, padre spirituale. Dopo essersi distaccato dall'attività ospedaliera, peraltro, Milano aveva iniziato a guardarla non più dall'alto, ma da sotto in su. Nei suoi tre libri intitolati *Milaninaria* (l'ultimo dei quali, postumo, è sotto i torchi dell'editore Vienneperre) egli ci mostra una Milano "aerea", librata sul paesaggio "terreno" della convulsa metropoli di cui facciamo esperienza ogni giorno.

Per vedere quest'altro paesaggio, come Bevacqua c'insegna, bisogna alzare la testa. "Ho incominciato a conoscere Milano cominciando dalla parte che stava per aria", scrive all'inizio di un itinerario "percorso a naso in su", per lungo tempo, "come se Milano fosse città da fiutare". Il suo metodo è stato tanto semplice quanto originale: andare per via, da viandante cittadino, a leggere targhe, insegne, numeri civici, a osservare ringhiere, finestre, poggianti, timpani, a curiosare attraverso spiragli di verde e di azzurro, apparentemente insignificanti. "Questo punto insignificante", scrive Bevacqua citando Pascal, "può comprendere l'universo intero".

In questo universo della memoria continua a vivere Vincenzo Bevacqua, in una durata esistenziale che va ben oltre il tempo oggettivo, fisico, serbatogli dal destino. È in questo luogo metafisico che a noi piace pensarlo, a noi della rivista "la ca' granda" che ne ha ospitato tante pagine sapide e sapienti. Riteniamo d'essere interpreti, dal direttore responsabile a tutti i collaboratori, del pensiero di quanti conservano di lui, grato, il ricordo. Lo testimoniamo alla signora Rebecca Bevacqua Behar, che serba con l'eredità di affetti un patrimonio intellettuale e morale a lungo condiviso.

Recensioni

Livia Crozzoli Aite, Roberto Mander (a cura di), *I giorni rinascono dai giorni. Condividere la perdita di una persona cara in un gruppo di auto-mutuo aiuto*. Paoline Editoriale Libri, Milano 2007, pagg. 423, euro 20,00.

Col suggestivo titolo “I giorni rinascono dai giorni”, tratto da una lirica di Mario Luzi, i curatori del volume Livia Crozzoli Aite (analista junghiana, fondatrice e presidente dell’Associazione Gruppo Eventi) e Roberto Mander (formatore e membro della suddetta Associazione) interpretano in modo poetico il senso di una riflessione sul tema del lutto che coinvolge le persone colpite da una grave perdita.

La possibilità di condividere e di rielaborare il lutto personale viene proposta attraverso un processo definito di Auto-Mutuo Aiuto (AMA), vale a dire mediante l’interazione in gruppo di persone che vivono una medesima condizione di sofferenza che si riuniscono volontariamente per affrontare insieme il loro disagio.

Questa forma di sostegno in gruppo ha conosciuto anche in Italia un notevole sviluppo nell’ultimo decennio e ha dato luogo a numerose iniziative in campo medico e psicosociale, con distinti obiettivi correlati a diverse situazioni di crisi esistenziale, dalla lotta contro le dipendenze patologiche all’elaborazione del lutto; con diversi metodi organizzativi, se gestiti da

operatori o autogestiti; in collegamento o meno con le strutture pubbliche.

In particolare la diffusione dei Gruppi AMA per il lutto è testimoniata oltre che da un crescendo di pubblicazioni, di corsi di formazione per organizzatori/conducenti, anche da siti italiani ed esteri di lutto on-line (Appendice I, pag. 399) dove gli interessati possono trovare informazioni e sostegno.

Il testo comprende il contributo di una quarantina di autori di varia professionalità e di volontari detti “facilitatori”, tutti appartenenti a diversi Gruppi AMA, con sedi diffuse in tutta Italia (appendice II, pag. 403).

