



la ca' granda

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLV - n. 4 - 2004

sommario

	pagina
Ai lettori	1
Intervista – Pratica medica e partecipazione <i>Beppe Rocca a Sara Casati</i>	2
Il padiglione “Sacco” oggi	<i>Giuseppe Di Benedetto</i> 6
I donatori del padiglione	<i>Sergio Reborà</i> 7
L'evoluzione della sanità tra etica ed economia	<i>Giorgio Cosmacini</i> 9
Asterisco	13
In ricordo di Gian Alberto Dell'Acqua, l'uomo e lo studioso, paladino del patrimonio d'arte della Ca' Granda	<i>Ernesto Brivio</i> 15
Per ricordare don Carlo Gnocchi precursore della moderna riabilitazione	<i>Milena Lerma</i> 17
I nostri benefattori cosiddetti “minori”	<i>Elisabetta Zanarotti Tiranini</i> 20
Ospedale Maggiore di Milano e Pio Albergo Trivulzio oltre due secoli di rapporti	<i>Ermenegildo Maltagliati, Antonello Rossetti, Dario Cova</i> 28
Asterisco	31
Da bugiardino a utile foglietto illustrativo: lavori in corso	<i>Giuseppe Maiocchi</i> 32
Facite ‘a faccia feroce	<i>Antonio Randazzo</i> 36
Recensioni	<i>Piero Lotito</i> 39
Notizie	41
Dal Passato: «Non faccio nulla di male»	<i>Lino Montagna</i> 44
Cronache amministrative	46
Indice generale dell'annata	49

La copertina

Vasi dell'antica farmacia dell'Ospedale Maggiore: bocce, albarelli, boccali (*foto Gemelli*).

La bella riproduzione ci richiama le antiche spezierie, i preziosi vasi, le chiare indicazioni nominative delle spezie contenute, ben lontane dai complicati non chiari bugiardini di oggi... (pag. 32)

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

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

ai lettori

In apertura del fascicolo “Pratica medica e partecipazione”, l’ultima intervista del programma 2004, annunciata all’inizio d’anno. “...I radicali cambiamenti degli ultimi anni nella medicina occidentale, i nuovi processi di cura, modelli e linguaggi alternativi per comprendere le trasformazioni in atto nella stessa relazione clinica ai vari livelli”: queste e altre le considerazioni che intrigano domande e risposte fra Beppe Rocca e Sara Casati.

Inaugurato il padiglione Sacco in Ospedale Policlinico nella sua completa ristrutturazione. Qui l’intervento del commissario straordinario dott. Giuseppe Di Benedetto e un ricordo essenziale di Sergio Reborà sui lontani donatori del padiglione.

Giorgio Cosmacini rintraccia, dall’illuminismo ellenico a oggi, un percorso storico del rapporto fra etica ed economia con approdo al “senso del limite” come regola comportamentale e ragione filosofica.

Ernesto Brivio ricorda con una pagina inimitabile il professor Gian Alberto Dell’Acqua, recentemente scomparso: “uno dei più illustri esponenti della cultura italiana e non solo italiana”, membro della Commissione artistica ospedaliera dal 1966 e suo presidente dal 1976.

Due occasioni particolari per rifare memoria nella nostra rivista di una personalità straordinaria cara a noi, alla città, alla comunità sofferente: don Carlo Gnocchi. È uscito per i tipi di Laterza l’atteso volume “La mia baracca. Storia della Fondazione don Gnocchi” di Giorgio Cosmacini: l’Asterisco a pagina 31.

Alle pagine 17-19 Milena Lerma, a sessant’anni dall’inizio della grande opera di don Gnocchi e a cinquanta dalla posa della prima pietra del Centro pilota in Milano, “rievoca alcuni tratti originali e profetici di questo ispirato protagonista di una rivoluzione della carità”.

Ricordiamo come fatto storico la presenza dei cosiddetti benefattori minori nella vita secolare del nostro Ospedale. La ricerca è di Elisabetta Zanarotti Tiranini.

Due centenarie istituzioni milanesi, Ospedale Maggiore e Pio Albergo Trivulzio, “insieme nel tempo”. Due secoli di comunità assistenziale, di rapporti e collaborazione costante per la cura, l’organizzazione sanitaria e il supporto della tradizionale generosità lombarda: ne scrivono per noi i dottori Maltagliati, Rossetti e il professor Cova.

La ricetta medica, la medicina, il foglietto allegato e ormai generalmente definito “bugiardino”, sono qui nelle menzioni chiare e partecipate del dottor Maiocchi, che ci intrattiene sul passato e sul presente della non facile compilazione accompagnatoria del farmaco e sulla complicata evoluzione che la stessa sta subendo.

Un ritorno gradito del professor Antonio Randazzo sulle nostre pagine con il suo inconfondibile spirito di osservazione del “quotidiano”, il caustico rilievo di momenti collettivi e individuali e, anche, un bonario commento che però non nasconde una certa amarezza.

Nelle pagine che seguono: una recensione che porta a fermarci al di là di noi su “un grande Paese senza pace”; le notizie delle nostre Unità; le cronache amministrative.

*Non deludiamo i lettori che attendono di conoscere o rivivere il nostro “ieri” nella odierna rubrica **Dal passato**.*

Intervista

Pratica medica e partecipazione

BEPPE ROCCA a SARA CASATI*

Nei dibattiti recenti sulla medicina e la pratica clinica emerge sempre più spesso l'idea di partecipazione. Quali pensi siano le ragioni?

È indubbio che la medicina occidentale è stata esposta negli ultimi anni ad un cambiamento epocale, che ha trovato nella relazione clinica, cuore della pratica clinica stessa, il terreno privilegiato in cui potersi esprimere e in cui scoprire declinazioni nuove dei processi di cura.

Quali elementi caratterizzano il nuovo scenario?

La progressiva tecnologizzazione e specializzazione della pratica medica ortodossa; la relazione sempre più stretta tra ricerca e pratica clinica; la crescente necessità di una gestione diversa delle risorse sanitarie; l'intrusione del mercato; la recente crisi del paternalismo - paradigma della relazione tra medico e malato prima degli anni Settanta - entro cui si erano consolidate le modalità di intendere e praticare il binomio curare-prendersi cura, unita all'esigenza di pensare modelli e linguaggi alternativi per comprendere le trasformazioni della stessa relazione clinica, testimoniano l'attualità e il fermento di questo processo ancora in corso.

Chi sono i protagonisti del cambiamento?

Tanto i professionisti della salute come i malati, si scoprono *gettati*⁽¹⁾ in un contesto relazionale impreveduto, con ruoli da re-inventare e obiettivi di cura spesso controversi su cui accordarsi o perlomeno comprendersi con altri. Infatti, la crisi della relazione clinica paternalista, mentre ha avviato un processo di oriz-

zontalizzazione dei rapporti, ha, allo stesso tempo, esposto la pratica clinica ad una serie di conflitti di interpretazioni e volontà tra i vari agenti della cura: professionisti, malati, famiglie, istituzioni. La messa in crisi dei ruoli autoritari anche nella pratica clinica e la conseguente richiesta di autorevolezza e di riduzione delle asimmetrie hanno ridisegnato le dinamiche della relazione clinica.

Che forma hanno assunto le relazioni tra le persone che partecipano a processi di cura?

I processi conoscitivi e decisionali devono ristrutturarsi progressivamente come processi condivisi: i professionisti della salute, i malati e tutte le persone coinvolte in processi di cura, devono imparare a rapportarsi in modo attivo, tra patto, alleanza, contratto, e co-responsabilità; un rapportarsi dove ognuno è parte ed è messo in condizione di fare la sua parte.

***Come si è determinato storicamente l'allargamento della partecipazione?*⁽²⁾**

Durante il ventesimo secolo, mentre la medicina occidentale ha rincorso con affanno il modello epistemologico empirico-quantitativo - che permette una gestione e una risposta efficiente e controllabile all'esperienza umana della malattia - il soggetto malato si è emancipato e ha iniziato a rivendicare il riconoscimento di una competenza rispetto alla propria salute, di una conoscenza intima e concreta della propria esperienza di malattia. La medicina empirista e probabilista della tradizione di lingua inglese, alleata in parte succube della tecnologia, ha cambiato profonda-

mente la formazione del medico che ha perso progressivamente il suo sguardo complessivo e la capacità di coniugarsi individualmente, di spendersi per quel soggetto malato, con la sua storia individuale e unica⁽³⁾, proprio nel momento storico in cui per la prima volta chiede di essere preso in considerazione, di essere ascoltato, rispettato.

Mi sembra che il cambiamento di cui parli trasformi profondamente il concetto di cura. Puoi fornirci qualche dettaglio?

Si esplicita che lo *star bene* riguarda tutti, non solo gli esperti, i tecnici... Molto dipende dal ruolo dinamico del soggetto in cura che partecipa a un progetto curativo rivedibile, a cui si può dire di no, individualizzato, in cui assume il giusto ruolo la sua storia clinica. Si evidenzia che anche un curare squisitamente tecnico è tale solo se praticato nel rispetto dell'altro.

La medicina, come altre pratiche umane sempre più perfezionate dal punto di vista tecnico, fatica a ritrovare il senso della propria prassi, e spesso le mancano la parola, il gesto e la fiducia che curano.

Si tratta di ripensare alle basi umane della pratica medica e più in generale della cura?

A questo punto è interessante notare che l'invito a ritornare alle origini stesse della pratica clinica, all'incontro con la vulnerabilità di un soggetto umano, in gran parte è scaturito con forza proprio da questo *Altro*, in un ruolo inaspettato per gli addetti ai lavori: il ruolo partecipativo. Il volto dell'*Altro* malato, sempre più cronicizzato e anche per questo sempre più esperto della propria malattia, della malattia nella sua pelle, l'*Altro* esposto al dolore, fisico, psichico, umano, nonostante i mezzi raffinati con cui si pensava poter dare una risposta definitiva, interroga con forza e richiama tutte le persone coinvolte a riflettere di nuovo sul senso della cura, una cura che sappia essere così antica nel senso - farsi carico della vulnerabilità umana, che proprio nei limiti del corpo si manifesta con evidenza - e così nuova nello stile, cioè capace di coinvolgere l'altro come interlocutore, portatore di conoscenza e valori propri.

Lo stile partecipativo di cura modifica inevitabilmente l'idea di salute e di malattia. Quali cambiamenti sono avvenuti in questi ambiti?

Non solo la stessa quotidianità della pratica clinica e delle relazioni cliniche che la costituiscono; le storie, simili ma irripetibili, di casi concreti; già contrastano la pretesa soluzione tecnica, con le loro problematiche aperte e la necessità di un equilibrio continuo e insostituibile tra arte e tecnica nelle scelte mediche, tra conoscenza scientifica e decisione soggettiva in un orizzonte di cura globale.

È cambiata la modalità di interpretare la malattia e la salute, che includono nella nuova definizione: *benessere pieno personale*, cioè la complessità dei valori.

Si sono infine moltiplicati e legittimati i contesti di cura.

Non pensi che l'allargamento dell'orizzonte di valori in gioco nella cura aumenti la responsabilità di tutti?

L'individuo sofferente si rivela insostituibile mediatore per i suoi valori, recipiente non passivo dei processi di cura; è un individuo partecipante e partecipativo: è parte della dinamica, è interessato direttamente nel momento della malattia, indirettamente come cittadino comune quando si devono sposare priorità, finalità e risorse nel campo della medicina; è detentore di conoscenze rilevanti e di ragioni che mettono in condizione l'altro, professionista della salute, amministratore piuttosto che politico, di calibrare e costruire insieme scelte e scenari il più possibile pertinenti e giusti.

L'essere parte intima, riconosciuta, del proprio processo di cura ridefinisce la responsabilità dell'individuo malato, piuttosto che del cittadino che dà il suo assenso ad una certa politica della salute. È messo in condizione di comprendere concretamente e come costitutiva per la medicina, la *dimensione dell'equità*, di ricostruire le ragioni di una certa distribuzione delle risorse, di considerare criticamente gli orizzonti e i costi non solo economici della medicina occidentale.

Possiamo considerare la relazione clinica come esempio di partecipazione e modello di formazione alla responsabilità e alla prudenza?⁽⁴⁾

Negli scenari rinnovati della medicina occidentale che abbiamo brevemente esplorato, la relazione clinica è un *luogo privilegiato di partecipazione*, dove ognuno, con il proprio ruolo specifico, contribuisce

ai processi decisionali e ai corsi di azione che la compongono.

La relazione clinica ospita il cambiamento di senso epocale che ci coinvolge tutti, e che credo risieda *nella redistribuzione di responsabilità e nell'empowerment* di ognuno, soprattutto dell'altro, del cosiddetto malato, che in passato veniva considerato nella fase della malattia un soggetto diminuito, non in grado di interagire con competenza.

Oggi il malato con la sua storia, le sue circostanze, le sue conoscenze, dovrebbe aver la possibilità di *dire la sua*, le capacità critiche per comprendere i propri diritti, un contesto istituzionale che lo rispetti quando la sua vulnerabilità è esposta o manifesta.

Scopriamo nuove modalità di relazione all'interno dei processi di cura?

Scopriamo modalità interattive, intersoggettive nelle decisioni e nelle azioni cliniche, negli stessi protocolli di ricerca dove le responsabilità si ridistribuiscono e allo stesso tempo le autonomie dei soggetti in gioco si esprimono in relazione e non autisticamente.

È un fare, un relazionarsi, che intesse costantemente fatti con valori, dove le scelte sono complesse e dense di problematiche, che esigono ragioni esplicitate, argomentate e comprensibili a tutti; scelte attraversate da probabilità e incertezze, in bilico, che non possono trascurare tutte le conoscenze e i punti di vista rilevanti in gioco, ma che spesso devono darsi contro il tempo; scelte paradossali dove l'aumento delle possibilità si è accompagnato con la percezione dell'indebolimento delle capacità. Sembra qui manifestarsi *la necessità di una nuova forma di competenza*.

Come si forma e si coltiva la competenza partecipativa? Si tratta in sostanza dell'empowerment, di cui tanto si parla?

La formazione si rivela imprescindibile per rispondere e assumere con responsabilità la dimensione problematica della pratica clinica. Gestire ragionevolmente e con equità, in un contesto plurale e pluralista, le questioni della *cura*, in cui prospettive e possibilità diverse si incrociano con i conflitti quotidiani, richiede un processo di formazione continuo, esige una *competenza partecipativa* da parte di tutti gli agenti: professionisti della salute, malati-cittadini, istituzioni. Continua ad emergere il tema dell'*empowerment*: l'e-

sercizio ad affrontare problemi concreti e prendere decisioni liberamente; auto-determinarsi e auto-realizzarsi attraverso una gestione rispettosa delle differenze e una ricerca di soluzioni comuni, quale elemento basilare per la pratica di una *buona cura*, che risponda alle esigenze del malato e riconosca la professionalità del sanitario, ed *equa*, che attraverso il confronto aperto e argomentato coniughi le necessità del singolo in un orizzonte interpersonale e di risorse da distribuire.

C'è in gioco una competenza nuova, che un approccio partecipativo promuoverebbe nella pratica clinica, attraverso l'assunzione del valore e della concretezza della pluralità degli agenti nei processi di decisione e di azione; l'identificazione concreta del contesto pluralista in cui si muove la medicina, ovvero il valore e la difficoltà nell'assumerlo e gestirlo; il riconoscimento della differenza delle prospettive e dei ruoli, e l'ammissione della complessità quali orizzonti di pratica clinica.

Puoi precisare l'interconnessione profonda tra partecipazione e pratica medica?

L'attività clinica impone una prassi disposta a confrontarsi con l'altro, differente per cultura, storia, ruolo, individualità, e che si scopre buona, corretta e giusta quando si concretizza come medicina del rispetto; che ammette e accetta non solo la legittimità, ma un fondo di verità racchiuso nelle multiple prospettive e posizioni: la conoscenza scientifica del sanitario, i valori, la vulnerabilità, la storia, la conoscenza propria del malato, la cura dell'infermiere e del familiare, le esigenze di giustizia della società si dovrebbero incontrare e completare.

Gadamer⁽⁵⁾ ha usato il modello del gioco e l'esecuzione di una partitura da parte di un'orchestra come esempi di pratiche umane partecipative. Come pensi si possano collegare al tema della partecipazione?

La partecipazione *forma* chi partecipa al riconoscimento della cooperazione di tutti i soggetti in gioco, dei punti di vista degli *Altri*, grazie soprattutto a:

1 - La capacità di prendere seriamente l'altro, la capacità di rendere ragione agli altri delle proprie scelte, chiedendo ad essi le loro ragioni, per una gestione ragionevole dell'incertezza. Il consenso

informato, la relazione clinica, la pratica clinica si costituirebbero allora come processo ragionevole dove comprendendo posso arrivare a praticare e gestire un consenso o un dissenso ragionevoli, ovvero motivati, argomentati con un linguaggio accessibile, e compresi, che giustificano, per esempio, il rifiuto di una cura piuttosto che la presenza di differenti prospettive. La scelta concreta individuale, quando è comunicabile e pubblica, riconosce praticamente il compromesso e l'incontro con l'altro.

2 - La disponibilità a lasciarsi interrogare oltre l'ovvio e lo scontato, oltre la comodità dei protocolli cristallizzati, in una prospettiva di attenzione, ascolto, comprensione delle ragioni degli altri, con una concreta disponibilità a ricostruire ed esplorare la rappresentazione del mondo, della salute e della malattia.

3 - La capacità di apprendere e riconoscere necessità e finalità comuni nella costruzione dei processi e degli orizzonti di cura e di assumere che si possono realizzare diversamente, in contesti diversi. La possibilità di scoprire la dimensione plurale, per i tanti soggetti diversamente coinvolti, e pluralista, per i tanti percorsi, di cura e di tutela della salute, possibili nella pratica clinica e nella ricerca medica.

Quali vantaggi compensano la maggiore responsabilità, la formazione continua e la profonda trasformazione culturale richiesta da uno stile partecipativo di cura?

L'eccesso di responsabilità del personale sanitario, la solitudine del malato e della sua famiglia, l'impotenza del cittadino, si potrebbero ricomporre grazie all'approccio partecipativo che legge il progetto curativo come un processo di costruzione comune, individualizzato ma attraversato da scelte comprensibili e rivedibili.

Il consenso informato si trasforma in un processo dove l'informazione non si esaurisce, bensì si dipana, si riprende, si comprende, si discute; i protocolli diventano utili strumenti, non soluzioni definitive e includono il malato e il cittadino come punti di vista integranti e costitutivi nella loro costruzione come nella loro applicazione.

La pratica clinica si modella e si calibra sui concreti agenti in gioco e nelle sue componenti pubbliche cerca garanzie di equità attraverso quel dibattito

aperto che vedrebbe tutti coinvolti nella definizione delle priorità e delle finalità della medicina e messi in condizione di interagire, di decidere sia grazie a strumenti intesi non più astrattamente ma proceduralmente, dalle direttive anticipate ai protocolli inclusivi, sia con una politica di formazione e di sensibilizzazione. È come se la partecipazione riscrisse gli scenari e le dinamiche della pratica clinica stessa con concretezza ed equità e la medicina riscoprisse un nuovo stile del suo essere un'arte.

* Sara Casati ha un master in bioetica, è dottore di ricerca in Deontologia ed Etica Medica, borsista presso la Direzione Scientifica dell'Ospedale Maggiore di Milano – IRCCS. Beppe Rocca è dirigente di II° livello della Direzione Scientifica dell'Ospedale Maggiore di Milano – IRCCS. Entrambi sono membri del gruppo di ricerca *Equilibrio* che si riunisce periodicamente presso la Direzione Scientifica dell'Ospedale Maggiore di Milano per discutere di salute come equilibrio, governance della salute, analogie e rapporti tra medicina e giustizia.