Va precisato che, sebbene prevalga l’apporto di psicoterapeuti, il Gruppo AMA non viene proposto come strumento clinico, né legato alla professionalità degli operatori che lo gestiscono. Come indicano le definizioni, i Gruppi AMA: “... sono di solito costituiti da pari che si riuniscono per assicurarsi reciproca assistenza”. E ancora: “Il gruppo di auto-mutuo aiuto non è una forma di trattamento o una tecnica, ma piuttosto un contesto di cura e di costruzione di una filosofia dell’uomo e dell’azione sociale e una valorizzazione delle potenzialità e delle risorse umane esistenti” (pag. 23).

Di fronte al rapido sviluppo di tanti Gruppi AMA per il lutto, vengono spontanee due domande: come mai tale forma di aiuto ha ricevuto interesse, organizzazione,

formazione in tempi recenti rispetto alla più lunga tradizione propria del contesto anglo-americano? Come mai si è affermata la puntualizzazione sul tema della morte e del lutto?

Per quanto concerne il lavoro di gruppo, tale esperienza con obiettivi di socializzazione, di educazione popolare era già decollata in Italia negli anni 50/60 in uno specifico ambito operativo, quello del Servizio sociale, attività che aveva mutuato dalla prassi americana il metodo operativo fondato sulle nuove scienze psicosociali, a superamento delle vecchie forme di assistenzialismo.

Si trattava di un lavoro innovativo nella nostra società dove mancava la cultura del lavoro di gruppo su base democratica, mentre l’esperienza popolare era piuttosto legata alla piccola comunità di paese, di parrocchia, dove tutti si conoscevano e gli eventi della vita erano condivisi.

Nel dopoguerra il lavoro di gruppo era utilizzato prevalentemente negli ambienti di edilizia popolare, spesso coacervi di persone senza un comune passato, allo scopo di favorire l’integrazione dei partecipanti e il loro ruolo attivo nella soluzione dei problemi collettivi.

Questo filone si è spento a seguito dell’evolversi dell’organizzazione sociale, delle innovazioni portate dal progresso tecnologico e scientifico nonché dall’appropriarsi del “sociale” da parte di professioni

emergenti in campo psicologico e sociologico, ciò che ha favorito un approccio più clinico ai problemi psicosociali delle persone.

Tuttavia, di fronte alla crescente pluralità dei bisogni, non sostenibili economicamente dai Servizi con interventi professionali individualizzati, si è fatta strada, negli anni '90, l'idea di dover meglio utilizzare le risorse presenti nella comunità attraverso un lavoro di rete per affrontare, in collaborazione tra attori sociali e istituzionali, i diversi problemi emergenti, in particolare quelli di sostegno psicologico nei confronti di persone accomunate da medesime difficoltà emotive, ma non di stretta natura patologica. Si riteneva cioè di dover trovare adeguata risposta e supporto nell'uso delle risorse delle persone stesse e del loro ambiente.

È interessante notare, come scrivono E. Nutile e F. Tulli (pag. 161) che l'idea di utilizzare la metodologia dell'auto-mutuo aiuto come esperienza innovativa in un dipartimento di salute mentale, si fosse affermata non solo per l'esigenza di rinnovare il repertorio degli interventi di fronte agli aumentati e diversificati bisogni della gente, ma anche a motivo delle ridotte risorse economiche del Servizio.

Come spesso accade, il bisogno spinge a cercare e a scoprire nuove risorse, magari disponibili, ma non riconosciute, a valorizzare insospettite energie con la conseguenza di aumentare la capacità dei singoli di far fronte agli eventi critici e di far sperimentare, altresì, come è proprio dei Gruppi AMA, l'appartenenza sociale, l'aiuto reciproco contro l'emargi-

nazione, la solitudine e l'individualismo che caratterizzano la cultura del nostro tempo.

L'altra riflessione che la lettura può suscitare riguarda i motivi per cui la metodologia dei Gruppi AMA si sia sviluppata con particolare intensità sul tema del lutto. Come argomentano G. Morelli e G. Ferrarese (pag. 182) la morte, nella società moderna, non costituisce più un'esperienza sociale e collettiva, mentre nel passato il lutto con i suoi riti rappresentava la partecipazione della comunità al dolore per la perdita di un suo componente.

Oggi l'esperienza del lutto sembra essere celata. Tutto ciò che riguarda la morte deve essere espletato rapidamente; la partecipazione al cordoglio tende ad evitare le emozioni eccessive; l'aiuto ai dolenti è volto a far reagire, a ripristinare subito il normale ritmo quotidiano. Il lutto diventa un problema individuale e ciascuno deve farsene carico senza autocommiserazione; anzi, deve cancellarne i segni, l'esternazione per non sentirsi inadeguato alle richieste della società che stigmatizza la tristezza e il lutto prolungato. Ma la ferita c'è, poiché l'evento luttuoso coinvolge tutto l'essere umano, corpo, intelligenza, emozioni.

Reprimere il lutto può diventare una malattia.

Contro questo rischio si muovono i Gruppi AMA.

Il testo rispecchia la complessità del tema dell'auto-mutuo aiuto non riducibile alla dispensa di semplici e scontati consigli.

Per aiutare le persone ad usare le loro risorse personali, ad esprimere i loro sentimenti senza il timore di essere giudicati, ad accogliere

le emozioni altrui senza giudicare, occorre essere preparati a vivere l'esperienza di gruppo e a farla vivere ad altri promuovendo un positivo processo di elaborazione del lutto fino a modificare le negative premesse mentali che sostengono la sofferenza irriducibile.

L'opera pertanto si divide in tre parti.

La prima, di carattere teorico tecnico, riguarda la definizione dei Gruppi AMA, la loro organizzazione e diffusione. Molto spazio è dato alla formazione e al ruolo dei "facilitatori", non psicoterapeuti ma "mediatori della comunicazione".

È una parte didattica molto importante per coloro che intendono cooperare all'organizzazione e al monitoraggio dei Gruppi AMA. Vengono messe in rilievo le abilità richieste al facilitatore, come quelle di prendersi cura degli altri, di saper ascoltare, di comunicare con empatia. C'è anche una messa in guardia contro i possibili rischi psicoemotivi derivanti dall'eccesso di coinvolgimento personale fino al così detto burn-out in cui può incorrere il facilitatore nella sua prolungata relazione con persone sofferenti, depresse, sovente rese aggressive ed ostili dal dolore.

La seconda parte verte sull'esperienza di lutto e sul travaglio che colpisce coloro che restano, siano essi adulti o bambini; sulle loro angosce, rimpianti, rabbie, fonte spesso di inguaribili ferite poiché, come affermano G. Morelli e G. Ferraresi (pag. 184) "... il morire non è un evento statico, ma dinamico, le cui vicissitudini sono influenzate da fattori che preesistono alla morte, intercorrono e si sviluppano durante l'esperienza del morire e hanno luogo dopo la

morte del proprio caro”.

La morte apre una crisi perché interrompe il flusso di relazioni, ha ripercussione sulla vita di chi rimane, scompiglia ruoli precostituiti ed è spesso segnata in modo drammatico da una pluralità di fattori relativi, sia alle circostanze della morte, se improvvisa, per lunga malattia, per eventi tragici connessi a incidenti, violenza, suicidio; sia al luogo della morte, in casa, in ospedale o in luogo lontano; sia ancora all'età, al ruolo del defunto in famiglia e nella comunità.

In particolare l'elaborazione del lutto è influenzata dal modo con cui il familiare che ha subito la perdita ha vissuto personalmente il processo di malattia o il tempo precedente alla morte, avendo potuto o meno comunicare con la persona significativa in vicinanza fisica e psicologica o in solitudine dissimulando i propri sentimenti; partecipando alle cure e all'assistenza o sentendosi estraniato dal rapporto specie in situazioni terapeutiche affidate alle macchine.

La terza parte riferisce numerose esperienze di facilitatori e di partecipanti ai Gruppi AMA e coglie le infinite sfaccettature del dolore e del lutto connesse al tipo di perdita. Fra le più angoscianti perdite, quella di un figlio specie se tragica, umanamente incomprensibile ed inaccettabile, detta le più accorate testimonianze.

Di fronte all'evento morte, diversi sono i modi di reagire. C'è chi si riprende gradatamente, chi grida la sua rabbia, la sua esasperazione contro i Servizi sanitari o la sua disperata negazione di Dio.