Bibliografia:

1 - Martin Heidegger. *Essere e tempo* [1927]. Longanesi, Milano, 1976.

2 - Il concetto di *determinazione storica* è di Hans Georg Gadamer. *Gesammelte Werke*. Volume primo *Hermeneutik I: Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. JCB Mohr (Paul Siebeck) Tübingen 1986. Tr. It. di Gianni Vattimo. *Verità e Metodo*. Bompiani, Milano 2000.

3 - Edmund Husserl. *La crisi delle scienze europee...* Saggiatore, Milano, 1961.

4 - Werner Jaeger. *Paideia. Die Formung des griechischen Menschen*. Walter de Gruyter & Co, Berlin 1944. Traduzione inglese con aggiornamenti dell'autore: Oxford University Press, New York, 1945. Tr. It. di Luigi Emery e Alessandro Setti. *Paideia, La formazione dell'uomo greco*. Bompiani, Milano, 2003.

5 - Hans Georg Gadamer. *Gesammelte Werke*. Volume primo *Hermeneutik I: Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. JCB Mohr (Paul Siebeck) Tübingen 1986. Tr. It. di Gianni Vattimo. *Verità e Metodo*. Bompiani, Milano 2000.

Inaugurato ufficialmente il 13 dicembre in Ospedale Policlinico il padiglione Sacco, ristrutturato nella complessità dei suoi reperti. Le attese importanti realizzazioni nella presentazione del Commissario straordinario.

Il padiglione “Sacco” oggi

GIUSEPPE DI BENEDETTO – *Intervento*

Nel corso della celebrazione della Festa del Perdono del 2003 riferimmo delle realizzazioni ultimate nei primi venti mesi. Il 6 marzo di quest'anno abbiamo inaugurato il padiglione Zonda: un'importantissima ed ingente ristrutturazione che ha costituito una tappa fondamentale nel processo di rinnovo delle strutture del nostro Ospedale.

Oggi inauguriamo il Padiglione Sacco, ristrutturato. In questo edificio, che risale al 1929, albergano le diagnostiche radiologiche ed ecografiche, l'emodinamica, l'unità di cura coronarica e il centro cardiologico “Arrigo Recordati” con relative degenze, il reparto di broncopneumologia, il day hospital del dipartimento di malattie cardiovascolari e respiratorie, nonché gli ambulatori specialistici, le direzioni, le segreterie delle Unità operative e l'aula didattica. Ristrutturazione per circa 3.000 metri quadrati, con un onere di circa 5 milioni di euro.

Avremmo oggi potuto anche procedere all'inaugurazione del padiglione Granelli ove sono state ultimate le ristrutturazioni del reparto di medicina interna, del reparto di gastroenterologia, del Centro delle anemie congenite con la realizzazione delle opere e la conseguente installazione della nuova risonanza magnetica total body: lavori su una superficie di oltre 2.100 mq per un importo di circa euro 3,5 milioni. Lo si farà non appena sarà completata anche l'area destinata alla degenza di ematologia.

Nel primo padiglione di via Pace, al piano rialzato sono stati realizzati ex novo e unificati i numerosi ambulatori della dermatologia mentre, al primo piano, è stato istituito il day hospital dermatologico. Ancora, sono state messe in funzione, uniche a Milano, le vasche per la cura della



Il padiglione “Sacco” dopo i restauri.

psoriasi: lavori su una superficie di circa 1.500 mq per un importo di euro 1,5 milioni.

Sono in corso da settembre i lavori di ristrutturazione dell'intero padiglione Cesarina Riva (Clinica Urologica), finanziata in massima parte dalla Fondazione per la ricerca e la terapia urologica (mq 1750 per un importo complessivo di euro 3,5 milioni).

In attesa di cantierare, entro il primo semestre del prossimo anno, gli urgenti lavori di ristrutturazione del padiglione Guardia-Acettazione e P.S. (importo non inferiore ai 20 milioni di euro), si è comunque proceduto a una indispensabile umanizzazione delle attuali degenze maschili e femminili del reparto di Chirurgia d'Urgenza provvedendo all'adeguamento dell'impianto elettrico e a nuovi blocchi di servizi igienici.

Per ciò che concerne il condizionamento, lo stesso è stato già definito per oltre l'85% delle aree, cosicché per la prossima primavera vi sarà la copertura totale.

Alcune realizzazioni non balzano alla vista, ma sono state necessarie per la vita stessa dell'Ospedale e riguardano l'avvenuto rifacimento della centrale termica di via Pace con l'adeguamento e la riqualificazione alle vigenti normative di 32 sottocentrali termiche.

Nel triennio dall'inizio del mio incarico le ristrutturazioni portate a compimento, tra aree di ricoveri ordinari e di day hospital, ambulatori e di servizio hanno riguardato una superficie di oltre 22.000 metri quadrati, senza considerare che sono state già aggiudicate le gare internazionali di progettazione per il rifacimento, previo abbattimento, del padiglione Monteggia (12.000 mq e circa euro 30 milioni di spesa) e la sistemazione, mediante ristrutturazione, del piano seminterrato (riservato a un nuovo blocco con cinque camere operatorie) e del primo piano del padiglione Guardia-Acettazione P.S. (riservato a tutte le problematiche chirurgiche connesse all'emergenza urgenza). I metri quadri in più del padiglione saranno – rispetto agli attuali – circa 4.500 e l'importo complessivo dei lavori di circa 20 milioni di euro.

La corsa contro il tempo, iniziata poco più di tre anni fa:

- ha intanto realizzato la messa al riparo di importanti attività e capacità assistenziali e di ricerca in edifici in tutto o non ancora del tutto ristrutturati, posti comunque in sicurezza ed umanizzati, riorganizzati secondo una razionalizzazione distributiva e tecnologica a beneficio dei cittadini utenti e di coloro che vi lavorano;

- ha fatto sì, anche se occorrerà proseguire con lo stesso ritmo, che si possa guardare con diversa prospettiva temporale e senza scetticismo, alla formazione del cantiere, una volta rifatto il Monteggia, connesso con la variante al piano regolatore della città per il completamento dell'assetto urbanistico ospedaliero Ospedale Maggiore – Istituti Clinici di Perfezionamento.

I donatori del padiglione

SERGIO REBORA

Carlo Sacco nacque in Voghera il 3 maggio 1844 da Giacomo (figlio di Gaspare) e da Laura Balladore, quest'ultima appartenente a una famiglia di piccoli proprietari terrieri originaria di Casei Gerola. Interrotti gli studi di ragioneria, si dedicò con crescente successo al commercio dei filati di cotone, attrezzando un magazzino di deposito in Milano assai operoso e dalle dimensioni ingenti. Carlo sposò Carolina Cerutti, nata in Biella nel 1847 da Gioachino e da Maria Colombini, la quale avrebbe assistito attivamente il marito nel lavoro sostituendosi a esso nella guida dell'azienda durante i viaggi di lavoro da lui effettuati all'estero. Privi di figli, i coniugi Sacco lasciarono il commercio nel 1898, trascorrendo lunghe villeggiature nella villa acquistata in Blevio, sulle rive del lago di Como. Carolina Cerutti morì in Milano il 17 dicembre 1914.

Il 29 marzo 1923, degente presso l'Astanteria dell'Ospedale Maggiore, Carlo Sacco decise di erogare 15.000 lire per l'acquisto di un apparecchio radiologico portatile per esami diagnostici. L'11 gennaio 1926 “per aderire ad un bisogno del suo cuore generoso e per ricordare insieme



I coniugi Carlo e Carolina Sacco nel ritratto di Felice Casorati (1929).

l'amata sua moglie Signora Cerutti Carolina", decise di donare all'Ospedale Maggiore gli immobili di sua proprietà situati in viale Piave (già Monforte) 18 e 20 e in via Eustachi 49 in Milano, il cui valore ammontava a circa quattro milioni di lire, riservandosene l'usufrutto vitalizio. Il benefattore aveva stabilito come condizione che l'Ospedale dovesse edificare entro un triennio "un padiglione di ottanta o cento letti per malati o malate poveri affetti da forme mediche acute che porterà la denominazione Coniugi Sacco"; l'atto prevedeva inoltre il pagamento di una rendita annua all'Ospedale Sant'Anna di Como e di legati all'Istituto dei Ciechi di Milano, alla cittadinanza di Blevio, alla Casa di Riposo delle Infermiere dell'Ospedale Maggiore, all'abbellimento dell'oratorio del padiglione dermosifilopatico, oltre che ad amici ed ex dipendenti. Carlo Sacco si spense nella sua casa milanese di viale Piave 20 il 13 febbraio 1926 e fu sepolto accanto alla consorte nel Cimitero di Blevio.

Il ritratto gratulatorio dei coniugi, affidato in un primo tempo a Ubaldo Oppi, fu realizzato da Felice Casorati, che ambientò la coppia sullo sfondo del cortile dell'Ospedale (1929). Si tratta di uno dei dipinti dell'artista maggiormente rappresentativi del momento di adesione ai canoni di Novecento, contraddistinto da una piena volumetria e da un senso metafisico dello spazio.

L'evoluzione della sanità tra etica ed economia

GIORGIO COSMACINI *

Credo che si possa essere preliminarmente tutti d'accordo che *sanità*, intesa come salute collettiva, ed *economia*, intesa come regola delle risorse, sono strutture fondative della società d'ogni tempo. Tra esse esiste da sempre uno stretto rapporto, in passato più o meno percepito e problematizzato, sia nel mondo economico, sia nel mondo sanitario.

Nella Grecia del V secolo a.C., culla della razionalità e della medicina laica occidentale, l'ippocratico *iatròs*, cioè il medico, era destinatario, per le cure da lui prestate al privato cittadino della *pòlis*, di un obolo, monetario o in natura, simboleggiato dal gallo che Platone, nel *Fedone*, fa menzionare a Socrate nell'ultimo discorso agli amici: "Noi siamo debitori di un gallo ad Asclepio; dateglielo e non ve ne dimenticate".

Ma, a fronte dell'obolo tutto sommato facoltativo che dai suoi assistiti riceveva lo *iatròs*, questi percepiva della *pòlis* una retribuzione – lo *iatrikòn* – per la quale si impegnava ad assicurare la propria presenza nello *iatrèion*, cioè nella bottega, vicina alla piazza del porto o del mercato, accanto all'*agorà* e lontano dall'*acropoli* (dove nel "tempio della salute" il sacerdote *asclepiade* esercitava una medicina *ieratica*, "sacra", del tutto concorrenziale rispetto alla propria).

In bottega, cioè in ambulatorio, lo *iatròs* esercitava infatti una profana *téchne iatriké*, cioè "l'arte della cura", una pratica artigianale per

gli aventi bisogno, una pratica per tanti versi non dissimile dalle altre *téchnai*, come la *téchne georgiké*, l'arte georgica di curare le piante, e come la *téchne kibernetiké*, l'arte cibernetica di pilotare l'imbarcazione tra i flutti verso l'approdo nel porto sicuro. In cambio dello *iatrikòn* lo *iatròs* si impegnava anche a rinunciare al gallo, cioè all'onorario, nei casi di pazienti non abbienti; e barattava attraverso un'occhiuta contrattazione l'usufrutto dello *iatrèion*, l'esenzione dalle tasse, la fruizione del diritto di cittadinanza. Un oculato bilancio economico-politico presiedeva all'esercizio della professione.

Facciamo un salto di circa un millennio, dalla città greca alla campagna altomedioevale, dove in un mondo privo di una medicina ufficiale (quella romana s'era imbarbarita con le invasioni), l'arte della cura era passata di mano ed era gestita o da empirici itineranti o da monaci stanziali, questi ultimi residenti in quei cenobi o centri di vita associata che erano i conventi abbaziali, luoghi dell'*ora et labora* benedettino. La *regula Benedicti* prescriveva al capitolo XXXVI:

Infirmiss ante omnia et super omnia omnis cura adhibenda est, "prima di tutto e soprattutto bisogna prendersi cura dei malati". Recitava ancora la regola:

Omnibus congruus honor exhibeatur, "a tutti sia riservato il giusto onore". Questo "giusto onore" introduceva peraltro, nella pratica dell'accoglienza e dell'assistenza, una differenziazione tra l'*affectus* riservato al povero e l'*obsequium* riservato al potente. Il *portarius*, o monaco preposto all'accettazione, si sdoppiava all'atto pratico nelle due figure e funzioni

Relazione al Convegno su "La qualità della medicina tra etica ed economia", indetto dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici. Savona, 2 ottobre 2004.

*Professore di Storia della Medicina e della Salute, Università Vita-Salute, Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele, Milano.

dell'*hospitalarius*, o custode degli ospiti da trattare in modo personalizzato, e dell'*elemosynarius*, o addetto ai poveri – *infirmi, infantes, veteres, stulti* – da trattare indistintamente in modo egualitario. Gli ospiti erano sistemati nell'*hospitium hospitum*; i poveri – *pauperes infirmi* – nell'*hospitium pauperum*. A tutti non veniva lesinata la gioiosità, l'allegria, la liberalità delle cure, prestate *cum hilaritate, libente animo et cum largitate*. In più, ai poveri veniva riservata l'abluzione solenne dei piedi, per umiltà, ma anche perché giungevano a piedi scalzi al convento; e, inoltre, non veniva lesinata la gratuità delle cure e della ristorazione di vitto e di letto, le quali venivano prestate ai ricchi con pari dedizione, ma dietro congruo compenso secondo il principio di un'etica caritativa che non escludeva, anzi includeva, una sana gestione economica calibrata *ad personam*.

E veniamo a quell'età, tra Basso Medioevo e Rinascimento, nella quale in Italia gli ospedali toscani e padani conobbero la loro grande *reformatione*, una "riforma ospedaliera" che segnò, tra le altre innovazioni, l'ingresso in ospedale, accanto agli *infirmarii* che assistevano da secoli gli *infirmi*, di una figura sanitaria nuova, che prima d'allora non esisteva in pianta stabile o, se presente, lo era con presenza sporadica, *extra-ordinaria*, investita saltuariamente di funzione consultiva. Questa figura nuova è quella del medico, il cui compito è sì quello della cura e della diagnosi differenziale tra "malattie interne" che "per f comenzono", cioè le "febri", e "malattie esterne" che "pure per f comenzono", cioè le "ferite", ma il cui ufficio principale è quello, dettato da ragioni di economia sanitaria, di distinguere tra malattie acute e malattie croniche.

Scrivono Gian Giacomo Gilino nella *Relazione ai deputati dell'Ospedale Grande di Milano* nel 1508:

«La forma adunca presa a questa *reformatione* è stata in questo modo»: essendo le malattie «o

cronice o de qualità che presto son terminate vel con salute, vel con morte, queste de presta terminatione son designate al *hospitale grande*»; invece i «mali de altra qualità, quali vogliono tempo» - e cioè i malati «brossolosi», «lazarosi», «infecti de cancrene», «debilitati per vechiezza» o che «de cervello manchino sive sono furiosi» - «hano la receptione sua separata».

È detto esplicitamente che tra i malati, a prescindere dal fatto che tutti indistintamente dovevano essere premurosamente assistiti, gli *acuti*, suscettibili di guarigione, dovevano essere ricoverati nell'*ospedale maggiore*, principale e centrale, mentre i *cronici*, inguaribili e invalidi, la cui salute piena non poteva essere ricuperata o la cui salute residua necessitava di prolungata assistenza, dovevano essere ricoverati negli *ospedali minori*, satelliti e decentrati.

Insomma, la riforma da poco realizzata non doveva essere vanificata ritrasformando i nuovi grandi ospedali rinascimentali (come a Milano lo Spedale de la Anunziata fondato nel 1456 dal duca Francesco Sforza) in vecchi ospizi di medioevale memoria. Il Rinascimento, se voleva essere tale anche in campo ospedaliero, non doveva ripiombare nell'ambito della carità e dell'ospitalità indifferenziate.

Perché questo regresso non avvenisse era indispensabile che medici e chirurghi fossero direttamente coinvolti nell'attuazione della riforma. Dovevano assumere a pieno titolo la funzione di curanti degli infermi, prima affidata agli infermieri, e assumere, ancor prima dell'attività curativa in corsia, l'attività di accettazione, selezione diagnostica e smistamento dei malati. «Né alcuno di essi malati se po' receive se prima la qualità del male suo non è intesa da li phisici o chirurghi del hospitale, et epsi non referiscono prima el parere suo sopra el loco dove li pare se habiano recogerie».

Quello descritto è l'aspetto organizzativo, socio-sanitario, di una riforma complessa, che

metteva al primo posto i problemi interconnessi della presenza medica in ospedale e del collegamento fra il territorio – nel caso di Milano il ducato sforzesco – e la rete degli ospedali territoriali, da quello «maggiore» per malati bisognosi di pronto soccorso e di cure intense e quelli «minori» per malati legati in massima parte ai tre grandi bisogni sociali del tempo: la marginalità legata alla follia, la fanciullezza abbandonata e l' "incurabilità" legata alla malattia a trasmissione sessuale, la sifilide. Si tratta, come ben si vede, di una problematica che contempla un'oculata distribuzione e gestione delle risorse, in un quadro di politica sanitaria adeguato ai tempi.

Per restare nell'ambito ospedaliero veniamo al *grand siècle* degli ospedali, quando questi da "fabbriche della salute" d'*ancien régime* si trasformano in moderne *machines a guérir*, nelle salde mani del consorzio medico, con l'"avvento della tecnologia" di fine Ottocento (gabinetti d'analisi, sale raggi, autoclavi e via dicendo) per quella che, da Foucault, è stata definita la "costruzione dell'ordine clinico".

Il passaggio degli ospedali da «pie opere», sostenute da volontarie elargizioni e donazioni benefiche, a «servizi di pubblica assistenza», sostenuti da programmati stanziamenti e finanziamenti, si ingrana con gli ulteriori sviluppi della scienza batteriologica e fisiopatologica e con le prime applicazioni importanti della medicazione antisettica ed anestetica. Da un lato l'accresciuto controllo igienico dello spazio ospedaliero, grazie alle conoscenze dell'eziologia e del meccanismo delle infezioni, porta al superamento delle tradizionali regole d'isolamento con le più aggiornate norme di antisepsi; d'altro lato l'accresciuto controllo medico del corpo malato, grazie alle conoscenze di farmacoterapia del dolore, porta alla definitiva uscita di minorità della chirurgia e all'acquisto da parte sua di una dignità pari, se non superiore, a quella della medicina clinica.

Sono press'a poco gli anni in cui una commissione inviata dall'Ospedale Maggiore di Milano in Germania e Scandinavia, presieduta dal clinico chirurgo di Pavia Enrico Bottini, uno dei pionieri dell'asepsi e antisepsi, trova il coraggio di dire che "gli ospedali italiani sono agli antipodi" rispetto a quelli visitati e che "conviene non correggere, ma abbattere e abbandonare e rifare". Nel contempo Achille De Giovanni, clinico medico di Padova e fondatore della Scuola neocostituzionalistica italiana e della Lega per la lotta contro la tubercolosi, il quale fa parte della stessa commissione visitatrice, teorizza che l'ospedale, per adeguarsi alle moderne concrete necessità, deve trasformarsi in una *azienda*. È il 1884: ma per essere *un'azienda produttiva*, produttiva beninteso di salute, "l'azienda ospedaliera", aggiunge De Giovanni, "deve essere affidata a menti meno caudiche e a mani meno massaie".