I Gruppi AMA si propongono di consentire a ciascuno un libero sfogo dei propri sentimenti, di

rispettarne il dolore fino a condiderlo e, soprattutto, di far parlare di sé, in modo che la partecipazione al gruppo risulti un'esperienza di vero aiuto.

Le testimonianze sono splendide, di grande finezza e profondità le riflessioni dei facilitatori, di profonda spiritualità e generosità l'elaborazione di coloro che sono riusciti a superare la disperazione e ad offrire la loro esperienza ad altri più bisognosi di aiuto.

Ma il percorso di rielaborazione del lutto diventerà ancora più arduo per altre dolorose incertezze che caratterizzano ormai la nostra società nel suo rapido evolversi sul piano tecnico e scientifico.

La prospettiva dell'eutanasia aumenterà il tormento di chi vive il processo di malattia e di morte di un proprio congiunto.

Si vuole la vita, ma questa non è possibile senza un apparato per far respirare, nutrire, introdurre farmaci in un corpo martoriato. Fino a quando? Con quale diritto o pretesa di prolungare o di porre fine all'esistenza?

Oggi se ne discute molto e l'esasperata rivendicazione del proprio diritto di decidere sulla vita è sostenuta dalla razionalità scientifica.

Ma di ciò che appartiene all'interiorità della persona umana, alle radici dell'esistenza, al bisogno di confidare che la vita non si estingua con la morte, è difficile e anche imbarazzante parlare in una società così detta evoluta che evita di chiedersi che cosa ci sia oltre il decesso e che senso dare al nostro stare al mondo.

Di questo profondo tormento spesso una persona in stato di sofferenza non può parlare in famiglia o nel suo ambiente poiché non ver-

rebbe capita, ma solo compatita, giudicata confusa dal suo strazio, mentre avrebbe bisogno di parlare e di essere ascoltata, e di dare un senso al mistero del dolore.

Il Gruppo AMA può offrire alle persone in lutto non solo il conforto, ma anche il riconoscimento sociale di una condizione critica altrimenti negata.

Oltre alla possibilità di esprimersi, di essere aiutata nel difficile percorso dell'elaborazione del lutto, la persona che partecipa ai gruppi può avvantaggiarsi dell'esperienza altrui in un processo di crescita e di maturazione personale fino a proporsi, come talvolta accade, come facilitatore.

E così l'esperienza di chi ha ricevuto aiuto va a beneficiare altri sofferenti.

“Solo in questo modo” conclude il suo personale contributo la curatrice Livia Crozzoli Aite (pag. 217) “l'assenza diventa pensabile ed elaborabile e la morte può diventare parte della vita, facendosi relazionalità e memoria, ‘eredità di affetti’ che continuano a vivere e a esprimersi in chi rimane”.

Milena Lerma

Luciano Verdone - *La terapia dei valori. Come raggiungere un benessere psicofisico* - Paoline Editoriale Libri, Milano 2007; pp. 126. Euro 9,50.

L'autore, professore di psicologia e filosofia, ha redatto questo suo lavoro, frutto della riflessione e della didattica, concentrando l'at-

tenzione sui valori intesi come *nuclei*, tipicamente umani, che danno significato all'esperienza.

Elementi di primaria importanza sono la salute mentale e la mente, strettamente connesse al senso dei valori, ricordando che il pensare rappresenta un livello più progredito del conoscere, perché trattasi di un'elaborazione complessa dei dati recepiti. Su un gradino ancora superiore si colloca il capire, in altre parole ricondurre il mondo a una visione il più possibile unitaria, secondo la definizione del francescano san Bonaventura da Bagnorègio (XIII sec.) "*ordinatio ad unum*" (unificazione della mente in relazione ad un assoluto). In una visione più moderna e per esperienze personali, lo psicoanalista austriaco Viktor Frankl (1905 - 1997) ha sottolineato il rapporto diretto esistente fra valori incarnati, autostima e benessere interiore, come gratificazione. Mentre Sigmund Freud (1856 - 1939) era convinto che tutte le nevrosi fossero di origine psicogena, relative ad un conflitto emotivo fra sfera normativa e pulsionale, Viktor Frankl ha dimostrato che questo fatto non è così frequente. Molte sono invece *noogene* (dal greco *nous* = mente), in quanto radicate nell'Ego superiore. L'oscuramento dei valori è pari ad una malattia, quindi crea e provoca malessere individuale e sociale, insicurezza e disorientamento. Se anche l'uomo non soffre più del cosiddetto senso d'inferiorità studiato da Alfred Adler (1870 - 1937), comunque percepisce un sentimento di futilità e di vuoto esistenziale. Ecco, dunque, subentrare la frustrazione che si tenta di arginare con azioni non

significative e/o con gratificazioni artificiali o estrinseche, (cercate fuori dalle azioni).

Nel libro vengono indicate alcune utili "esercitazioni" (in inglese *training*) che ognuno di noi può mettere in pratica per autoesaminarsi.

Sappiamo che i valori sono infiniti e soggettivi; in questo saggio vengono presi in considerazione, fra i più importanti, cinque fondamentali: amore, libertà, lavoro, politica e fede.

1. L'amore

È forse il tema universale più complicato da affrontare, perché si rischia di essere o troppo profondi o di cadere in edulcoranti banalità. Vengono riportate citazioni di autori assai importanti ma fra loro diversi, come differente in modo sostanziale è il tipo o la qualità dell'amore. Un legame indissolubile unisce l'amore alla felicità o al suo contrario. Spesso compare all'improvviso, ci colpisce dall'esterno e poiché è molto difficile darne una spiegazione, per noi è più comodo parlare di imponderabile. Il più grande poeta della latinità Publio Virgilio Marone (70 - 19 a.C.), in modo forse ottimistico asseriva "*omnia vincit amor*" (l'amore vince tutto). L'amore, essendo una fonte di energia, dà grande forza e coraggio, ma non immunità contro le avversità terribili dell'esistenza; in compenso è un rimedio assai efficace contro il senso di solitudine. Nell'altra creatura si cerca tutto ciò che è affine e che ci unisce in una sorta di rapporto complice. Fra i filosofi greci, particolarmente Platone (428 - 347 circa a.C.), indubbiamente il più raffinato, ha avuto il

merito di compiere una distinzione fra i vari tipi di amore: *eros* per attrazione fisica, *philia* per simpatia, amicizia, predisposizione e infine *agàpe* come espressione di stima sublime, rispetto della soggettività altrui; nonché quello di occuparsi di bellezza al servizio dell'amore, come di uno strumento per superare i limiti del finito e raggiungere l'eterno, in altre parole, la felicità.

2. La libertà

Vengono considerati due tipi di libertà: la possibilità di scegliere (concezione astratta) e la scelta effettuata (concezione concreta).

Giovan Battista Vico (1668 - 1744) affermava essere vero soltanto ciò che accade (*verum est factum*). Seguono ipotesi e alcune verifiche affinché il lettore possa controllare la propria reazione. Le definizioni di libertà sono infinite come tutte le grandi idee umane, inoltre variano nel tempo.

Numerosi i riferimenti ai concetti di trascendenza e di anima, mente, intelligenza (*psyché*); di spirito, consapevolezza, universo di valori (*pneuma*); di corpo, bisogni, pulsioni (*soma*) già elaborati dai filosofi greci e successivamente a quello elaborato dai teologi cristiani, come per esempio san Tommaso d'Aquino (1224 c.a. - 1274). Per quest'ultimo l'uomo possiede tre peculiarità: l'universalità, la trascendenza e l'assoluto. Interessanti anche le teorie del famoso psicologo svizzero Jean Piaget (1896 - 1980) sull'esistenza di stadi etici relativi alle fasi dello sviluppo cognitivo che porta ad una moralità eteronoma (tipica del bambino dai 2 ai 7 anni) e poi della morale auto-

noma (oltre i 7 - 8 anni). Trent'anni dopo Jean Piaget, Lawrence Kohlberg (1927 - 1987) psicologo statunitense docente all'Università di Harvard, studiando il comportamento degli adulti enunciava la sua parola chiave: *convenzionale*, consistente nella comprensione del carattere non assoluto delle norme, bensì funzionale alla convivenza sociale e frutto di una negoziazione dinamica.