Il concetto di *azienda ospedaliera* è nato nel mondo medico-sanitario assai prima che nel mondo economico-politico. Nel 1964 la Commissione per la riforma ospedaliera, insediata dal ministro della Sanità Giacomo Mancini e presieduta dal clinico chirurgo di Torino Achille Mario Dogliotti, presenta al ministro della Sanità Luigi Mariotti, nel frattempo succeduto a Mancini, le proprie conclusioni nelle quali è postulato l'abbandono di ogni forma arretrata di assistenza ospedaliera, affermando testualmente la necessità inderogabile della "trasformazione delle *opere pie* di crispina memoria, ma tuttora attuali in una *azienda*". La configurazione *aziendalistica*, che il clinico chirurgo torinese non esita a proporre e vorrebbe imporre, privilegia una *produttività sanitaria* a prevalente o dominante indirizzo terapeutico-riparativo (farmacoterapico o chirurgico), sostanzialmente sganciata dal territorio e quasi totalmente aliena da finalità epidemiologiche, preventive, riabilitative.

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

Ricordiamo che il decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, fissante le norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, all'art. 2 recita che quest'ultimo assicura "i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità dell'impiego delle risorse".

Aldilà degli enunciati legislativi, è certo che nella medicina e nella sanità di oggi e di domani la buona gestione delle risorse fisiche e psichiche a disposizione della persona dovrà essere l'altra faccia della buona gestione delle risorse economiche a disposizione della società. La qualità delle cure implica inoltre l'equità delle cure medesime. Disequità e disuguaglianza, da Ippocrate in poi, non sono tollerabili nel campo della cura della salute: almeno di fronte alla

malattia gli uomini dovrebbero essere tutti uguali. La disuguaglianza esula dal campo della prevenzione primaria, dove le misure preventive, applicate alle cause delle malattie, diminuiscono la frequenza di queste ultime dando prova di una equità che non discrimina e che unisce utilità e moralità. Tali misure, infatti, difendono con efficacia e difendono tutti, dai più ai meno forti socialmente, cosa, ahimé, non sempre evidente per quanto riguarda diagnosi e terapia.

Chiediamoci: l'equità delle cure consentirà in avvenire che a tutti indistintamente gli aventi bisogno e diritto sia garantita la possibilità di una terapia al massimo livello possibile, mediante un'assunzione di oneri, da parte del corpo sociale o statale, tanto eticamente paritetica quanto economicamente problematica? Se così non potrà essere e non sarà, il medico futuro dovrà impegnarsi nel campo della prevenzione primaria quanto e più che nel campo terapeutico, anche per motivazioni etiche e per ragioni economiche.

Economia ed etica è il sottotitolo di un libro di Benedetto Croce edito nel 1908 e concernente la *Filosofia della pratica*. La pratica medica, da Ippocrate in poi, è stata guidata da eticità ed economia, nell'accezione aristotelica di *oikonomia* o "regola della casa", la quale contiene già per sé una valenza etica, come ben sa chi governa una casa secondo criteri non solo o non tanto di economia monetaria, ma anche e soprattutto di equilibrio bilanciato tra risorse e valori, di armonia tra bisogni e benefici, di *medietas*, di quel "giusto mezzo" teorizzato da Aristotele nell'*Etica Nicomachea* e ripreso da Mosé Maimonide nella *Guida dei perplessi*, (da cui fu fatto derivare, da Isidoro di Siviglia, il nome stesso di *medicina*).

Oggi *economia ed etica* è il binomio centrale di una problematica medica e sanitaria fattasi critica e destinata più che mai a influenzare le scelte di una sanità articolata tra disponibilità di risorse economiche e decisioni eticamente guidate.

Un'esigenza - o istanza, o speranza - di grande portata etica e di altrettanto grande ricaduta economica è quella di riuscire a riattivare una *cultura della prevenzione primaria* che, oltre a essere efficace, è equa. Dell'equità s'è detto. Dell'efficacia basti dire che la prevenzione primaria si applica a monte, non a valle, della patologia da combattere, applicandosi non agli effetti morbosi, ma alle cause di malattia. "La validità della prevenzione primaria", ha detto Lorenzo Tomatis per molti anni direttore dell'Agencia Internazionale per le Ricerche sul Cancro, "resterà inoppugnabile anche se si avvereranno le più ambiziose e costose aspettative terapeutiche". Resterà inoppugnabile perché realizza, già da ora, un utile economico per la società in cui viviamo.

Per queste e per altre ragioni il medico dovrà essere, oltreché un buon diagnosta e un buon terapeuta, un buon pedagogo, che eserciti professionalmente una *educazione alla salute* la quale sia in grado di aiutare gli assistiti ad autoeducarsi e ad acquisire il necessario *senso del limite*.

Un limite molteplice: *fisiologico*, giacché non possiamo dirci "più sani e più belli" a tutte le età della vita; *scientifico*, poiché la medicina, pur avendo fatto e facendo enormi progressi, non può fare tutto, non è onnipotente; *economico*, perché la medicina che non può fare tutto, non può neanche dare tutto, indiscriminatamente.

Questo limite, si badi bene, non è un divieto, ma una regola etica, una ragione filosofica.

Dell'amicizia

Essere solidali con gli uomini o con la virtù o con Dio... queste non sono che parole vuote, se non rappresentano un intreccio di legami. Dio discende fino alla cosa per trasformarsi in cosa... E per chi è solidale con gli uomini, l'uomo non è una semplice parola del suo vocabolario; gli uomini sono coloro dei quali egli è responsabile... Io non conosco l'uomo ma uomini. Non conosco la libertà, ma uomini liberi. Non conosco la felicità, ma uomini felici. Non conosco la bellezza, ma cose belle.

Non amo chi è sedentario nel cuore...

Si cammina lungamente, fianco a fianco, chiusi nel proprio silenzio o scambiando parole che nulla convogliano... Ma ecco l'ora del pericolo. Allora ci si spalleggia a vicenda. Ci si accorge di appartenere alla medesima comunità. Ci si amplia nella scoperta di altre coscienze.

(...) Che cosa ci occorre per nascere alla vita? Darci. Abbiamo sentito confusamente che l'uomo non può comunicare con l'uomo se non attraverso una stessa immagine.

Noi, figli dell'era della comodità, proviamo un inspiegabile piacere a condividere i nostri ultimi viveri nel deserto.

In un mondo divenuto deserto, avevamo sete di ritrovare degli amici.

Non capite che il dono di sé, il rischio, la fedeltà fino alla morte sono esercizi che hanno largamente contribuito a fondare la nobiltà dell'uomo?

(...) L'amicizia io la riconosco dal fatto che non può essere delusa. Se cerco quelli tra i miei ricordi che mi hanno lasciato un sapore durevole, se faccio il bilancio delle ore che contarono, ritrovo infallibilmente ciò che nessuna ricchezza sarebbe valsa a procurarmi. Non si compera l'amicizia di un compagno vincolato per sempre a noi dalle prove vissute insieme.

Secondo l'uomo quello che è dato a uno viene sottratto ad un altro. È la dimenticanza di Dio e l'uso dei beni che ci hanno fatti così. Perché, in realtà, ciò che tu dai non ti diminuisce, anzi ti accresce nelle tue ricchezze da distribuire.

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY
(da: *Slogans dell'anima*, Edizioni Paoline, 1986).



Cortile del Richini nella Ca' Granda, ora sede dell'Università: finestre inscritte nelle arcate chiuse dell'ordine superiore (da: *"La Ca' Granda di Milano"* *"L'intervento conservativo sul cortile richiniano"* – Progetto Monumenti Snam, 1993).

In ricordo di Gian Alberto Dell'Acqua l'uomo e lo studioso, paladino del patrimonio d'arte della Ca' Granda

ERNESTO BRIVIO

La scomparsa di Gian Alberto Dell'Acqua ha privato Milano e la cultura italiana d'uno dei loro più illustri esponenti; ma sarebbe riduttivo non estendere il valore del suo insegnamento, e quindi della sua memoria, almeno all'intera cultura europea.

Nobile nella slanciata figura e nel tratto, semplice e incisivo nella parola detta o stampata, dotato di sorgiva ricchezza di intuizioni, trasferite poi e documentate nei suoi limpidi saggi, alieno da una certa verbosità accademica, oggi assai praticata, profondo conoscitore dell'intimità del processo creativo di ogni artista, lineare nel percorso storico-critico dei suoi studi tutt'altro che settoriali, esigente verso di sé quanto comprensivo e generoso di consigli verso gli studenti e i giovani artisti: con questi tratti, ognuno di noi – e non solo gli addetti ai lavori – ricordano e hanno nel cuore Gian Alberto Dell'Acqua, il *gran signore* della critica e della storia dell'arte italiana.

Lo stesso rigore che ebbe nell'affrontare criticamente le opere dei grandi artisti riservò sia a quelle di autori fino al momento poco noti e poco valutati sia alla produzione artistica di interi periodi. Anche se le sue energie e i suoi entusiasmi, fin dall'età giovanile, li spese in particolare per la pittura manieristica lombarda e per quella del Sei-Settecento, con altrettanto impegno si dedicò all'intera arte italiana, dall'alto medioevo al rinascimento, dal neoclassicismo alle varie stagioni del romanticismo fino ai movimenti fioriti nel tempo a noi più vicino, nessuno escluso. Quanti autori Dell'Acqua trasse dal buio, nel quale fino all'incontro con lui giacevano, e quanti altri, appena noti al mondo ufficiale degli storici dell'arte, risorsero alla luce delle sue mostre e all'inaspettata attenzione di folle di ammiratori!

Tutta la sua instancabile attività è segnata dalla severità degli studi e delle ricerche e dal continuo personale confronto con le opere, prediligendo quelle pittoriche e scultoree; un impegno quotidiano, e anche notturno, caratterizzato da una prodigiosa memoria visiva e bibliografica, conservata fino agli ultimi giorni della sua lunga, silenziosa e feconda vita, e da un sesto senso, un vero evangelico talento, che seppe e volle trafficare fino all'estremo come atto di gratitudine verso Colui che gliene aveva fatto dono.

Il mondo, senza confini, della cultura ricorda con sincera gratitudine quanto deve alla sua appassionata e intelligente attività. Basterà citare il lungo e magistrale insegnamento di Storia dell'Arte all'Università Cattolica del Sacro Cuore, il salvataggio, a volte fortunoso, dei capolavori di Brera minacciati dalla seconda guerra mondiale, la ricostruzione della Casa Museo Poldi Pezzoli, la riapertura della Pinacoteca Ambrosiana, la cura con cui attese, quale Soprintendente, alla ripresa della Pinacoteca di Brera e alla salvaguardia e valorizzazione del patrimonio artistico lombardo.

Al binomio Lino Montagna, assessore alla Cultura del Comune di Milano, e Gian Alberto Dell'Acqua, illuminato ed entusiasta curatore, si deve la felice stagione delle grandi mostre a Palazzo Reale, che hanno offerto al pubblico italiano un nuovo e più consapevole modo di accostare ed amare alcuni vertici dell'arte: dall'*Arte lombarda dai Visconti agli Sforza*, a *Caravaggio*, a *Picasso*. Convinto che, in ogni tempo e in ogni luogo, fioriscano artisti capaci di esprimere e comunicare creativamente le proprie suggestioni esistenziali e istanze spirituali, egli non esitò a riservare particolare

attenzione all'arte contemporanea; non certo per curiosità o giovanilismo di moda, ma per intima convinzione, quasi un'apertura di credito verso l'oggi e il domani. Non devono quindi stupire i quasi tre lustri che lo videro impegnato segretario generale e commissario governativo della Biennale di Venezia. Per un quarto di secolo fu consigliere della Veneranda Fabbrica del Duomo, ove con misura, sensibilità, profonda conoscenza dei peculiari contenuti dell'arte cristiana profuse le sue doti umane e professionali, sempre accompagnate da un affascinante sorriso e dalla viva luce del suo sguardo. Fu maestro della cultura e uomo d'arte tutto d'un pezzo, come dimostra la sua passione per la musica, il teatro, il cinema, la letteratura, lo spettacolo sempre nuovo e rinnovante della natura.

Ma, in questa sede, preme ricordare Gian Alberto Dell'Acqua come il benemerito amico che tanto si è prodigato per la salvaguardia, la conservazione e la conoscenza dell'inestimabile patrimonio d'arte della Ca' Granda, in particolare della sua prodigiosa Quadreria. Quando, per la preveggenza di Lino Montagna, venne costituita l'Associazione per l'Abbazia di Mirasole, allo scopo di salvare un'importante testimonianza storica e architettonica e di farne la sede appropriata per la conservazione e la fruizione estetica della collezione pittorica dell'Ospedale Maggiore, si ricostituì operativamente il collaudato sodalizio Montagna-Dell'Acqua, per altro mai interrotto negli ideali e negli interessi culturali condivisi.

Fondamentale fu la revisione e la valutazione operate dell'intero patrimonio pittorico, gli indirizzi e le priorità stabilite per il restauro di molte opere, i suggerimenti per l'utilizzo degli spazi di Mirasole e per le modalità di esposizione stabile e a rotazione delle grandi tele, che ora assommano a 1000 opere, costituendo la più grande raccolta di ritratti di benefattori iniziata nel 1600 e tuttora in crescita. La conoscenza profonda e aggiornata dell'arte del nostro tempo consentì a Dell'Acqua di suggerire per nuovi ritratti validi artisti, i cui bozzetti, come poi i dipinti, furono apprezzati e approvati, dopo i sereni confronti con i colleghi della Commissione Artistica dell'Ospedale Maggiore, per lunghi anni da lui autorevolmente presieduta. In questo modo, la Quadreria non solo poté arricchirsi di opere dovute a firme prestigiose, ma divenne anche la ribalta per alcuni giovani pittori, che da quella felice occasione trassero riconoscimenti e fama.

La dedizione di Gian Alberto Dell'Acqua alla Ca' Granda e al suo patrimonio pittorico fu testimoniata dalla splendida mostra del 1981 a Palazzo Reale, nella quale sotto il titolo "La Ca' Granda – Cinque secoli di storia e d'arte dell'Ospedale Maggiore di Milano" i milanesi poterono ammirare un esteso, scelto florilegio dei ritratti dei benefattori, conoscere i volti di questi concittadini, illustri o sconosciuti ai più, e quasi dialogare con loro; essi, pur nobili e di alto censo, seppero coltivare nell'animo la virtù della carità cristiana, esprimere concretamente l'impegno sociale verso i più bisognosi di cure e di attenzioni, esercitare quella solidarietà che dovrebbe animare chi più ha verso chi meno ha. La rassegna ebbe anche il merito di scandagliare e portare alla luce l'evolversi della ritrattistica lungo l'arco di quasi cinque secoli, i diversi atteggiamenti degli artisti nel porsi davanti ad un riconosciuto protagonista della società milanese del tempo, i differenti modi di celebrarlo o di raccontarlo.

Felici e di indubbia efficacia le parole di Dostoevskij "La bellezza salverà il mondo"; tanto vere, ricche di speranza e di spiritualità, da essere stata riprese di recente in due magistrali documenti del card. Carlo Maria Martini e di papa Giovanni Paolo II. È anche in questa luce che dobbiamo ricordare Gian Alberto Dell'Acqua: un mite ed umile, quale lui era, ma efficace sostenitore e operatore di questa salvifica *bellezza*. Con i suoi rigorosi studi e le sue ispirate intuizioni, egli ebbe il grande merito di non fermarsi alla critica e alla contemplazione della bellezza delle forme d'arte di ogni tempo; egli seppe andar oltre, fino a fare emergere i contenuti spirituali che hanno guidato il cuore e la mano dell'artista, un indelebile messaggio di salvezza che dipinti e sculture riusciranno a far giungere nell'animo d'ogni uomo di buona volontà.

Per ricordare don Carlo Gnocchi precursore della moderna riabilitazione

MILENA LERMA

“*Amis, ve raccomandandi la mia baracca!*” Così andava ripetendo don Carlo Gnocchi negli ultimi giorni della sua vita, ormai consapevole della morte imminente, avvenuta in Milano il 28 febbraio 1956 a soli 54 anni.

In questa invocazione il termine “baracca” non solo esprime l’umiltà del fondatore della Pro Juventute, ma sembra simboleggiare il luogo dove si era consumata la tragedia degli Alpini in Russia nella II guerra mondiale e dove il cappellano don Carlo Gnocchi aveva condiviso le sofferenze dei suoi soldati e aveva raccolto le ultime parole dei morenti che gli raccomandavano le loro famiglie e i loro bambini.

Proprio in quelle baracche la vocazione giovanile alla carità di questo straordinario samaritano si era enucleata in un voto, poi tradotto in forme di azione sempre più precise: dalla primitiva promessa fatta agli Alpini di occuparsi degli orfani dei caduti in Russia, al soccorso e alla cura dell’infanzia vittima della guerra, in primis i mutilatini, alla riabilitazione dei fanciulli motulesi e dei poliomielitici.

A 60 anni dalla istituzione della “Casa degli orfani” in Arosio e dell’incontro con il primo mutilatino (1945) che determinerà l’orientamento della sua azione caritativa; a 50 anni, inoltre, dalla posa della prima pietra del “Centro pilota” di Milano, a lui intestato (1955), riaffiorano i ricordi e le testimonianze sulla vita e le opere di don Gnocchi, memorie che il tempo ha reso più nitide nella loro originalità e nello spirito profetico.

Viene spontaneo, specie per chi ha vissuto quei tempi, il bisogno di continuare a trasmettere la memoria di questo ispirato sacerdote, delle sue imprese che hanno del leggendario, volte a far conoscere la realtà ancora ignorata dei mutilatini nella sua dimensione di olocausto di tante vittime innocenti ed a promuovere una serie di istituzioni per la cura socio sanitaria ed educativa dei giovani

motulesi, strutture create dal nulla, inizialmente senza finanziamenti pubblici né coperture legislative, ma con fiducia nella Provvidenza attivamente sollecitata e nella collaborazione di amici.

Il suo lungo e appassionato itinerario, spesso carico di dolore e di incomprensione, in una Italia non ancora pronta ai cambiamenti tecnologici, al mutamento di stile della carità, è ampiamente attestato in numerosi scritti dello stesso don Gnocchi e celebrato dai suoi biografi.

Qui facciamo particolare riferimento all’opera, documentata con rigore storico ed umana partecipazione, dei professori Giorgio Rumi ed Edoardo Bressan: “Don Carlo Gnocchi. Vita e opere di un grande imprenditore della carità”. (Mondadori, Milano, 2002).

Questo studio, che partendo dalla misteriosa vocazione di don Carlo Gnocchi alla carità ne sviluppa l’evoluzione attraverso l’esperienza della sofferenza umana fino alla creazione della grande “Opera di Carità”, ci stimola ad approfondire i caratteri singolari, di profondo valore umano, religioso, tecnico/scientifico del pensiero e dell’opera di don Gnocchi per ricordarli nella loro perenne vitalità.

Nel tempo si sono delineati dei caratteri “mitici” di questa grande figura ormai entrati nell’immaginario collettivo: il Cappellano degli Alpini, il Padre dei mutilatini, il Fondatore della Pro Juventute, l’Educatore della gioventù.

Meno noti, forse, al vasto pubblico sono altri aspetti della sua personalità ed azione che fanno di lui un innovatore della carità e della cura. Si pensi ad esempio al nuovo modo di interpretare la carità come “ricerca personale” di aiuti per la sua opera più che semplice “attesa” della Provvidenza, utilizzando allo scopo con moderna intuizione l’associazionismo, i mezzi di comunicazione di massa del tempo: stampa, radio, cinema, pubblicità, campagne nazionali; alla sua mistica interpretazione e valoriz-

zazione del “dolore innocente”, frutto della sua visione religiosa del dolore che associa la sofferenza umana a quella di Cristo; alla sua innovativa proposta di un recupero globale dei motulesi sul piano sanitario e sociale.

In particolare vogliamo sottolineare il contributo di don Gnocchi quale *precursore della moderna riabilitazione*.

L'aver aperto gli istituti creati nel dopoguerra ai mutilatini, aveva reso evidente la necessità di un nuovo tipo di struttura specializzata per la cura di una nuova categoria di ricoverati, i motulesi. Non orfanotrofi, non ospedali per minorati, non ospizi di carità, ma Centri organizzati su un nuovo modello di cura integrale e di recupero polifunzionale.

Il prodigioso sviluppo dell'Opera di Carità richiedeva infatti l'impostazione di una base medico scientifica e strutturale per avviare un nuovo tipo di assistenza volta al recupero fisico, motorio e sociale dei piccoli mutilati, che, nel 1945, assommavano già a 15.000.

Al raggiungimento di tale obiettivo concorsero diversi eventi connessi con il progresso tecnico scientifico degli anni '50, con gli scambi culturali sul piano internazionale e con la conoscenza delle esperienze dei paesi tecnicamente più progrediti, in particolare degli U.S.A. impegnati nell'assistenza post bellica in Italia.

Ma l'originalità di don Carlo Gnocchi sta nell'aver intuito la necessità di una riabilitazione che tenesse conto del contesto della persona umana, che fosse incentrata, oltre che sulle cure sanitarie, sull'istruzione culturale e professionale del motuleso, sul rapporto con la famiglia, con la comunità di vita, di lavoro, di relazione. È una visione sistemica che connette l'individuo al gruppo sociale di appartenenza e che, sul piano operativo, produce una svolta terapeutica. Per cui non si tratta solo di un parziale recupero fisico/motorio o di una settoriale applicazione di protesi, ma di una restituzione della persona allo stato primitivo di relativa normalità.

In tale prospettiva va ricordata l'opera di fratel Beniamino Bonetto delle Scuole Cristiane “che in quegli anni divenne il più stretto collaboratore di don Gnocchi, colui che lo aiuterà a tradurre l'intuizione caritativa in una proposta pedagogica e scientifica”.

All'epoca, le esperienze di riabilitazione in Italia erano scarse; ma proprio negli anni '50, sotto la pressione di un misterioso meccanismo di propagazione, cominciano ad affermarsi le prime iniziative innovative per la cura delle disabilità infantili e per l'istruzione di soggetti con deficit fisici; dove però la priorità era data alla patologia neurologica “mentre le lesioni motorie restavano una sorta di zona intermedia non adeguatamente esplorata né sotto il profilo medico/chirurgico, né sotto quello psicopedagogico”.

L'occasione per comunicare pubblicamente l'impostazione innovativa di una istituzione aperta, che collocava al centro dell'attenzione la persona umana e la risposta educativa oltre che sanitaria ai suoi bisogni, fu data dalla partecipazione di don Gnocchi e di fratel Beniamino al “Congresso internazionale sull'educazione dei minorati fisici” promosso dalla “Union Internationale pour la protection de l'enfance” tenutosi a Ginevra nel febbraio 1950.

Don Gnocchi con la relazione “Il bambino motuleso e le sue relazioni con la famiglia e la società” sosteneva l'idea, apparentemente paradossale e provocatoria, di aiutare i motulesi a “rendere normale la loro anormalità, facendoli vivere in una società dove la loro sventura è la regola e dove si possono ristabilire quei rapporti normali che soli possono formare una personalità equilibrata”.

Fratel Beniamino, a sua volta, aveva presentato una nuova prospettiva di riabilitazione affrontando il tema: “Le esigenze psicologiche e morali dei mutilatini” in cui analizzava le tappe di sviluppo psicologico dei fanciulli mutilati e i problemi che si riflettevano sulla loro personalità in formazione, mentre sottolineava il diritto di questi fanciulli ad essere istruiti, curati, preparati ad una vita degna di un essere umano. Un dovere di giustizia prima che di carità.

Va inoltre riconosciuta l'importanza che ebbe l'introduzione, anche nel discorso riabilitativo di una nuova disciplina ancora poco praticata in Italia, vale a dire della *psicologia* come base teorica per l'analisi dei problemi umani e come tecnica terapeutica centrata sulla personalità dell'individuo.

Questa nuova epistemologia aveva conquistato, negli anni '50, il più vasto campo dell'assistenza

sociale concorrendo a modificarne la concezione da attività meramente riparatoria, burocratica ad attività personalizzata, di sviluppo, diretta a sempre più ampie fasce di cittadini ed esercitata da operatori professionalmente formati.

Soprattutto a cura di frater Beniamino, che ebbe con don Gnocchi vent'anni di profonda amicizia e della cui opera fu uno dei più attivi proscrittori, si impone l'esigenza di fondare la riabilitazione su una diagnosi scientifica anche di tipo psicologico. A suo giudizio, infatti, l'opera di recupero dei mutilati in Italia risultava inferiore alle sue potenzialità non tanto per mancanza di fondi, di carità, di volontariato "quanto piuttosto per deficienza di profondità e di sistematicità nella diagnosi". In particolare i pregiudizi ed una certa ostilità nell'uso di strumenti psicologici da parte di chi temeva "lo psicologismo materialista", privavano ancora la riabilitazione di quell'approccio scientifico atto a consentire la cura integrata del corpo e dello spirito.

Nel grandioso sforzo di realizzazione della sua opera, don Gnocchi in quanto sacerdote ed educatore teneva ben fermi alcuni obiettivi irrinunciabili, quali: l'assetto istituzionale dei vari collegi poi riuniti nella Fondazione Pro Juventute (oggi Fondazione don Carlo Gnocchi, ONLUS); la loro impostazione psicopedagogica cristiana e la "volontà di fare della sua opera un'opera della Chiesa" illuminata dalla spiritualità mariana; un modello di riabilitazione basato sul lavoro per i motulesi, unico strumento positivo per dare stima e riconoscimento a tante creature prive di valore sociale a motivo dell'handicap e delle loro umili origini; l'apertura dell'Opera ai bisogni che storicamente si presentavano e ne ampliavano le finalità, come avvenne poi per i poliomielitici e per i gravi disabili.

Don Gnocchi insisteva sul dovere della società di reintegrare socialmente i giovani colpiti da una "malattia sociale" e ne anticipava le linee di recupero in una prospettiva che associava i progressi della chirurgia ortopedica con la fisioterapia, con l'ergoterapia e con la riabilitazione personalizzata. Ciò richiedeva da un lato la collaborazione di diverse figure professionali sanitarie e psicosociali; dall'altro il riadattamento degli istituti esistenti, due prospettive intuite con lungimiranza, ma non sempre immediatamente traducibili in pratica sia per l'arre-

tratezza tecnologica che per la tradizionale separazione tra sanitario e sociale; tra medico e pedagogico.

Su tutti i progetti che ancora urgevano nella mente e nel cuore di don Gnocchi, primeggiava quello della costruzione del "Centro pilota" di Milano, un istituto di nuovo tipo in grado di integrare gli interventi sanitari con quelli riabilitativi e capace di restituire alla società un soggetto recuperato non solo sul piano ortopedico, ma altresì su quello sociale, mediante la formazione professionale e il successivo inserimento lavorativo.

A questo progetto collaborarono, in particolare, gli amici della Fondazione Pro Juventute appartenenti alla classe imprenditoriale milanese. In effetti, nella prospettiva di don Gnocchi, "occorreva misurarsi soprattutto sui rapporti con l'industria e con il mondo del lavoro".

La posa della prima pietra del Centro pilota avvenne nel settembre 1955 alla presenza del capo dello Stato Giovanni Gronchi. Don Gnocchi, già malato, ne seguirà gli sviluppi ma non vedrà la realizzazione del Centro da lui dedicato a Santa Maria Nascente.

Alla sua morte il mondo si era stupito e commosso alla notizia del trapianto di cornea (il primo trapianto effettuato in Italia) voluto da don Gnocchi per ridare la vista a due giovani ciechi.

Don Barbareschi, l'amico prete che don Gnocchi aveva voluto vicino "per vivere la morte", in una toccante rievocazione degli ultimi giorni di vita del santo sacerdote, si augurava di aver contribuito con la sua testimonianza a far conoscere e amare don Gnocchi non solo dal punto di vista storico, ma nella profondità del suo mistero umano.

Invero non si può non rimanere affascinati da questa grande figura di uomo di fede, da questo appassionato testimone dell'amore divino, protagonista di una rivoluzione nel campo dell'assistenza e della riabilitazione.

Possa il dono di grazia di cui egli è stato portatore privilegiato, continuare a dare senso al "dolore innocente" contro le forze operanti del male e a promuovere forme concrete di riabilitazione umana e sociale su questa terra dove "la guerra non è finita".

Una ricerca originale e direi anche affettuosa, quella che al di là della conoscenza secolare di grandi nomi protagonisti della beneficenza, che a cominciare da Francesco Sforza fondatore dell'Ospedale Maggiore, ne hanno continuato nel tempo la costruzione, curato il restauro e difeso la conservazione, al di là di esposizioni notissime dei celebri ritratti di benefattori che ne ricordano la munificenza, si sforza qui di trarre dalla quasi oscurità donatori di pari merito, se non superiori per motivi diversi (i cosiddetti "minori").

Ricerca particolare - s'è detto - difficile e faticosa in quanto il mondo vasto e vario della beneficenza che ha retto nei secoli il nostro Ospedale, la diversità dei tempi e degli avvenimenti che hanno determinato o incrementato la "donazione", avrebbero richiesto periodi e impegno lunghissimi e ci avrebbero portato lontano dalle nostre meditate ma consapevoli finalità e possibilità. Ricerca tuttavia affascinante negli atti, nella storia della nostra istituzione, per la quale è possibile incontrarsi e fermarsi sulle centinaia di firme e di scritture diverse. Qui i nomi ci sono tutti e di molti ci sono preziosi cenni di vita, di ... "sofferenza donata", con le motivazioni del loro essere lì.

Naturalmente nelle pagine di Elisabetta Zanarotti la scelta è limitata e ha comportato una ricerca possibile nelle motivazioni del lascito, dell'offerta, della donazione, della famiglia, dei tempi, per decidere.

Sforziamoci di vedere nei benefattori qui ricordati tutti gli altri, che però esistono. Esistono negli atti e nell'archivio ospedaliero e noi abbiamo ritenuto di attirare l'attenzione su questa loro presenza "reale".

Sono 5742 i benefattori dell'Ospedale Maggiore, che l'archivista Pietro Canetta riporta e ricorda nel suo rigoroso Elenco dal 1456 al 1886. Impensabile portarli realisticamente alla luce, però doveroso evidenziare l'importanza e il peso anche numerico della loro azione a beneficio dell'Ospedale: ma ancora, e soprattutto, evidenziare e dare atto per tutti noi dell'avvenuto recepimento sociale e sostanziale in ogni tempo del grande, intrinseco valore della donazione.*

"Segno di civiltà la beneficenza, è stato detto: ti fa scoprire l'Altro e ci migliora tutti".

F.C.

I nostri benefattori cosiddetti "minori"

ELISABETTA ZANAROTTI TIRANINI

Nel policromo e vasto mondo dell'arte, è stato dato spazio a una ricerca relativa alle collezioni di quadri e di altri interessanti oggetti di indubbio valore storico-affettivo, appartenenti al patrimonio delle istituzioni ospedaliere e di pubblica assistenza.

L'arte, come espressione sublime e poliedrica dello spirito umano, mostra l'intrinseca capacità di coniugarsi con molteplici attività, per cui il suo connubio con sanità, medicina e beneficenza, riesce ben assortito.

Il duca Francesco I Atténdolo Sforza e sua moglie Bianca Maria Visconti, fondatori dell'Ospedale Maggiore di Milano, nonché papa Pio II (Enea Silvio Piccolomini) che autorizzò la fondazione con bolla pontificia del 9 dicembre 1458, furono i primi ad avere i propri ritratti a eterna memoria.

Come scrive Pietro Canetta⁽¹⁾, archivista degli Istituti

ospitalieri durante la seconda metà dell'Ottocento, "... Tutte le rappresentanze che si succedevano nel governo dell'Ospedale Maggiore di Milano dal 1456 in poi, sentirono il bisogno di tenere viva la memoria dei benefattori del Luogo Pio, di quei fondatori e restauratori del patrimonio ospitaliero, di quei filantropi che con le loro disposizioni benefiche contribuirono in tempi difficili a sottrarre l'Ospedale a dolorose catastrofi, specie nel XVII secolo ...".

Ma soltanto all'inizio del XVII secolo, sorse la consuetudine, mantenuta ancora oggi, di perpetuare il ricordo anche visivo dei benefattori più insigni, facendone eseguire i ritratti in quadri "olio su tela", oppure in sculture di marmo.

La deliberazione capitolare del 6 dicembre 1602 fu presieduta dal priore Giovanni Jacopo Rainoldi.

* Per il Canetta il 1886 è l'anno del suo "distacco" dall'Ospedale e quindi dallo scrivere per l'Ospedale. Ma la ricerca, oggi, con le stesse nostre finalità, può fermarsi a quella data? E il generoso Novecento? A un prossimo futuro.

Successivamente, si adottò un criterio diverso, cioè quello di onorare il benefattore in quanto tale, fosse o non fosse nobile e autorevole. Quindi, l'usanza del ritratto fu disciplinata soltanto nel XIX secolo, precisamente con deliberazione 22 ottobre 1810 dalla Congregazione di carità, stabilendo che per un lascito da lire 80.000 in su, fosse dipinto un quadro a figura intera (misure di circa cm 200 x 130) e da lire 80.000 a lire 40.000, a mezza figura (misure di circa cm 130 x 90 o anche inferiori).

Molti personaggi sono stati dipinti in pose naturali, quasi a voler comunicare un proprio atteggiamento o uno stato d'animo. Grazie all'abilità e alla sensibilità artistica del ritrattista, sono state colte espressioni e usanze assai significative. Per esempio, l'abbigliamento è un aspetto storico-sociale della moda tipica di epoca, origine e nazionalità del benefattore.

Fino alla fine degli anni Settanta del Novecento, i quadri dei benefattori maggiori venivano esposti sotto i portici del grande cortile (dell'architetto Francesco Maria Richini 1583-1658)⁽²⁾, durante ogni anno dispari, il giorno 25 marzo, in occasione della festa della Beata Vergine Annunciata, cosiddetta del *Perdono* e solennizzata per la prima volta nell'anno 1460 in una chiesa eretta provvisoriamente sulla "montagna"⁽³⁾ dell'Ospedale (ora grande cortile dell'Università degli Studi di Milano).

Accanto a munifici benefattori e benefattrici, appartenenti prevalentemente all'*élite* lombarda, o di origine spagnola, o austriaca (nobiltà, alti gradi delle forze armate e del clero, della cultura e così via), esiste una nutrita schiera di persone facenti parte della nobiltà minore e di ceti considerati di differente levatura.

Ma è proprio per questo che, teniamo a sottolineare, sono proporzionalmente più apprezzabili per generosità.

Questi benefattori cosiddetti "minori", talvolta imparentati con benefattori "maggiori" come vedremo dettagliatamente oltre, hanno conferito all'Ospedale oltre a lasciti in denaro liquido, anche altri beni quali: immobili e terreni (o porzioni di essi), suppellettili, merci, corredi e altre varietà merceologiche, quasi tutto frutto di una vita di duro lavoro e di sacrifici.

I "minori" assai raramente possiedono un ritratto; dobbiamo considerare che l'emolumento devoluto al pittore, di solito veniva sborsato dall'amministrazione

del nosocomio secondo parametri oscillanti nel corso degli anni, però comunque sempre abbastanza cospicui. L'archivista Pietro Canetta ha censito 5.742 benefattori in stretto ordine alfabetico. Volendoli distribuire fra i cinque secoli dalla fondazione dell'Ospedale al 1886, vanno così assegnati:

al secolo	XV	251
al secolo	XVI	1.419
al secolo	XVII	1.899
al secolo	XVIII	1.113
al secolo	XIX	1.060

Come si nota, il secolo con il maggior numero, è stato il XVII, un periodo secondo certi storici, (ma non tutti), di "crisi", perché particolarmente contrassegnato da guerre, carestie ed epidemie⁽⁴⁾.

L'elenco è stato suddiviso dal suo autore in due parti, secondo il seguente criterio:

- la prima, riguardante nominativi di benefattori che elargirono un importo non inferiore alle lire 10.000;
- la seconda, per somme inferiori, scendendo fino alle lire 10, e quindi prescindendo dalla classe sociale.

Lo stesso Pietro Canetta riconosce come non sia possibile valutare con attendibilità assoluta numeri e importi, perché non sempre le registrazioni contabili sui libri mastri furono fatte con quella regolarità che è invece vanto del suo secolo.

Qualche antico documento non è perfettamente leggibile, oppure è andato smarrito.

I lasciti sono pervenuti all'Ospedale sotto forme giuridiche differenti: a titolo di eredità, legati, donazioni e vitalizi.

Risulta avere poco senso anche voler quantificare l'importo complessivo, in costante variazione, del patrimonio, al quale peraltro vanno aggiunti i valori dei beni di alcune fondazioni a suo tempo aggregate all'Ospedale: abbazie di Morimondo, Sesto Calende, Ganna, Mirasole, Collegio evelitico; alle risultanze, bisogna poi sottrarre le spese di manutenzione, restauro, e altro.

Si è verificato, altresì, di dover procedere alla vendita di immobili per fronteggiare le gravi necessità nell'assistenza ai malati. Ci fu un momento, intorno al 1652, in cui si pensò addirittura di chiudere l'Ospedale, venendo ad essere insufficiente per il consumo quotidiano sia il frumento, sia la biancheria, comprese le pezze destinate alle medicazioni; però, grazie anche alla solerte carità dei cittadini, l'Ospedale non ha mai interrotto la sua funzionalità. Anzi, l'opera ospedaliera

iniziale andò sempre più specializzandosi con l'istituzione di altre strutture dislocate in punti diversi della città, e aventi l'aspetto di satelliti ruotanti attorno all'Ospedale Maggiore, con il criterio di ammettere ad esso soltanto gli infermi curabili e che non fossero di infermità contagiose.

Si comprende come la beneficenza a favore delle istituzioni ospedaliere, in realtà, producesse i suoi benefici effetti di ritorno ai benefattori stessi, i quali sapevano di trovare una struttura finalizzata ad alleviare le loro sofferenze fisiche e psichiche.

Nulla doveva o poteva andare sprecato, neanche le offerte più semplici e modeste, ma dettate dal cuore anche di povera gente che nutriva per la *Ca' Granda* rispetto e sincero affetto.

Seguendo la logica di una regola giuridica, possiamo fare una distinzione fra causa e motivazione. La prima, dominante, era ed è la beneficenza all'istituzione; la



Il benefattore Giovanni Battista Annoni nel ritratto del pittore Antonio Bonacina (1735)

seconda presenta diramazioni assai diversificate che è di interesse classificare.