3. Il lavoro

Alcuni schemi fondamentali chiariscono le motivazioni individuali e complessive che spingono la maggioranza delle persone al lavoro. Qualsiasi quadro di risposta racchiude sempre una metafisica che è pari a una visione della realtà riconducibile a modelli storici di pensiero. Questi sono svariati, ma i più importanti fanno capo a tre:

- *liberista*, che propende verso la proprietà privata, la creatività imprenditoriale e il libero mercato;
- *marxista/collettivista*, dove è auspicato lo statalismo volto contro lo Stato capitalista e classista;
- *personalista/cristiano*, che si colloca fra i due precedenti: l'uomo non è schiavo bensì padrone del suo lavoro e non può essere trattato come uno strumento di produzione.

La proprietà privata è un diritto naturale e al posto della marxista lotta di classe si deve avere come obiettivo la logica della solidarietà e della sussidiarietà fra le classi. Il lavoro deve avere più scopi, fra cui: assicurare il sostentamento e la sicurezza, il miglioramento dello stile di vita e il rafforzamento della dignità umana, l'espressio-

ne di creatività, genialità e il rispetto reciproco con comprensione e aiuto verso gli altri.

4. L'impegno politico

Da sempre, molti pensatori si sono chiesti perché l'uomo debba sottostare a regole e ad altre persone: paura di sanzioni, calcolo di vantaggio-svantaggio, sentimento sociale costruttivo, tranquillità della coscienza (e in pace con Dio per i credenti).

Infinite le risposte e le considerazioni. Essenziali i caratteri dello Stato: trascendenza del potere, perché secondo Socrate (469 - 399 a.C.) le leggi possiedono un valore socialmente generativo; mentre per il suo allievo, testimone e amico Platone spetta all'arte politica creare l'armonia fra le parti dello Stato.

Per Jean Jacques Rousseau (1712 - 1778), lo Stato possiede una volontà generale intesa come entità morale superiore. Il potere è concepito come una creazione dell'uomo e non come volontà soprannaturale (invece tipica dell'età medioevale).

Già Aristotele (384 - 322 a.C.) concepiva lo Stato secondo una visione democratica, quindi l'uomo non deve essere suddito, ma cittadino.

Sono pagine da leggere con molta attenzione.

5. La fede

È forse l'argomento più delicato se pensiamo che non esistono popoli atei, ma che i codici religiosi, quasi dovunque, sono potentissimi. Plutarco, famoso scrittore greco del I sec. a. C., asseriva che ogni luogo, anzi ogni popolo ha la sua

religione, anche se nomade, o illetterato, o senza monete.

È la religione uno dei tratti distintivi essenziali dell'uomo dalla bestia, secondo la concezione espressa dal filosofo ateo Ludwig Feuerbach (1804 - 1872) principale esponente della sinistra hegeliana.

Per il francese Emile Durkheim (1858 - 1917), padre della sociologia, "la vita religiosa è l'espressione concentrata della vita collettiva nella sua interezza... L'idea di società è l'anima della religione".

Poche concezioni sono così soggettive come l'idea di religione e, anche per questo, l'autore ha predisposto delle analisi che vanno lette con serenità, senza pregiudizi, comunque sia orientato il nostro pensiero su fede e fedeli.

Questo saggio, scritto in modo scorrevole e avvincente, coinvolgerà coloro che abbiano già acquisito cognizioni filosofiche e/o psicologiche, ma anche persone che desiderino confrontare le proprie idee e convinzioni con quelle documentate accuratamente e scientificamente dall'autore, dal passato al presente.

Elisabetta Zanarotti Tiranini

Cronache amministrative

terzo trimestre 2007

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

Il Consiglio di Amministrazione della **Fondazione** ha, tra altro, adottato le seguenti deliberazioni:

a - direzione amministrativa

- sentenza n. 270/2005 della Corte Costituzionale e conseguenti modifiche statutarie;
- riconoscimento e presa d'atto della presenza delle seguenti Associazioni all'interno della Fondazione: "La Ginestra"; "Progetto Alice Onlus – Associazione per la lotta alla Sindrome Emolitica Uremica (SEU); "Associazione italiana familiari e vittime della strada Onlus (AIFVS)" e, per quest'ultima, creazione di un punto di ascolto;
- ratifica dell'ordinanza presidenziale d'urgenza del 23.5.2007 avente ad oggetto: "D.P.R. 12.4.2006 n. 184; regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi; provvedimenti generali organizzatori per l'esercizio del diritto di accesso ex art. 1, comma 2, approvazione del regolamento".

b - direzione sanitaria

- presa d'atto della deliberazione della Giunta Regionale n. VIII/004744 del 16.5.07 avente ad oggetto la comunicazione dell'Assessore alla Sanità sull'attività libero-professionale intramuraria.

c - direzione scientifica

- costituzione società per attività formative.

d - unità operativa amministrazione e finanza

- proposta di regolamento delle immobilizzazioni.

e - unità operativa patrimonio

- cessioni volontarie in procedura espropriativa di terreni necessari per la realizzazione di piste ciclo-pedonali a favore della provincia di Lodi (Comune Zelo Buon Persico – s. p. 138 "Pandina") e a favore del Comune di Ossonova (lungo la via Roma).

f - contributi e beneficenza

È stata accettata la donazione di un ecografo per l'Unità operativa ostetrica e ginecologica III – sterilità di coppia e andrologia, del valore di 65.000,00 Euro oltre Iva da parte della Società Industria Farmaceutica Serono S.p.a.

Il Direttore generale della **Fondazione** ha, tra altro, adottato le seguenti determinazioni:

a - direzione amministrativa

- Associazione Amici dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano Donatori di Sangue: modifiche allo Statuto e contributo per l'anno 2007;
- D. G. R. 7987/2002 e 12845/2003: "Riorganizzazione delle attività di prelievo a scopo di trapianto": conferma del coordinatore locale;
- convenzione con l'Associazione Formazione Domani di Milano per lo svolgimento di tirocinio pratico per operatori socio sanitari, autorizzazione allo svolgimento di tirocini;
- progetto di utilizzo di fondi regionali destinati al Centro di riferimento Fibrosi cistica per l'anno 2006: indizione di selezione pubblica;
- convenzione con l'Università degli Studi di Milano (Istituto di Medicina legale e delle Assicurazioni) per lo svolgimento di stages formativi presso il Centro Soccorso Violenza Sessuale (SVS) della Fondazione, nell'ambito del master di I livello di infermieristica ed ostetricia legale e forense A. A. 2007/2008 attivato dall'IPAVSI – Milano – Lodi;
- indizione di gara mediante procedura aperta per l'affidamento del servizio di consulenza e brokeraggio assicurativo – proroga dell'attuale contratto;
- comodato d'uso gratuito di una pompa centrifuga Jostra Rotaflow e di un riscaldatore HU35 concesso dalla società Maquet Italia S.p.a. da destinare al dipartimento di anestesia, rianimazione e terapia intensiva.

b - unità operativa funzioni tecniche

- progetto “una culla per la vita”: accettazione della donazione di una culla videosorvegliata da parte dell’Associazione Venti Moderati;
- aggiudicazione della gara d’appalto mediante pubblico incanto per le opere edili occorrenti per la manutenzione delle strutture della Fondazione per due anni.