Infatti, con grande dovizia di particolari, la paziente trascrizione effettuata da Pietro Canetta dopo aver scartabellato i documenti di archivio, illustra come qualcuno abbia elargito denaro o altri beni, mobili e immobili, quale opportunità, per esempio, di “espiazione dei propri peccati per suffragare l'anima sua ...”.

Nel gruppo dei numerosi benefattori è interessante arrivare a stabilire l'appartenenza a determinate categorie professionali o sociali, storicamente utile dal punto di vista sociologico.

A Milano e nel territorio dell'Alto Milanese, erano rilevanti l'industria tessile laniera, serica, e quella delle armi, mentre a sud della città, prevaleva l'attività agricola. Ciò avveniva per una differente composizione geologica del terreno, che si riscontra tuttora: più facilmente coltivabile e più fertile a sud in direzione di Cremona, Lodi, Pavia e altre località.

All'infuori dei nobili, molti benefattori furono i sacerdoti e i medici.

Indispensabile, a questo punto, la consultazione dei saggi di Giuseppe Castelli, Salvatore Spinelli e Giorgio Cosmacini. L'ordine è quello alfabetico dei cognomi, seguendo le indicazioni di Pietro Canetta, che lungi da essere una nomenclatura, desidera evidenziare i personaggi meritevoli di illustrazione, riconoscenza e qualche eventuale curiosità.

Giovanni Battista Annoni o *Annone*, (figlio di Antonio), agiato mercante di seta, con testamento del 7 marzo 1733, tra i vari eredi, designò i “Nuovi Sepolcri al Foppone” (oggi, *Rotonda della Besana*), per i quali fece costruire i cancelli di ferro sulle porte del recinto, lasciando lire 5.700. Già in vita, aveva fatto erigere a sue spese sessanta colonne con i piedistalli, capitelli e pilastri, nonché venti archi nel sopra citato recinto.

Lasciò anche una piccola somma per la celebrazione di una messa quotidiana nella Chiesa del Foppone, e in essa fu seppellito come desiderava, sotto l'altare maggiore ⁽⁵⁾.

Fu ricordato con una lapide di cui si ignora la sorte. Il ritratto, a figura intera, fu eseguito dal pittore Antonio Bonacina per l'importo di lire 54 nel 1736.

Gruppo familiare: *Aspesi-Corbetta-Fattina-Tentorio-Corti*

Angelica Aspesi Corbetta, Giovanna Aspesi Fattina e Angiola Tentorio: si tratta di tre signore che non lascia-

rono alcuna sostanza all'Ospedale Maggiore; ma nella loro qualità di successibili "ex-lege" di Giovanni Battista Corti, defunto nel 1667, (figlio di Giangiacomo e di Claudia Salici, gioielliere come il padre), e già discendenti da una Giovanna o Giovannina Aspesi moglie dell'avo testatore, desistettero dall'impugnare il testamento del 21 marzo 1664 che designava il nosocomio quale erede. Anzi, contribuirono ad evitare che il fisco avesse delle pretese su tale eredità.

Mentre si è in possesso dei tre ritratti delle signore, di qualità modesta, dipinti da un anonimo pittore lombardo del XVII secolo, non si trova più quello di Giovanni Battista Corti, che comunque fu eseguito.

Luigi Baciochi o Baciocchi, (figlio di Gerolamo), a Zelobuonpersico fu eletto agente dell'Ospedale Maggiore nel 1639 e prestò i suoi servizi al Luogo Pio per circa 30 anni con piena soddisfazione dei superiori.

Con testamento dell'8 dicembre 1668, designò l'Ospedale quale erede universale della sua sostanza ammontante a lire 3.600 circa.

Il suo ritratto, dipinto da Gerolamo Leva, andò smarrito, però si decise di non sostituirlo, poiché si trattò di eredità modesta.

Maria Luigia e Carolina Bonfanti, (figlie di Andrea e di Antonia Maria Magni; complessivamente cinque sorelle, tutte ex monache del soppresso monastero di Sant'Apollinare in Milano⁽⁶⁾, più tre fratelli di cui due monaci cistercensi e l'altro, Carlo Giuseppe, sacerdote), con testamento del 3 aprile 1794, si nominarono eredi reciprocamente, designando, dopo di loro, l'Ospedale Maggiore. Questo, nel 1797, conseguì lire 5.000.

Delle monache non esiste ritratto, invece ce n'è uno di Carlo Giuseppe. Con testamento del 27 agosto 1789, aveva già destinato la sostanza di lire 120.000 all'Ospedale Maggiore. Pervennero anche alcuni immobili e terreni nei dintorni di Milano per un valore di lire 55.000.

Il quadro fu eseguito all'indomani della morte del benefattore da Giovanni Perabò, il cui emolumento fu di lire 180.

Giuseppe Brioschi, (figlio di Francesco), dal 1782 fu vice tesoriere dell'Ospedale Maggiore, e dal 1802 cassiere generale della Congregazione di carità, organismo che era preposto all'Ospedale Maggiore di Milano, ai Luoghi Pii Elemosinieri, al Luogo Pio Triulzio e agli Orfanotrofi. Fu persona di provata onestà e zelo.

Con il testamento del 17 settembre 1819, lasciò eredi i suoi numerosi figli, tra i quali Giovanni, ingegnere. Quest'ultimo, a sua volta, con testamento del 21 giugno 1852, designò erede una sorella, con la condizione che alla di lei morte, lasciasse all'Ospedale lire 80.000 austriache per il mantenimento di 4 malati cronici. Inoltre favorì l'Istituto dei sordomuti e dei ciechi, nonché gli asili infantili. Dopo la morte della sorella, venne regolarmente pagato il legato. Giovanni Brioschi, come benefattore maggiore, ha un ritratto a figura intera, dipinto da Giuseppe Bertini e commissionato dall'Ente ospedaliero nel 1855. Questo dipinto segna l'inizio della collaborazione di Giuseppe Bertini con la Ca' Granda. Ricordiamo che l'autore citato aveva un lega-



Nel quadro seicentesco di Bernardo Ferrari il ritratto di Andrea Caravaggio.

me con l'Accademia di Brera come consigliere ordinario e poi pittore storico.

Pietro Paolo Caravaggio, (figlio di Giovanni Ambrogio), con testamento del 28 gennaio 1912 lasciò all'Ospedale Maggiore lire 6.000. Fu fratello di Giovanni Andrea, benefattore maggiore, deputato del nosocomio negli anni 1626 e 1644.

Di quest'ultimo, l'asse ereditario, con testamento del 7 giugno 1644, ammontava a lire 1.000.000 circa, ma a causa di molti legati, all'Ospedale toccarono lire 172.000.

Favorì anche l'Ospedale dei Mendicanti di Porta Vercellina.

Il ritratto, compiuto da Bernardo Ferrari, è considerato il migliore dei tre eseguiti dal pittore per l'Ospedale Maggiore di Milano; gli altri dipinti ritraggono i benefattori maggiori: Emilio Omodeo e Bianca Vivaldi Castiglioni.

Francesco Cusani morì il 5 gennaio 1743. Questa è l'unica notizia e non ne abbiamo altre. Finora, malgrado le ricerche effettuate dagli archivisti e dagli storici, salvo errore, non si sono reperiti registrazioni e atti dai quali risulti o si possa determinare l'ammontare delle sue beneficenze a favore dell'Ospedale Maggiore di Milano. Comunque esiste un ritratto a figura intera, eseguito da un pittore lombardo nella prima metà del XVIII secolo.

Curzio Lampugnani, di famiglia nobile, (figlio di Attilio altro benefattore e di Ippolita Crivelli), fu frate cappuccino assumendo il nome di Samuele.

Il suo testamento, redatto il 31 maggio 1618, prima di prendere i voti, nominò erede l'Ospedale Maggiore di Milano. Ma, in seguito a contestazioni da parte dei successibili "ex-lege", il nosocomio rinunciò all'eredità per il corrispettivo di lire 7.000.

Quindi, a causa dell'importo modesto rimasto, non abbiamo il ritratto.

Gerolamo Lattuada, (figlio di Giovanni Battista), di Limbiate, con testamento del 12 agosto 1678, legò lire 6.000 con l'obbligo di fargli il ritratto da esporre in occasione della Festa del Perdono. Ma, d'accordo con i suoi eredi, il ritratto non fu eseguito, stante il legato esiguo.

Antonio Lunghi, (figlio di Francesco), possidente, l'11 settembre 1858 morì a causa di un'infezione, all'età di 82 anni.

Con testamento del 24 aprile 1851, aveva legato all'Ospedale Maggiore di Milano lire 100.000 con la condizione di esporre un quadro grande, rappresentante suo zio Gerolamo Lunghi, grande benefattore, defunto già il 5 agosto 1838, all'età di 91 anni.

Successivamente, con il codicillo del 25 gennaio 1855, limitò il legato stesso a sole lire 3.000. Quindi manca il quadro sia di Gerolamo, sia di Antonio.

Gruppo familiare: *Marozzi-Quadri o Quadrio*

Giuseppe Marozzi, (figlio di Domenico, medico primario dell'Ospedale Maggiore di Milano e di Francesca Canna), con testamento del 7 agosto 1843 lasciò eredi le sorelle: Irene, Lucrezia, Giuseppa, Carolina e Marianna, con un legato di

- lire 80 all'Ospedale

- lire 1.000 ai poveri della sua parrocchia di Santa Maria alla Porta

- lire 5.000 con l'obbligo di erogazione per l'ampliamento della chiesa.

Altre lire 6.000 lasciò al nipote Francesco Forlanini, figlio di Domenico, entrambi medici ⁽⁷⁾.



Irene Marozzi Quadri nel ritratto di pittore ignoto dell'Ottocento.

Irene Marozzi, sorella maggiore, sposò Domenico Quadri o Quadrio; entrambi i coniugi sono benefattori dell'Ospedale. Disposti alcuni legati a favore dei suoi parenti, con testamento del 21 dicembre 1843, ella destinò al nosocomio lire 100.000, in quanto non aveva altri eredi. Morì il 29 novembre 1847, all'età di 78 anni nella sua casa di via Sant'Eufemia.

Domenico Quadri o Quadrio, (figlio di Antonio), nativo di Lugano, dottore in chirurgia, iniziò la sua carriera nell'Ospedale Maggiore di Milano intorno al 1752.. Dopo essere stato anche al servizio del Luogo Pio di Santa Corona, nel 1779 fu eletto chirurgo maggiore nell'aula aggregata alla facoltà medica di Milano. Lavorò pure all'Orfanotrofio per circa 31 anni. Fece testamento in data 30 marzo 1806 e mancò repentinamente tre anni più tardi. Lasciò erede l'Ospedale Maggiore con l'onere di un legato vitalizio di Lire 400 annue a sua moglie; e invece all'Ospedale di Lugano pervenne la sostanza esistente nel Luganese. L'Ospedale di Milano, riconoscendo l'insufficienza dell'assegno diretto alla moglie, le veniva incontro sia accordandole di aumentarlo a lire 1.151 e sia con altre elargizioni. Ecco perché Irene Marozzi Quadri, con proprio testamento, poté lasciare erede l'Ospedale della somma di lire 100.000 in segno di riconoscenza e per i motivi già accennati sopra.

Non esiste il ritratto di Giuseppe Marozzi, benefattore minore, mentre ci sono due dipinti grandi: uno che ritrae la sorella Irene; l'altro, Domenico Quadri, del pittore Amos Grancini.

Gruppo familiare: *Mattanza o De-Mattanza e Della Madonna*

Silvestro De-Mattanza, di famiglia nobile, (figlio di Giovanni), tenente colonnello e governatore del forte spagnolo di Fuentes⁽⁸⁾, scrisse un testamento in data 22 agosto 1681, lasciando all'Ospedale Maggiore di Milano una casa sotto la parrocchia di S. Simpliciano vicino al Monastero dei Padri della Madonna detta dell'Incoronata; di tutta la sua sostanza fu erede la moglie Margherita della Madonna.

Esiste un quadro grande, eseguito da un pittore lombardo, ma non abbiamo notizie sull'autore.

Margherita della Madonna, nacque nel 1628, (figlia di Carlo e di Antonia Medici).

In prime nozze sposò Baldassare Taliana detto Alberti e, alla morte di questi, Silvestro De-Mattanza. Con il testamento da lei scritto il 12 ottobre 1705, designò erede l'Ospedale. Ordinò di essere seppellita nella chie-

sa parrocchiale di S. Simpliciano, nel sepolcro fatto da lei stessa costruire in occasione della morte del secondo marito. Inoltre volle che, in occasione delle sue esequie, fosse esposto lo stemma della sua famiglia e quello del marito, nonché fossero distribuiti commestibili e vino ai poveri di S. Simpliciano. Lasciò i suoi gioielli alla chiesa della Madonna dell'Incoronata. Di questo luogo sacro, ricoprì la carica di tesoriera.

L'Ospedale ricevette lire 100.000 più altri beni.

Il marito Sivestro De-Mattanza, aveva commissionato a un pittore lombardo il ritratto grande di lei, dipinto nel 1690, ma pervenuto alla Quadreria dell'Ospedale soltanto nel 1710 dopo la morte della benefattrice.

Scipione Muzio, (figlio di Giacomo), nel 1605 fu ricoverato d'urgenza nella stanza dei feriti alla testa, detta degli *Scalini*⁽⁹⁾, e lì fece testamento il 9 ottobre 1605 (conservato nell'Archivio storico dell'Ospedale Maggiore di Milano), nominando erede il nosocomio. Guarito dalla ferita, molti anni più tardi morì di peste nel 1631, quando era settantaseienne.

Non abbiamo notizie del lascito e neanche precise del ritratto grande; l'autore fu un pittore lombardo che eseguì l'opera nel 1631.

Gruppo familiare *Parravicini*

Alessandro Parravicini, (figlio di Giovanni Antonio, e fratello di Alessandro, di Lelio e di Luigi), con testamento dell'11 marzo 1666, lasciò all'Ospedale Maggiore di Milano lire 9.000. Infatti aveva saputo che il nosocomio non aveva più fondi e quindi era impossibilitato di fare i necessari acquisti anche per l'andamento quotidiano, subendo altresì il sollecito da parte dei creditori. Con le sue ultime volontà, dispose di acquistare tanta tela della quale c'era urgente bisogno. I fatti sopra descritti nel libro di Pietro Canetta, come lui stesso asserisce, evidenziano lo stato di grave difficoltà delle finanze ospedaliere durante il XVII secolo.

Il fratello Lelio, banchiere, con testamento del 3 gennaio 1691, legò al suddetto nosocomio un credito dell'importo di lire 12.700.

L'altro fratello, Luigi, sacerdote, con testamento del 9 febbraio 1691, legò 1.000 scudi.

Abbiamo il ritratto grande di Lelio Parravicini, eseguito nel 1692 da Andrea Porta, al quale fu corrisposto un emolumento di lire 112.

I Parravicini appartenevano a una delle maggiori famiglie nobili di benefattori dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Gruppo familiare: *Petrolini-Arena-Castelfranchi*

Giuseppe Antonio Petrolini, (figlio di Teodosio e di Marta Caterina Zoppi), originario di Cannobio sul lago Maggiore, funzionario del Regno d'Italia, morì a Parigi dove si trovava per diporto, l'11 agosto 1806 all'età di 56 anni. Fu erede la moglie Francesca Arena che chiese per il marito il ritratto come benefattore.

Francesca Arena, nativa di Messina, (figlia di Gaetano), poi si risposò con Carlo Castelfranchi, altro benefattore. Lei abitava a Milano, in via Molino delle Armi, in una casa di sua proprietà. Beneficò largamente le persone che si trovavano al suo servizio.

È merito suo la ricostruzione della facciata della chiesa di Cannobio. A rammentare questo atto di generosità, venne scolpita una lapide sulla facciata stessa.

Con il suo testamento del 20 ottobre 1815, lasciò in eredità all'Ospedale Maggiore di Milano, una sostanza di lire austriache 220.000, oltre lire 83.000 da lei donate in vita nel 1807, con l'obbligo di un vitalizio a di lei



La benefattrice Francesca Arena nel ritratto di Giuseppe Mazzola (primo Ottocento).

favore e di far figurare nella serie dei ritratti del Luogo Pio anche quello di Giuseppe Antonio Petrolini.

Morì il 20 novembre 1825 all'età di 68 anni.; fu sepolta nel cimitero del Gentilino, dove fu collocato un monumento disegnato dall'architetto Giulio Aluisetti.

Carlo Castelfranchi, (figlio di Giacomo), nativo di Melegnano, fu segretario generale della Regia Direzione Generale delle Comuni. Tramite atto del 30 ottobre 1829, donò all'Ospedale Maggiore alcuni capitali per un valore complessivo di Lire 100.000, con l'obbligo di far eseguire dopo la sua morte il suo ritratto in grande, in piedi, come di pratica. Nel 1836, donò altre lire 10.000 con la condizione di tenere segreto il suo nome. Morì il 1° dicembre 1842 all'età di 77 anni.

I ritratti tutti grandi, di Giuseppe Antonio Petrolini e di Francesca Arena furono eseguiti da Giuseppe Mazzola, professore all'Accademia di Brera; quello di Carlo Castelfranchi da Pietro Narducci. La signora indossa alcuni gioielli lasciati in eredità all'Ospedale Maggiore.

Antonio Maria Pusterla, conte, (figlio di Giuseppe e di Arcangela Lampugnani Calchi dei conti di Venegono), giureconsulto, deputato del Capitolo ospedaliero nel 1678. rimasto vedovo della contessa Anna Cipriana Carcassola e senza figli, si fece prete, caso non nuovo nella sua famiglia.

Morì l'8 dicembre 1833, all'età di 84 anni in Lonate Ceppino. Con testamento del 19 marzo 1729, lasciò una sostanza di lire 168.000 circa all'Ospedale Maggiore di Milano, con l'onere di diversi legati di culto, l'importo dei quali e qualche passività inerente al patrimonio, fecero dubitare che l'eredità potesse essere attiva. Però l'Ospedale non vi rinunciò, ma si premunì in confronto dei legatari e dei creditori, nel caso in cui anche dopo una vendita non precipitosa degli stabili si trovasse scoperto. In tale modo, poté conseguire qualche sostanza. Pervennero stabili in Desio che furono venduti nel 1735 per lire 47.000 a Carlo Annone o Annoni (alfabeticamente, il primo benefattore tra quelli descritti in questo saggio), e altri in Lonate Ceppino.

Non viene citato alcun ritratto.

Antonio Visconti, conte (figlio di Carlo Ottavio e di Laura Schiaffinati nobildonna dei conti di Cicognola e Carimate), morì nel 1714. Con testamento 30 ottobre 1713, nominò erede Natale Visconti, suo figlio naturale, con sostituzione fedecommissaria a favore dei suoi discendenti, e in caso di estinzione di questi, nominò erede il Luogo Pio di S. Giacomo dei Pellegrini di

Porta Vercellina, privandolo nel caso in cui avesse alienato qualche attività e chiamando, in via di sostituzione, l'Ospedale Maggiore di Milano. La sostituzione non si verificò, mentre per l'estinzione della linea chiamata, il Luogo Pio dei Pellegrini conseguì l'eredità. All'Ospedale non pervenne alcuna sostanza, ma in quanto deputato del capitolo ospedaliero nel 1688 e secondo le sue disposizioni testamentarie, è da considerare un benefattore.

Come tale possiede un ritratto, eseguito dal pittore Giuseppe Gallo, al quale furono pagate lire 60 nel 1717.

Note:

1 - Pietro Canetta (Milano 1836 - Ghiffa 1903), archivista in Ospedale Maggiore dal 1853 al 1891, autore dell'Elenco dei benefattori dell'Ospedale Maggiore di Milano 1456-1886.

2 - Francesco Maria Richini, padre di Gian Domenico pure architetto, poi associato nei progetti e nelle costruzioni più importanti, non è da confondere con Francesco Ricchini o Ricchino, altro architetto o pittore vissuto nel XVI secolo.

3 - "montagna" o "prato", zona dove esisteva della terra un po' in rilievo, poi spianata.

4 - Il Seicento, come epoca di "crisi", costituisce una questione assai dibattuta fra gli storici attuali specializzati in tale periodo. Elementi principali furono: il ristagno demografico o addirittura il calo della popolazione, la frequenza delle carestie e delle epidemie, il rovesciamento di molti indici relativi alla produzione e agli scambi, i disordini politici e sociali, l'instaurazione di un clima spirituale e intellettuale dominato dalla paura, dall'intolleranza, ecc. Alcuni studiosi hanno rilevato che ci fu una variazione anche nel clima. I tre flagelli che hanno sempre terrorizzato l'umanità: guerre, fame, malattie, furono presenti.

L'Europa fu insanguinata dalla Guerra dei trent'anni (1618 - 1648), dalle rivolte in Francia, dalla rivoluzione in Inghilterra, dalla crisi della monarchia in Spagna e nei suoi possedimenti in Italia.

L'epidemia di peste, di manzoniana memoria, colpì la popolazione dal 1629 al 1631.

Ma fu anche un'epoca di splendore scientifico e filosofico, rischiarata da figure di cui alcune vissute a cavallo tra XVI e XVII secolo: René Descartes (1596 - 1650), Galileo Galilei (1564 - 1642), Johannes Kepler o Keplero (1571 - 1630), Francis Bacon (1561 - 1626), Thoma Hobbes (1588 - 1679), e altre tra il XVII e il XVIII come Isaac Newton (1642 - 1727), ecc.

5 - All'inizio dell'era cristiana, in base ad una consuetudine risalente all'epoca dell'imperatore Costantino I il Grande (regnò dal 306 al 337) e in omaggio alla sua memoria, i defunti venivano seppelliti nelle chiese. Poi, i pontefici vietarono tale usanza, permettendo invece l'inumazione nel terreno accanto alle chiese stesse. Tutto questo avveniva anche a Milano. Con la costruzione dell'Ospedale Maggiore, le prime sepolture furono collocate all'interno del suo perimetro; in seguito, per questioni di spazio e di igiene, fu utilizzata un'area in fondo alla via san Barnaba, detta i Nuovi Sepolcri o Foppone, la cui consacrazione è datata 12 luglio 1697. Nel recinto di questo cam-

posanto, fu eretta una chiesa dedicata a san Michele. L'artistico edificio perimetrale, *Rotonda della Besana*, che chiuse l'area dei Nuovi Sepolcri completato nella prima metà del XVIII secolo, fu l'opera più importante del periodo, progettata e realizzata da Attilio Arrigoni, ingegnere dell'Ospedale.

6 - Durante il regno dell'imperatore Giuseppe II d'Asburgo-Lorena (1780 - 1790) furono soppressi molti monasteri, in particolare quelli di clausura e i contemplativi, ripristinando una forma moderna di "cesaropapismo".

7 - Francesco e Domenico Forlanini, sono rispettivamente padre e nonno di Carlo Forlanini, professore di fisiologia e pneumologia, inventore dello pneumotorace terapeutico, di Giuseppe Forlanini, medico primario all'Ospedale Maggiore di Milano e di Enrico Forlanini ingegnere aeronautico. Nella Quadreria dell'Ospedale esistono un ritratto grande di Carlo Forlanini e un busto in marmo di Enrico Forlanini presso il Politecnico di Milano.

8 - Il fortilizio spagnolo di Fuentes, si trovava al sommo del lago di Como. Eretto nel XVI secolo, fu poi smantellato nel 1794.

9 - All'unica infermeria, ne furono aggiunte altre nell'ottobre 1476 e portavano queste denominazioni:

- della *Scala* o degli *Scalini* che comunicava con la *Porta degli Scalini* verso il *Cascinotto*;
- del *Fosso* verso il naviglio;
- delle *donne*;

Nel 1531, troviamo in esercizio un'ulteriore infermeria detta del *Prato*, perché prospiciente l'attuale cortile maggiore che allora era tenuto a prato e che già si diceva della "montagna".

La *Porta della Scala* o degli *Scalini* venne murata nel XVIII secolo; fu demolita la breve scalinata di granito che nel 1648 era stata rifatta, più ampia e più comoda, spostando ingresso e portineria sul lato opposto dell'edificio verso il naviglio il 13 aprile 1708.

Gli scalini furono venduti nel 1714 a Lire 16 ciascuno.

Quasi tutti i nominativi dei benefattori, ove possibile, sono accompagnati dai dati anagrafici della paternità e talvolta anche dalla maternità; questa precisazione si è resa utile per ovviare alle omonimie reperite nei libri consultati.

Bibliografia:

Pietro Canetta, *Elenco dei benefattori dell'Ospedale Maggiore di Milano 1456 - 1886*, Tipografia L.F. Cogliati, Milano 1887.

Giuseppe Castelli, *L'Ospedale Maggiore di Milano e la Festa del Perdono*, Casa editrice Ceschina, Milano 1939-XVII.

Giorgio Cosmacini, *La Ca' Granda dei Milanesi. Storia dell'Ospedale Maggiore*, Editori Laterza, Bari 1999.

Giorgio Cosmacini, *Bibliografia della Ca' Granda. Uomini e idee dell'Ospedale Maggiore di Milano*, Editori Laterza, Bari 2001.

Salvatore Spinelli, *La Ca' Granda 1456 - 1956*, Officine grafiche Antonio Cordani, Milano ediz. 1957

Cataloghi di Opere d'arte:

Musei e Gallerie di Milano

Ospedale Maggiore Ca'Granda

Ritratti antichi

tomo 1° 1986

Ritratti moderni

tomo 2° 1987

Collezioni diverse

tomo 3° 1988

Electa editrice, Milano

Ospedale Maggiore di Milano e Pio Albergo Trivulzio oltre due secoli di rapporti

ERMENEGILDO MALTAGLIATI, ANTONELLO ROSSETTI, DARIO COVA

La città di Milano, da sempre, si è distinta nell'assistenza ai bisognosi.

L'operatività delle istituzioni caritative milanesi, infatti, già nel 1859, era tale da costituire un sistema assistenziale integrato e per molti versi esemplare, nel quale spiccava storicamente l'Ospedale Maggiore con l'ampiezza delle sue prestazioni.

La fondazione della Ca' Granda, definizione affettuosa dialettale dei milanesi della aulica *Magna domus hospitale*, fu un atto di mecenatismo, ma anche politico, di Francesco I Sforza e di Bianca Maria Visconti, mirante al consenso cittadino e al consolidamento dinastico. Alla posa della prima pietra, il 12 aprile 1456, seguì il prestigioso edificio la cui costruzione fu affidata al Filarete, con la famosa "crociera": quattro grandi bracci per ospitare i ricoverati, che rappresenterà un capolavoro di urbanistica e architettura quattrocentesca, e che già nei primi anni del Cinquecento veniva così descritto: *Esso spedale nutre giornalmente 1.600 persone oltre agli ammalati, giacché stanno ivi contabili, scrivani, barbieri, sarti, calzolari, avendo ciascuno lavoro proprio, di modo che il contabile novera ogni anno all'ospedale 30.000 ducati milanesi.*

Negli stessi anni il servizio sanitario era di tutto rispetto, poiché alla Ca' Granda prestavano servizio quattro *fisici* (medici), uno per braccio della crociera, e altrettanti *ciroici* (chirurghi), oltre a specialisti per il trattamento delle malattie più consuete dell'epoca. Quanto alle cure e ai rimedi che essi seguirono, spesso fecero la storia della medicina del Sei-Settecento. Si ricorda Gaetano Strambio, vincitore di un concorso bandito dall'Ospedale Maggiore nel 1871, primo a ricono-

scere l'origine della pellagra, malattia che a quel tempo colpiva larghe fasce della popolazione più povera. Nella Milano napoleonica dell'Ottocento, l'Ospedale Maggiore ospitava giornalmente un numero di degenti superiore a quello dei malati accolti complessivamente nei tre maggiori ospedali parigini (l'*Hotel Dieu*, la *Pitié*, la *Charité*), ossia circa duemila pazienti, avvalendosi di medici quali Giovanni Rasori, Giovanni Battista Monteggia, Luigi Sacco che contribuirono alla storia della medicina milanese.

Il funzionamento e l'efficienza dello stabilimento risentivano dei difetti derivanti dalle sue stesse grandi dimensioni e dalle carenze comuni agli istituti del tempo: l'affollamento nei mesi freddi, la scarsità numerica del personale medico, bagni e servizi igienici poco adeguati. Era soprannominata "Casa del babbo" poiché dava ricovero e vitto a molti poveri senza lavoro, accolti per il loro stato di denutrizione o perché simulavano la malattia.

L'attività previdenziale e di assistenza nella Milano risorgimentale era svolta anche da altre istituzioni, quali il "Fatebenefratelli" (fondato nel 1588), la "Senavra" (1780), l'"Istituto dei Ciechi" (1840), il "Pio Albergo Trivulzio", destinato al ricovero dei vecchi dei due sessi *impotenti per età, per difetto corporeo od infermità* e capace di 500 posti, e infine la "Pia casa degli Incurabili" di Abbiategrasso, che giunse ad accogliere intorno a 700 individui tra maschi e femmine.

La storia del Pio Albergo Trivulzio comincia nel lontano 1766, quando il principe Antonio Tolomeo Trivulzio, nobile raffinato e assai determinato nelle scelte, con atto testamentario destinò tutte le sue sostanze e il suo palazzo a Milano, in

contrada della Signora, alla fondazione di *un ospizio per poveri vecchi*.

Così, raccoglieva quella che, in un certo senso, era stata una *vocazione* della famiglia: disporre che i suoi averi fossero destinati alla realizzazione di un *ricovero* per gli anziani di Milano bisognosi di assistenza, o *albergo dei poveri* da insediare nel suo stesso palazzo.

Nel gennaio 1771, si aprirono le porte del “Pio Albergo dei poveri impotenti” ai primi 150 ospiti.

È noto che, l’assistenza e l’organizzazione sanitaria del Pio Albergo Trivulzio integrata nel tempo anche dalle mutue, era sostenuta da collegamenti e collaborazione fra le varie istituzioni nell’ambito della tradizione caritatevole milanese, allineandosi all’orientamento degli altri ospedali.

L’organico sanitario era composto da un medico, un chirurgo maggiore, un chirurgo minore, uno speciale e un capo infermiere coadiuvato da infermieri. I compiti del personale erano regolamentati secondo norme che oggi definiremmo di buona pratica clinica. Per limitarci ai compiti del medico, il regolamento recitava: *In ogni giorno dell’anno, alle ore otto della mattina, e tutte le volte che per casi istantanei verrà ricercato, [...] dovrà visitare gli infermi. Scriverà sopra un libro, a ciò destinato, le ricette per gli infermi da provvedersi alla spezieria e noterà in un altro i medicamenti galenici da conservarsi nell’istituto, contrassegnando ogni ricetta con il numero del letto, nome e cognome dell’ammalato.*

Per quasi 140 anni, il Pio Albergo Trivulzio è rimasto nel palazzo del Principe, condividendo i destini di Milano e accrescendo il numero dei suoi ospiti, fino a quando, nel 1910, fu definitivamente lasciata l’antica sede per insediarsi in una nuova grande struttura sulla strada di Baggio, l’attuale “Baggina”, così familiarmente chiamata dai Milanesi.

Una rapida analisi storica mette in luce, dai tempi più remoti, il carattere caritativo dell’assistenza

ospedaliera, di esclusiva competenza ecclesiastica, per assistere al successivo passaggio a un sistema di beneficenza legale, sempre più soggetto all’autorità statale, fino a giungere alla sua regolamentazione con l’art. 32 della Costituzione, per la quale lo Stato deve garantire cure gratuite agli indigenti.

I rapporti fra l’Ospedale Maggiore e il Pio Albergo Trivulzio si possono far risalire al testamento del Principe, Antonio Tolomeo Trivulzio (23 agosto 1766). Infatti, egli istituì erede universale dei suoi beni il Pio Albergo dei Poveri, con sostituzione dell’Ospedale Maggiore in caso di inadempienza. Anche se le strade dei due enti seguirono percorsi autonomi, i rapporti di collaborazione furono intensi, facilitati anche dalla contiguità delle strutture collocate in un’area strategica adiacente al Duomo, ma ancor più ad un accesso della città: la Pusterla di Porta Tosa, il Naviglio interno e il Verziere.

Nel 1870 fu stipulato il primo rapporto convenzionale fra il Pio Albergo Trivulzio e l’Ospedale Maggiore, il quale si dichiarò disposto ad abbandonare il diritto di sostituzione (o reversibilità), vigente a suo favore, del patrimonio legato dal Principe alla sua fondazione.

Il 7 marzo 1871 l’Ospedale Maggiore rinunciò a ogni facoltà di sostituzione nei confronti del Pio Albergo Trivulzio e ricevette la disponibilità di due posti letto, secondo l’accordo che segue: *In vista ed anche in corrispettivo della espressa rinuncia di cui sopra, si ritengono costituite due piazze di ricovero nello Stabilimento del ripetuto ospizio, in perpetuo patronato, a favore dell’Ospedale Maggiore, ad accettazione dei prefati suoi rappresentanti. Questi gli riserveranno il diritto di nominare, perennemente, maschi e femmine, aventi, però, l’età non inferiore di anni sessantacinque; obbligandosi la rappresentanza di quel luogo pio ad ammetterveli sotto l’osservanza degli altri requisiti che sono prescritti dal relativo regolamento.*

La rappresentanza del Pio Albergo Trivulzio entro otto giorni, dacché si fosse verificato il decesso di ogni singolo ricoverato di nomina dell'Ospedale Maggiore, o nel caso in cui si verificassero vacanti le loro piazze anche per qualsiasi altro titolo, sarà tenuta di darne partecipazione in iscritto alla rappresentanza dell'Ospedale stesso, onde possa provvedere ad altre nomine, giusta il proprio diritto.

Circa novant'anni dopo, nel '59, l'Ospedale Maggiore rivede l'accordo accogliendo la richiesta del Consiglio del Pio Albergo Trivulzio di ridurre da due a uno i posti, avendo valutato come troppo onerosi i costi di mantenimento dei poveri, prendendo atto, però, *dell'assicurazione che il Pio Albergo Trivulzio avrebbe tenuto peraltro in particolare considerazione quegli aspiranti in possesso dei requisiti statutari, che fossero venuti di volta in volta segnalati dall'amministrazione dell'Ospedale Maggiore.*

Questi accordi sono ritenuti validi e ribaditi anche dalle amministrazioni successive sino agli anni Novanta quando ne vengono stretti di nuovi stabilendo un rapporto di collaborazione, a titolo sperimentale, tra l'Ospedale Maggiore e il Pio Albergo Trivulzio per il trasferimento dei pazienti in età geriatrica. La collaborazione poi prosegue ed è rinsaldata dalle nuove amministrazioni del Policlinico, con convenzioni e iniziative volte a integrare e a potenziare la rete di assistenza per i pazienti anziani, sia per la lungodegenza che per consulenze fisiatriche-riabilitative.

Al fine di perfezionare l'attuale convenzione, per una migliore selezione del tipo di paziente con necessità di lungodegenza e di riabilitazione, l'Ospedale Maggiore promuove anche una serie di incontri fra il responsabile dell'accettazione medica del Pio Albergo Trivulzio e i direttori delle Unità Operative più frequentemente interessate al trasferimento di pazienti.

I pazienti provenienti dall'Ospedale Maggiore

così come da altre strutture ospedaliere, selezionati sulla base della patologia, vengono avviati a percorsi di riabilitazione differenziati anche nella durata. L'obiettivo è di effettuare tempi riabilitativi specifici oltre ad esami specialistici di approfondimento diagnostico, nonché di controllo della patologia di base.

Nell'ultimo anno sono stati trasferiti al Pio Albergo Trivulzio circa duecento pazienti che per due terzi erano ultrasettantacinquenni e, a parte qualche paziente poco meno che sessantenne, i rimanenti erano di età compresa tra i 60 e i 75 anni.

I reparti che più necessitano del supporto del Pio Albergo Trivulzio sono quelli di ricovero a carattere medico, quasi il novanta per cento, mentre tutte le chirurgie dell'Ospedale rappresentano poco più del dieci per cento delle richieste di trasferimento.

Mediamente il ricovero al Pio Albergo Trivulzio avviene in sei giorni a partire dalla richiesta da parte della Unità Operativa di degenza.

Il Pio Albergo Trivulzio è stato in grado di far fronte alle diverse patologie nella fase post-acuta del ricovero ospedaliero garantendo, dopo un periodo riabilitativo che nel caso si fosse dovuto protrarre avveniva nelle sezioni di lunga degenza, il recupero fisico che ha consentito ai pazienti di tornare al proprio ambiente domestico.

Solo grazie ad una attenta valutazione multidisciplinare di ciascun paziente e ad un adeguato piano di intervento riabilitativo si possono ottenere validi risultati e garantire un appropriato avvicendamento dei pazienti tra i due enti.

La "Ca' Granda" e il Pio Albergo Trivulzio dalla loro fondazione sono certamente mutati così come la società e i costumi. Con loro è cambiata anche Milano, ma le linee fondamentali che hanno guidato nei secoli queste due grandi istituzioni, hanno sempre garantito la dignità dell'uomo, il recupero della sua autonomia e della capacità di relazionarsi con l'am-

biente in cui vive. Le stesse linee di indirizzo verranno mantenute anche in futuro coerentemente con i nuovi orientamenti in materia di servizi sociali e sanitari in un sistema integrato di servizi con al centro la persona.

La necessità di integrazione fra ospedali e istituti di riabilitazione si rende ancora più necessaria anche per similitudine ad alcuni Paesi del Nord Europa dove sono state emanate norme di legge, molto severe, che regolano la collaborazione fra ospedali, Comuni e istituti di ricovero. In Danimarca, ad esempio, è previsto che i Comuni si attivino per un paziente che ne ha bisogno entro tre giorni dalla data stabilita di dimissione dall'ospedale. Se questo non è in grado di rispettare tale termine, il paziente non può essere dimesso e gran parte dei costi ospedalieri aggiuntivi legati all'ulteriore degenza sono posti a carico del Comune.

La consapevolezza della necessità della presa in carico globale degli anziani non autosufficienti è un'acquisizione relativamente recente. I problemi relativi agli anziani sono stati spesso affrontati in modo frammentario fra competenze e servizi diversi. Soprattutto in passato, in numerosi Paesi europei, i servizi di cure per lunga degenza non sono stati adeguatamente sviluppati e sono stati, invece, assimilati a meri interventi di assistenza sociale da erogare a chi non disponeva di sufficienti risorse finanziarie e sostegni da parte della famiglia.

Questo orientamento si è spesso concretizzato nella presa in carico a lungo termine di anziani a basso reddito, principalmente in strutture pubbliche, come le lungodegenze ospedaliere o le case di riposo, soluzioni che in molti casi hanno portato a una perdita di dignità della persona.

Una concreta ed equilibrata integrazione fra le istituzioni di ricovero e di cura può, dunque, rappresentare una risposta adeguata alla crescente domanda di assistenza sanitaria della popolazione anziana.