c - unità operativa sviluppo e promozione

- convenzioni attive con la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta per: prestazioni specialistiche di ostetricia e ginecologia (periodo 15.4.2007 – 14.4.2009); prestazioni specialistiche dismorfologiche e di chirurgia vascolare (periodo 1.1.2007 – 31.12.2008); prestazioni di broncopneumologia (periodo 1.6.2007 – 31.5.2009); prestazioni di nefrologia (periodo 1.6.2007 – 31.5.2009);
- convenzioni per l’esecuzione di prestazioni ecografiche a favore dell’Associazione Amici dell’Ospedale Policlinico Donatori di sangue e a favore di pazienti dell’Istituto Auxologico Italiano IRCCS di Milano;
- convenzione attiva con l’Istituto Europeo di Oncologia srl IRCCS (rinnovo 2007 – 2010), la Casa di Cura Villa Letizia e la Casa di Cura Privata Capitano per il servizio di medicina trasfusionale per gli anni 2007 – 2008;
- convenzione attiva con la SDRX S.a.s. per prestazioni in materia di radioprotezione;
- convenzione passiva con l’Azienda Ospedaliera “L. Sacco” per consulenze ambulatoriali psichiatriche per pazienti seguiti dalla UOOML – CEMOC per l’anno 2007;
- convenzioni con la CRIS S.r.l. e l’Ortopedia S.n.c. per una collaborazione finalizzata alla valutazione e fabbricazione di ausili e ortesi personalizzate per bambini con disabilità in carico al servizio di abilitazione e riabilitazione della Fondazione;
- attività svolta dal Dipartimento di Medicina rigenerativa (già Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti) per l’esecuzione di indagini per l’individuazione dei soggetti idonei a ricevere il trapianto di organi ai sensi della L. 91/99 a favore del Centro regionale trapianti del Friuli Venezia Giulia;
- convenzione attiva con l’Azienda sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino per la cessione del radiofarmaco 18F-fdg;
- convenzione attiva con l’A. O. Istituti clinici di per-

- fezionamento per l’esecuzione di test di biologia molecolare per il programma di screening neonatale della fibrosi cistica (periodo 1.6.2007 – 31.5.2008);
- accordo integrativo al contratto stipulato con l’A. O. Istituti clinici di perfezionamento per l’attuazione del progetto regionale “piano urbano” sottoprogetto n. 2 “le cure intermedie tra Ospedale e territorio nella città di Milano”;
- convenzione passiva con la Fondazione Don Carlo Gnocchi per l’effettuazione di prestazioni di diagnostica per immagini (ecografie) a favore di pazienti seguiti dalla UOOML – CEMOC per l’anno 2007;
- convenzione attiva per il Servizio di medicina trasfusionale per l’anno 2007 con: la Casa di cura San Carlo – Eukos Spa, l’Istituto Stomatologico Italiano, la Casa di Cura La Madonnina e la Casa di Cura Città di Milano;
- convenzione attiva con l’Azienda Ospedaliera Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico per la cessione di sangue ed emocomponenti per l’anno 2007;
- convenzione passiva con l’Unità Operativa di Protezione Civile per il trasporto di midollo osseo e materiali biologici per l’anno 2007;
- convenzione passiva con l’ASL della Città di Milano per la gestione del Centro Medico Specialistico di Assistenza per i problemi della violenza sessuale alle donne e ai minori (centro SVS) per il periodo 1.1.07 – 31.12.09;
- prestazioni sanitarie effettuate dal Dipartimento di medicina rigenerativa a favore di pazienti provenienti da enti esterni all’Ente dal 2002 al 31.12.2006;
- convenzione attiva per l’esecuzione di prestazioni di cardiologia a favore di pazienti dell’Istituto Auxologico Italiano per l’anno 2007;
- convenzione attiva con la Fondazione Salvatore Maugeri Clinica del lavoro e della riabilitazione per la cessione del radiofarmaco 18F-fdg;
- convenzione attiva con l’Istituto Auxologico Italiano per prestazioni di chirurgia plastica (periodo data di sottoscrizione – 31.12.08);
- convenzione attiva con l’INAIL per indagini cliniche e strumentali finalizzate all’accertamento di patologie ascrivibili ad eventuale genesi lavorativa per gli assicurati dell’Istituto medesimo (1.1.06 – 31.12.08);
- contratto di associazione in partecipazione tra la nostra Fondazione e Eckert & Ziegler f-con Pharma Italia s.r.l.: affidamento dell’incarico dell’esperto qualificato ai sensi del D. Lgs. 17.3.1995 n. 230;
- convenzioni attive con: l’Azienda ospedaliera Isti-