Don Carlo Gnocchi *in memoria*

Un nuovo prestigioso volume sulla straordinaria figura di don Carlo Gnocchi: Giorgio Cosmacini, *“La mia baracca” - Storia della Fondazione don Gnocchi*, Editori Laterza, con ampia prefazione del cardinale Dionigi Tettamanzi.

Dice l'autore all'inizio delle prime pagine: “Ho personalmente conosciuto don Carlo Gnocchi, negli anni lontani della mia infanzia e adolescenza. Di lui, assistente spirituale all'Istituto Gonzaga, ero un “assistito” che ricorda il viso sorridente, il gesto amico, la parola affabile, l'insegnamento dato anche senza parole. Nei tempi bui della guerra, al ritorno della campagna di Russia (...) durante la celebrazione di una Messa in suffragio degli alpini caduti, a me egli posò una mano sul capo dicendo: “Non dimenticarti di essere buono”. A quella memoria questo libro è dedicato”.

Per quel che ci riguarda, il prof. Cosmacini aveva già fatto dono alla nostra rivista di un “intervento-ricordo” nel centenario della nascita di don Gnocchi (fasc. 3/2002).

Dal volume, dandone qui notizia, riportiamo alcune righe brevi ma di sostanziale richiamo: “A poco più di cento anni dalla nascita e quasi cinquanta dalla morte, l'immagine di don Carlo Gnocchi, emerge dalla sua vita di “educatore del cuore”, di testimone in Grecia e in Russia di “Cristo con gli alpini”, di “pedagogo del dolore innocente”, di “grande imprenditore della carità e di fondatore nel 1948 della “Federazione Pro Infanzia Mutilata” evoluta poi nella “Fondazione Pro Juventute” e nella odierna istituzione multicentrica che, radicata nella società e distribuita su tutto il territorio nazionale, si dedica alla cura dei diversamente abili di ogni sorta ed età”.

Da bugiardino a utile foglietto illustrativo: lavori in corso

GIUSEPPE MAIOCCHI

“Scrivi come il dottore!” non era propriamente un complimento, e la conferma era data dal fatto che questo rimprovero veniva spesso alternato all’altra metafora equivalente: “zampa di gallina!”, quando i maestri di una volta volevano stigmatizzare la pessima grafia di qualche alunno disordinato che consegnava fogli con parole o frasi illeggibili.

Ma perché proprio la categoria dei “dottori” era diventata esemplare per quell’ antipatico difetto scolastico? Forse perché, in un passato non così remoto, i responsi del medico o le sue ricette, dovevano rimanere inaccessibili alla comprensione del paziente, e quindi una sorta di ermetismo grafico avrebbe tenuto lontano “i non addetti ai lavori” dalla conoscenza e dalla trasmissione della “parola” che solo al medico spettava pronunciare (ed eventualmente chiarire a voce)?

Il dubbio viene anche ammirando gli antichi, preziosi vasi di ceramica delle farmacie. Gli ingredienti sono identificati con lettere e sigle misteriose, le formule e le componenti medicamentose, scritte in mozziconi di parole greche e latine, si mimetizzano tra disegni floreali e variopinti fregi arabeggianti.

Questa ipotesi, ammesso che non sia del tutto fantasiosa, appartiene comunque certamente alla preistoria della comunicazione tra medico-farmacista-paziente.

Oggi la realtà è diversa. Oggi il paziente vuole e deve sapere. Oggi i medici scrivono con il computer. Oggi ogni confezione farmaceutica contiene un foglio illustrativo chiaro e completo.

Lo chiamano “bugiardino”, e non è noto quando il dispregiativo termine sia stato coniato, ma si pensa che derivi dal fatto che agli inizi esso fosse scritto con un frasario generico, molto tecnico e ostico, più per l’obbligo e la necessità di evitare eventuali responsabilità che per la reale esigenza

di aiutare medici e pazienti a capire. Si racconta di complesse formule verbali con cui si suggerivano possibili usi terapeutici più ampi di quelli approvati in sede ministeriale o di caratteri tipografici così piccoli da apparire illeggibili, soprattutto agli anziani.

Lo chiamano “bugiardino” ma, anche se il nome non gli rende merito, è una cosa seria.

Talmente seria che il Ministero della Salute, attraverso l’AIFA – agenzia italiana del farmaco – ha dedicato all’argomento un articolo sul numero 2/2004 del “*Bollettino d’informazione sui farmaci*”, intitolato *Il foglietto illustrativo: tra strumento comunicativo e documento regolatorio*.

Il pezzo mette in luce le caratteristiche del foglio illustrativo che dovrebbe coniugare, in una non facile sintesi espositiva, l’essenzialità della forma con l’eshaustività del contenuto, il tutto nel rispetto di una normativa ben definita.

I fogli illustrativi ripiegati all’interno di ogni confezione farmaceutica sono infatti documenti ufficiali a tutti gli effetti: strumenti comunicativi che devono dire al paziente ciò che deve sapere sul medicinale per consentirne un uso corretto, però, nello stesso tempo, elementi vincolati a precise norme che ne regolano la stesura, cautelando l’azienda produttrice.

Quali sono gli elementi essenziali che caratterizzano un foglietto illustrativo?

- denominazione: come si chiama la medicina, cioè il nome commerciale ed il nome chimico e delle sostanze attive presenti
- composizione: gli “ingredienti” delle varie formulazioni (forme farmaceutiche) che si trovano in vendita, ad esempio bustine, compresse, sciroppo, e il contenuto per ogni formulazione
- categoria farmacoterapeutica: che tipo di medicinale è
- indicazioni terapeutiche: a cosa serve il farmaco

- controindicazioni: in quali casi il medicinale non deve essere assunto
- precauzioni: in quali casi il medicinale deve essere assunto con cautela, quindi dopo aver consultato il medico o il farmacista
- interazioni: quali sono i farmaci o i cibi che possono interferire con il medicamento dando effetti negativi
- posologia: come, quanto e quante volte al giorno assumere il farmaco
- effetti collaterali o indesiderati: quali disturbi potrebbero verificarsi durante il periodo di cura
- conservazione: come dobbiamo conservare il farmaco; fare attenzione quando sono indicate temperature particolari
- avvertenze speciali: da leggere sempre con estrema attenzione, riportano le indicazioni per chi si trova in particolari stati (gravidanza, allattamento, alcune malattie croniche), oppure deve mettersi alla guida, usare macchinari, ...

Ricerche compiute di recente, anche in Italia, hanno messo in luce che i “consumatori” generalmente leggono il foglio illustrativo, ma solo pochi riescono effettivamente a comprenderlo. Per questo si stanno valutando diverse proposte per trasformare questa documentazione allegata al medicinale, in un sussidio attraverso il quale il paziente possa realmente acquisire le informazioni sul farmaco in modo chiaro ed efficace.

Possiamo ora focalizzare la nostra attenzione sui due versanti che ci portano a capire il foglietto illustrativo:

- la normativa e la regolamentazione vigenti
- il paziente davanti al foglio illustrativo.

La normativa vigente

Attualmente in Italia troviamo due tipologie di fogli illustrativi. Quelli relativi ai farmaci approvati per via centralizzata (dall’EMA – agenzia europea del farmaco) e quelli dei medicinali recepiti a livello nazionale. I primi vengono messi in commercio corredati del foglio illustrativo redatto dalle aziende produttrici e approvato dall’EMA. I secondi, invece, vengono stilati sotto il controllo e l’approvazione del Ministero della Salute. Nonostante questi ultimi vengano realizzati rispettando la stessa direttiva europea 92/27/CEE



Lontane esplicite promesse del qui riprodotto... “rimedio di tutti i mali” (la Gliceroterpina): prospettiva unilaterale di quello che sarà l’attuale foglietto illustrativo dei farmaci (bugiardino).

– recepita in Italia dal decreto attuativo n. 540 del 1992 – il risultato comunicativo è diverso. Infatti il modello dell’EMA offre le stesse informazioni ma in modo più aderente alle necessità del paziente: domande e risposte cercano di evidenziare i problemi che interessano di più il fruitore del farmaco, e sono scritte utilizzando un linguaggio più semplice e comprensibile. La lunga lista degli effetti collaterali è ridotta agli eventi più frequenti e viene incentivato il rapporto con il medico nel caso in cui il farmaco dia luogo a problemi. Purtroppo la maggior parte degli stampati dei farmaci in commercio in Italia è legata ancora al modello redatto in stile “notarile” e i foglietti, anche se risultano rispondenti alle norme, contengono una quantità di informazioni, spesso poco

comprensibili alla popolazione generale. In effetti, oltre alle specifiche informazioni standard che gli enti regolatori esigono dalle aziende, le case farmaceutiche sono libere di aggiungere tutte le indicazioni che ritengono più idonee e che rientrano nell'elenco delle caratteristiche per cui il prodotto è stato approvato. Il risultato è che farmaci contenenti lo stesso principio attivo, ma prodotti da aziende farmaceutiche diverse, possono essere accompagnati da fogli illustrativi che presentano tra loro delle discrepanze.

Il Ministero della Salute si è impegnato, anche in passato, per cercare di migliorare la leggibilità del foglietto illustrativo. Nel 1997 la CUF – commissione unica del farmaco – ha dettato alcune linee guida rivolte alle case farmaceutiche per rendere più comprensibili gli stampati dei medicinali di automedicazione, acquistabili senza prescrizione e senza la vigilanza tranquillizzante del medico. A questo gruppo di lavoro hanno partecipato anche rappresentanti delle Associazioni dei Consumatori.

Il paziente davanti al foglietto illustrativo

Qual è la percezione che i pazienti hanno dei foglietti illustrativi? Per rispondere a questa domanda è stata condotta un'indagine esplorativa, su un campione nazionale di cittadini. La metodologia usata è stata quella del *focus group*, basata cioè sulla approfondita discussione di gruppo (cittadini utenti), e sul colloquio individuale (utenti esperti / medici di base / farmacisti / pediatri / informatori scientifici). La ricerca ha evidenziato la problematicità della relazione con il foglietto illustrativo, sia da un punto di vista *cognitivo* che da un punto di vista *emotivo*.

Sotto il profilo cognitivo, in primo luogo, si evidenzia la difficile comprensibilità delle informazioni: il linguaggio utilizzato è sicuramente uno dei grossi limiti alla comprensione del contenuto e l'uso di termini medici è poco accessibile alla popolazione media. La descrizione tecnica spesso non è accompagnata dai dati che il paziente ha più a cuore di sapere, come il momento della giornata in cui assumere il farmaco, le modalità di conservazione del prodotto e la percentuale delle possibilità di incorrere negli effetti collaterali – che vengono sempre e soltanto elencati. Anche l'uti-

lizzo di concetti generici non dà chiarezza e trasparenza alle informazioni riportate. Ad esempio, la dizione “evitare l'uso prolungato” è un concetto poco chiaro e il paziente si chiede se “prolungato” significhi per giorni, mesi o anni. Un altro aspetto che compromette la comprensione dei foglietti illustrativi è l'impostazione grafica che non incoraggia la lettura: il carattere di stampa è spesso molto piccolo e quindi illeggibile, soprattutto per gli anziani. Le interlinee sono compatte e troppo fitte e la carta troppo sottile e trasparente.

Per quanto riguarda l'aspetto emotivo, l'indagine ha messo in luce che spesso il foglietto esplicativo viene percepito come un oggetto complicato, e questo genera ansia e timore di sbagliare l'assunzione del farmaco. A volte l'errata interpretazione delle parole scritte sul foglietto illustrativo portano il paziente ad abbandonare la cura o a ridurre o a aumentare le dosi consigliate. Infatti, benché l'offerta di divulgazione medica, anche attraverso i mass media, aumenti le conoscenze nell'ambito sanitario della popolazione, pure persone con un'istruzione medio-alta possono non conoscere o non comprendere il significato di parole strane come “acinesia”, “teratogeno”, “parenterale”. La difficoltà aumenta nei casi di persone anziane che non leggono bene lo scritto in piccolo oppure nei pazienti che si spaventano di fronte a un elenco di possibili effetti collaterali, resi ancora più temibili dai paroloni che li contraddistinguono. Chi di noi assumendo un farmaco che in alcuni casi può dare come effetto collaterale eruzioni cutanee, non guarda con timore l'innocua bollicina da puntura di zanzara che ha sul braccio? In altri casi, all'opposto, il foglietto viene vissuto come mero strumento burocratico che assolve ad un obbligo giuridico delle aziende farmaceutiche, piuttosto che come strumento d'informazione utile ad un corretto uso dei medicinali.

I risultati dell'analisi condotta tramite focus group hanno fornito utili suggerimenti per definire dei criteri di miglioramento per la progettazione sia grafica che concettuale dei foglietti informativi.

Ad esempio, tra i nuovi elementi che potrebbero migliorare la riqualificazione dei foglietti illustrativi sono le icone fotografiche che sostituiscono i tradizionali pittogrammi : le icone hanno la fun-



Sul contenitore, qui, il ritratto dell' "unico inventore e preparatore" dell'Ischirogeno, a garanzia contro le sostituzioni e le falsificazioni.

zione di offrire una prima rapida informazione sul farmaco e sono rivolte ad un pubblico compreso tra l'età scolare e la quarta età, con livelli d'istruzione differenziati. Le icone parlano il linguaggio netto della "negazione" e la loro forma richiama quella del segnale stradale di "divieto".

Per facilitare il paziente nella comprensione del linguaggio tecnico presente nei foglietti illustrativi, l'Unione nazionale dei consumatori, in collaborazione con la Federazione italiana medici di famiglia e il Ministero della Salute, ha dato vita ad un semplice vocabolario del farmaco, il "Traduttore farmaceutico": presenta circa 700 definizioni difficili, spiegate con un linguaggio comune, è stato stampato sotto forma di opuscolo in un numero limitato di copie, ma è consultabile e stampabile liberamente nella sua versione online al sito www.consumatori.it.

Il nuovo foglietto illustrativo, nelle considerazioni sopra esposte, potrebbe diventare quindi uno strumento di conoscenza per l'utente e non solo un insieme di informazioni obbligatorie, senza però dimenticare che esso non è scritto ad uso esclusivo del malato, ma deve venir utilizzato dagli stessi medici. È quindi importante che il foglietto riporti termini precisi e corretti da un punto di vista scientifico, e preveda poi una parte concepita per il malato, la cui comprensione sia alla portata di tutti. Da ultimo, ma non è certamente l'ultima cosa da considerare, i malati hanno certamente il diritto di essere correttamente informati, ma questo è un compito che spetta anche al medico curante e al farmacista a cui, senza vergogna, in caso di difficile comprensione, i malati possono e devono rivolgersi. Il foglietto illustrativo, per quanto chiaro e completo, non potrà mai essere chiaro e completo come il proprio medico o il proprio farmacista.

Facite 'a faccia feroce

ANTONIO RANDAZZO

Si dice che, sui vascelli della marina militare del Regno delle Due Sicilie, gli addestramenti della ciurma, oltre all'uso delle vele o dei cannoni, prevedessero che, ad un preciso ordine, i marinai cominciassero a correre avanti e indietro, sulla tolda della nave, in modo da dare all'ipotetico nemico la sensazione di una frenetica disposizione al combattimento e di una numerosità di combattenti capace di assicurare, in ogni caso, la vittoria.

Il grido faticoso che dava l'avvio a questo tipo di addestramento era: "facite ammuine", cioè fate confusione. Di questa confusione doveva far parte l'urlo. Del resto, è noto che tutti gli eserciti, anche i più seri, hanno sempre preteso che il militare imparasse ad urlare. L'urlo serve a intimidire il nemico in quanto esprime quel giusto livello di aggressività che garantisce, ai superiori Comandi, la disponibilità del militare a commettere qualunque nefandezza. L'aggressività deve accompagnarsi inoltre a precisi comportamenti. È chiaro che non puoi rivolgerti al nemico dicendo "prego abbandoni questo edificio. Non mi costringa a ricorrere a mezzi coercitivi". Un eloquio di questo tipo, effettuato cortesemente, con voce modulata, non convincerebbe mai l'avversario dell'assoluta necessità di fuggire per non essere impallinato. Tuttavia il solo urlo non è sufficiente. Per ottenere il risultato ottimale è indispensabile che l'urlo si associ ad una espressione del volto che non lasci dubbi sulle intenzioni del guerriero. Da qui la saggia raccomandazione che veniva impartita alle forze armate di terra e di mare di Franceschiello: "Facite 'a faccia feroce".

Finita l'epoca dei combattimenti corpo a corpo, la necessità dell'urlo e della faccia feroce in battaglia ha perso importanza. Oggi, comodamente seduto nella carlinga di un aereo, senza urlare o addirittura trattenendo il respiro, puoi sganciare una bomba capace di distruggere in pochi secondi una intera città.

L'urlo del guerriero si è, per così dire, imborghesito diventando appannaggio di tifosi scalmanati allo sta-

dio o, al massimo, dell'automobilista inferocito che si è visto sorpassare da destra, a 200 km/ora. Qualcuno teme perfino che l'urlo, utile a scaricare la tensione emotiva, vada incontro con il passare del tempo e con il progredire della civiltà e dell'autocontrollo, a un irrimediabile declino!

Viceversa, per quanto riguarda la faccia feroce, le cose, per fortuna, vanno diversamente. Essa è oggi di grande attualità e (bisogna riconoscerlo) soprattutto per merito delle donne.

Se accendete il televisore per il telegiornale, potete notare subito che vi sono due tipologie di giornalisti: quelle aggraziate, sorridenti, gradevoli e quelle che vi buttano in faccia le notizie, con piglio aggressivo e con una espressione del viso che richiama con forza alla mente il "facite 'a faccia feroce" di borbonica memoria.

Di fronte a tali giornaliste tu ti senti subito come a scuola, quando la maestra, con infallibile intuito, capiva che, in quel momento, non stavi pensando affatto al triangolo isoscele, ma alla bicicletta che Babbo Natale ti aveva appena portato.

Sotto lo sguardo corrucciato di queste giornaliste ti rendi conto che non hai scampo. Devi stamparti bene in mente che, in Abruzzo, le temperature minime sono scese sotto lo zero e che il boss della mafia Provenzano è tuttora latitante. I giornalisti, paragonati alle loro colleghe, danno la sensazione di essere demotivati, indifferenti a quello che vanno dicendo e alla necessità di captare l'attenzione dell'abbonato.

Il fatto che i telegiornali (perlomeno i più importanti) vengano affidati a una coppia di giornalisti (un uomo e una donna), penso risponda all'esigenza dei dirigenti della Rai di stimolare lo spirito di emulazione della coppia, in modo da trasferire al giornalista uomo un po' della grinta della giornalista donna.

Io non so quali saranno, alla lunga, i risultati di questo esperimento. Personalmente sono piuttosto scettico. L'uomo delle odierne società avanzate si è ormai irre-

versibilmente convinto che Madre Natura, dotandolo di testosterone, abbia commesso un gravissimo errore: preoccupata dall'esigenza di assicurare la sopravvivenza della specie, Madre Natura ha finito per ignorare le pesanti conseguenze che l'ormone maschile avrebbe avuto su altri comportamenti. Da ciò il convincimento dell'uomo di oggi che sia doveroso considerare l'errore di Madre Natura come un vero e proprio incidente di percorso, una distrazione dalle conseguenze deleterie.

Sul versante opposto, le donne si sono accorte che il loro patrimonio ormonale, predisposto per la maternità e quindi per la dedizione e per la tenerezza, non era più compatibile con gli sviluppi della odierna società civile e che perciò fosse arrivato il momento di avocare a sé alcuni atteggiamenti che una becerata tradizione maschilista, favorita dall'anzidetto deprecatissimo livello di testosterone, aveva fin qui attribuito al sesso maschile. Così si spiega questa sorta di variazione comportamentale femminile, che trova il suo corrispettivo in un'analoga variazione comportamentale maschile, di segno opposto. Si tratta verosimilmente del punto di arrivo d'un processo di omologazione comportamentale che si è già verificato, per esempio, nell'abbigliamento, da cui è nata la moda unisex. A proposito di omologazione comportamentale, mi limito a citare due esempi. A tutti noi è capitato di commettere (per distrazione, per fretta o per cialtroneria) qualche errore alla guida dell'automobile. In questa circostanza, non ti meraviglia che il conducente dell'altra vettura o il pedone di sesso maschile si lascino andare a manifestazioni scomposte di collera, alla faticosa domanda di chi ci ha dato la patente o al non meno faticoso gesto di alzare verso di te il pugno chiuso, ma con l'indice e il mignolo estesi, con il chiaro intento di avanzare forti riserve sulla moralità delle nostre madri, sorelle, mogli o fidanzate!

Devo tuttavia confessare che, quando il conducente o il pedone infuriato è di sesso femminile, mi stupisce che il comportamento sia identico a quello del maschio. Mi è rimasta in testa l'idea che le donne siano più comprensive, più inclini al perdono, in definitiva meno colleriche e la constatazione che tutto ciò non risponde più alla realtà attuale mi coglie impreparato.

Il secondo esempio riguarda le sfilate di moda. Voi tutti avrete notato che le modelle percorrono la passe-

rella con un incedere grintoso e con un'espressione del viso tanto corruciata da indurirti nel dubbio che ce l'abbiano proprio con te, per colpe che sai di non aver commesso, ma che ti hanno alienato per sempre le loro simpatie. Mai una che ammicchi amichevolmente verso gli astanti! Mai una che sorrida! Giunte al termine della passerella si fermano, generalmente a gambe divaricate, una gamba più avanti dell'altra; gettano uno sguardo sprezzante sui convenuti; si girano e, ancheggiando alla grande, tornano indietro.

Viceversa gli indossatori, addobbati in maniera il più delle volte improbabile, un sorriso appena accennato sul volto, sfilano bamboleggiando, con evidente atteggiamento narcisistico, spesso adornati da collane, braccialetti, orecchini, tutta una serie di monili che una sciocca tradizione aveva fin qui vietato ai maschi, almeno a quelli DOC! Questo è quanto consta al sottoscritto, il quale non ha mai assistito personalmente ad una sfilata di moda, ma osserva in TV, al termine del telegiornale, le sfilate dei grandi sarti. Sembra dunque che le giornaliste, come le automobiliste o le modelle, ubbidiscano tacitamente al precetto di fare la faccia feroce.

Per capire meglio come stanno le cose riguardo alle modelle, ho chiesto a mia moglie qualche delucidazione. Mi ha spiegato che, nella fase di addestramento alle sfilate, viene esplicitamente raccomandato alle allieve di assumere un'espressione del viso che sia in chiave con il ruolo spavaldo, aggressivo, dominante che si addice alla donna d'oggi. Devo però ritenere che, con criterio esattamente opposto, venga raccomandato agli indossatori di non evidenziare nessun comportamento esteriore che tradisca in loro l'eventuale persistenza di un normale livello di testosterone nel sangue circolante.

Alla luce di queste considerazioni, mi rallegro di aver avuto una madre che, lungi dall'adornarmi con collane e braccialetti, quando, bambino, mi portava a spasso e, stanco della passeggiata, accennavo alla possibilità di prendere un tram, mi diceva invariabilmente: "un uomo vero non si stanca mai". Cosa che mi induceva, per solidarietà di casta, ad andare avanti, senza più lagne. Egualmente mi rallegro per aver avuto una moglie che, nel caso di disaccordi o di litigi fra noi, si è sempre limitata a versare qualche lacrimuccia, con risultati sul sottoscritto che nessuna faccia feroce avrebbe mai ottenuto.



Cancello settecentesco, già nella chiesa del podere ospedaliero di Fallavecchia, oggi nel grande atrio al primo piano della sede amministrativa dell'Ospedale Maggiore.

Recensioni

Luigi Offeddu, *Questa America*, Boroli Editore, Milano 2004, pagg. 177, euro 19,00.

L'America non trova pace, per dirla alla maniera dei vecchi quando osservano un ragazzo inquieto. E proprio senza pace è oggi questo grande Paese, in guerra (in Iraq) da oltre tre anni - per la prima volta così a lungo - e lacerato da contrastanti pulsioni, forse più di quanto abbia potuto dire una campagna elettorale ispirata, anch'essa per la prima volta, al giudizio di opportunità sulla condotta in politica estera del presidente in carica.

Ecco, com'è stato il grande Paese in tre anni? Che cosa ci sembra irrimediabile e cosa, invece, ci rimane familiare della sola superpotenza mondiale? Lo spiega il volume "Questa America", Boroli Editore, che in copertina annuncia il «ritratto del Paese più potente e fragile del mondo».

Fornisce le risposte un sornione, dinoccolato, pungente giornalista del "Corriere della Sera", che gira per il globo con la disinvoltura di chi faccia ogni giorno quattro passi nel giardino sotto casa, sempre tuttavia cogliendone nuovi scorci e nuove presenze. È Luigi Offeddu, occhio sereno nelle rivoluzioni politiche

dell'Europa dell'Est alla fine degli anni Ottanta come in quelle socio-economiche della Cina di quest'ultimo periodo, investigatore compiuto dell'animo dei popoli, capace di raccontarne il cammino anche avvalendosi di dettagli in apparenza banali. È, anzi, questo suo talento - raro nella categoria degli inviati speciali, che quasi sempre agiscono di fendenti o di aria fritta, e quasi mai si muovono di punta e di intuizioni - a portarlo negli angoli più remoti del pianeta: perché lì sta accadendo qualcosa che va colto, interpretato e appunto raccontato.

Racconta dunque, Offeddu, com'è l'America di questi tre anni che sembrano il buco nero della storia del mondo, nel quale tutto viene risucchiato. La sua scrittura è quella che i critici letterari definiscono «godibile», termine che vuole essere prudente e che, pure, rivela il massimo delle sensazioni possibili: l'appagamento combinato, cioè, dell'intelletto e del palato. E che il libro di Luigi Offeddu non sia il solito saggio buttato giù alla svelta sull'argomento che tira, è chiaro dalla prima all'ultima pagina. Quella di Offeddu è scrittura corposa, "materica" - per usare un altro dato critico, questa volta attinente alla pittura -: niente astrat-

tezze e contorsioni cerebrali.

"Questa America" è un vasto palcoscenico, dove i personaggi - da George W. Bush a John Kerry, fino all'anziana musulmana Khadijeto Mint Vall, che dalla Mauritania tempesta di telefonate la nipote, emigrata a Cincinnati, perché dica «a tutti gli americani che nessuno voti per Bush» - vivono d'una straordinaria vivacità espressiva. In particolare, il rimpallo tra la guerra in Iraq e la scena elettorale negli Usa è giocato da Offeddu con la sapienza registica dei veri narratori. Così, in una giornata piovigginosa sul lungo boulevard Shawn di Cleveland, «quattro ragazzi stanno intorno ad una radio sul marciapiede. Ridono, scherzano. A sinistra c'è la pizzeria Taliani, a destra la panetteria Wojtyla, residuo di altre minoranze etniche ormai emigrate in rioni meno poveri. La voce della radio giunge fino all'auto del giornalista straniero, ferma al semaforo rosso che dura un'eternità. Parla di cose tremende: 34 turisti israeliani uccisi a Taba, in Egitto; l'ostaggio inglese Kingley decapitato in Iraq; identificato l'ultimo dei 1.063 militari americani fino ad oggi caduti in Iraq: è una ragazza, Jessica L., 21 anni, da Normal nell'Illinois...».

Intanto la campagna elettorale prosegue. I due campioni sanno che un particolare può perderli. La camicia, come dev'essere la camicia di un candidato alla presidenza? «Sempre bianca, che “spari” sullo schermo; un celestino molto chiaro può essere perdonato, ma il rosa è considerato come una crosta repellente. O come la sottoveste lisa di una vecchia quacchera, con tutto il rispetto per i quaccheri: che sono persone civili e oneste, meglio di molti altri, ma in genere non sono stelle della televisione».

È la leggerezza, l'altro colore di Offeddu, che dipinge anche le bassezze più sordide con un tocco di umanità. Un esempio? A pag 137: «Alan Greenspan, il guru della Banca federale che con uno starnuto può ribaltare Wall Street».

Se l'America è questa, come sono gli americani? Lo svela all'autore, con la geniale sintesi degli spiriti semplici, il minatore Kevin, che «due anni fa, sul treno che attraversava l'Alaska da Fairbanks ad Anchorage, disse: “Ho ventinove anni e ho sempre vissuto sottoterra, nelle miniere d'oro. Ora voglio aria buona, farò il cacciatore di balene: vado ad Anchorage per cercare un imbarco. E vedrai che ce la faccio. Anche se non ho un dollaro da parte. Strano? *Man*, noi americani siamo così. *No surrender*, niente resa. I terroristi non l'hanno ancora capito».

Ma i lettori di “Questa America” già capiscono che la prossima prova di Luigi Offeddu sarà un grande romanzo.

Piero Lotito

Riunione del Consiglio dell'Associazione Commissione Visitatori e Visitatrici

Il 19 maggio si è tenuta, nella sala consiliare del Palazzo Uffici, la riunione del Consiglio Direttivo dell'Associazione Visitatori e Visitatrici dell'Ospedale Maggiore.

Dopo l'approvazione del rendiconto economico dell'anno 2003, è stata esposta l'attività della Commissione, nei quattro Ospedali in cui essa è presente (Maggiore Policlinico, Niguarda Ca' Granda, S. Carlo Borromeo, Sesto San Giovanni).

Gli interventi a favore dei pazienti indigenti sono stati 350, per un totale di euro 112.680,00.

Purtroppo si è rilevato che, per la prima volta dopo molti anni, le entrate sono state inferiori alle uscite. La causa principale di questo evento è da individuare nella minore disponibilità delle aziende (in primis, delle Banche) ad erogare contributi per la beneficenza.

Sono state discusse le varie proposte dei Consiglieri per fronteggiare questa situazione.

Su proposta della presidente emerita Marchesa Litta Modignani si è proceduto alla nomina (con parere unanime) di due nuovi Consiglieri, nelle persone dei signori Edoardo Hensenberger e Adalberto Gavazzi.

La seduta si è conclusa con un caldo elogio del Presidente per l'impegno dei Visitatori e delle Visitatrici e con il ringraziamento ai Consiglieri presenti.

Per ricordare i benefattori, gli amministratori, i visitatori, i volontari e i dipendenti defunti

Annualmente il mese che dedica particolare memoria ai defunti ci porta a ricordare insieme quanti fra i benefattori, gli amministratori, i visitatori, i volontari e i dipendenti della nostra Istituzione non sono più fra noi.

Il 23 novembre, nella chiesa secentesca dell'Annunciata, una Santa Messa è stata concelebrata dal rettore vicario del Policlinico, mons. Piero Cresseri, dal cappellano don Daniele Grassi e da don Vittorio Ferrari, rettore vicario dell'Ospedale di Sesto San Giovanni, nella tradizione che amiamo conservare e che vorremmo sentire maggiormente seguita e partecipata dalla nostra comunità ospedaliera.

Offriamo ai nostri lettori l'omelia del celebrante:

«Anche quest'anno, con fedele puntualità, ci riuniamo a ricordare le persone che hanno fatto tanto

bene al prossimo: esse sono i benefattori, gli amministratori, i visitatori, i volontari e i dipendenti del nostro Ospedale Maggiore Policlinico.

Certo mi fanno riflettere i 548 anni (1456-2004) di vita del nostro Ospedale Maggiore ed è quindi mia intenzione raccogliere, nella presente celebrazione, tutte queste benemerite persone e chiedere a Dio per ognuna di loro il riposo e la pace eterna con il premio che Gesù ci ha assicurato di dare a chi ha operato il bene nella vita.

Vi sottopongo prima di tutto un commento alla pagina del Vangelo proclamato. È l'inizio del discorso escatologico; cioè di ciò che avverrà alla fine del mondo. Discorso che Gesù pronuncia ormai entrato in Gerusalemme prima del suo arresto e della Pasqua.

Gesù si prepara a dare l'addio alla sua amata città (guardandola dal Monte degli Ulivi piange), al popolo eletto, all'umanità e utilizza l'immagine del "tempio" che diventa così la sintesi e il simbolo dell'antica alleanza.

Gesù chiaramente annuncia la distruzione totale di Gerusalemme, come realmente avverrà (qualche decennio più tardi; nel '70) "non resterà pietra su pietra". È la fine di un'epoca e l'ini-

zio di una nuova. I segni premonitori di questo cambiamento sono gli stessi che preludono al grande intervento di Dio per il giudizio definitivo.

Ma lasciamoci scuotere da questo richiamo di Gesù e prendiamo coscienza che siamo già in questo tempo definitivo e che le nostre risposte di oggi, il nostro agire, le nostre scelte hanno già da ora il carattere di definitività.

L'oggi è già carico di eternità.

E allora ecco che il cristiano è chiamato prima di tutto a leggere gli avvenimenti della nostra storia e ad evidenziarne i valori o i falsi valori insiti e poi è chiamato ad esercitare la capacità di discernimento che Dio gli ha dato.

Attenzione però alle illusioni, alle false speranze di fatti prodigiosi che segnano la fine del mondo. Gesù spiega ai suoi discepoli che questo è solo l'inizio della costruzione di una nuova umanità; ci saranno poi i "dolori del parto" che dovranno generare cieli nuovi e terra nuova.

Siamo invitati allora a lavorare oggi per il regno che verrà, con la sapienza e la pazienza del contadino, che sa aspettare e ad un tempo è vigile e operoso.

Cristo certamente ritornerà e di Lui non ci sarà altro mistero se non la manifestazione della sua gloria. La sua venuta che chiamiamo "feriale" è la Pasqua settimanale e quotidiana in attesa della venuta finale nella gloria.

Delle "belle pietre" che resterà? Gesù risponde: resterà solo un cumulo senza forma, eppure esse sono il materiale che la mano di Dio utilizzerà per costruire i cieli nuovi e la terra nuova.

Comunque noi siamo desiderosi di

sapere, di vedere il futuro. Attendiamo un "tempo", vogliamo vedere un "luogo" ma non sappiamo quando verrà questa fine del mondo. Noi certamente andiamo incontro a una "Persona" e sappiamo che la nostra libertà sarà compiuta solo nel Signore Gesù pasquale.

Ora, prima di concludere, mi pare opportuno fare un accenno al momento di transizione che stiamo vivendo. Siamo all'alba di una nuova fase di vita del nostro Ospedale Maggiore; stiamo cioè per assistere alla trasformazione del Policlinico in una Fondazione. Mi domando: quale priorità deve orientare ogni futura decisione per mantenere le intenzioni di coloro che da oltre cinquecento anni diedero inizio al nostro glorioso Ospedale? La priorità è e deve essere sempre il *bene del malato*: il malato è al centro, ha il primato su ogni interesse; ce lo auguriamo di cuore e speriamo che chi ha autorità sia fedele a queste intenzioni dei fondatori. E noi tutti lavoriamo conservando questo spirito originale.

Vorrei concludere ricordando a me e a voi due frasi che per me sono molto consolanti.

La prima è la celebre espressione di San Francesco nel Cantico delle Creature che leggo senza commentare:

"Laudato sii, mio Signore, per sora nostra Morte corporale, dalla quale nessun uomo vivente può scampare: guai a quelli che moriranno nei peccati mortali; beati quelli che troverà nelle tue santissime volontà, che la morte seconda non farà loro alcun male".

La seconda frase è di Sant' Ambrogio che al funerale di Valenti-

niano così dice:

"Signore Dio ti supplico: non separarmi, dopo la morte, da coloro che ho teneramente amato sulla terra. Fa', o Signore, là dove sono io, gli altri si trovino con me, affinché lassù possa rallegrarmi della loro presenza, dato che ne fui privato sulla terra. Ti imploro, o Dio, affrettati ad accogliere i tuoi figli amati nel seno della vita. Al posto della loro vita terrena così breve, concedi loro di possedere la felicità eterna".

In queste parole si avverte il fremito dell'affetto ma anche il brivido della morte. Si intravede la promessa di Cristo che, nell'ultima sera della sua vita terrena, ha annunciato ai suoi discepoli di precederli per preparare loro un posto perché anch'essi siano dove lui sarà, così da godere in pienezza l'intimità divina. Così speriamo che avvenga anche per noi con tutte le persone care per le quali preghiamo questa sera».

Presenti in chiesa il direttore amministrativo dott. Clemente Luciano e rappresentanze del personale religioso e laico dell'Ospedale.

La celebrazione eucaristica è stata accompagnata all'organo dal maestro Ennio Brugola e dalle suore del gruppo cantori dell'Ospedale Maggiore.

Ricordo del professor Umberto Fox

Nato a Vicenza il 27 marzo 1943, laureatosi nel 1968 alla facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano, il professor Umberto Fox, pioniere della microchirurgia in Italia, è scomparso nel 2004 a

soli 61 anni.

Brillante carriera alla Clinica chirurgica generale III dell'Università, diretta dal professor Walter Montorsi: intensa attività assistenziale, ottima attività di ricerca e di insegnamento negli Istituti universitari.

Responsabile dei lavori e degli studi di microchirurgia e di chirurgia vascolare, settore nel quale ha portato contributi fondamentali, il professor Fox ha goduto di universale considerazione specifica nella Scuola dell'Istituto e dai colleghi.

L'attività assistenziale svolta sia in ambiente ospedaliero che universitario lo ha portato a interessarsi di tutta la patologia vascolare e di applicazioni cliniche nei due nuovi preminenti campi di allora: la chirurgia metabolica e la microchirurgia.

145 i lavori a stampa su riviste nazionali e internazionali, una monografia sulla microchirurgia sperimentale, la prima pubblicata in Italia, base della sperimentazione relativa nel nostro Paese.

Il professor Fox lavorò a lungo negli Stati Uniti, da dove portò esperienze di ricerca sperimentale e clinica.

Lascia un grande ricordo e rimpianto nel suo Istituto e nella sua Scuola.

W. M.

Per non dimenticarli

Sono mancati recentemente due collaboratori che prestavano servizio da anni nel nostro Policlinico: **Leonardo Tincani** e **Adriano Vismara**.

Li ricordiamo e ricordiamo in loro altri dipendenti scomparsi nel tempo e dei quali non riceviamo notizie.

La nostra viva partecipazione al

dolore delle famiglie

Collaboratori che hanno lasciato il servizio nell'anno 2004:

Antonio Belgi (operatore tecnico coordinatore); *Anna Benati* (operatore tecnico); *dott. Francesco Besana* (dirigente medico); *Francesco Bonafede* (operatore tecnico); *dott.ssa Paola Casali* (dirigente biologo); *arch. Orazio Cerpattelli* (dirigente amministrativo); *dott. Bruno Cesana* (dirigente medico); *Anna Cherubini* (infermiera generica); *Maria Fausta Cito* (infermiera generica); *Filippo Codegoni* (operatore tecnico); *Salvatore Coniglio* (operatore tecnico); *Rosa Corbisiero* (infermiera generica); *Giuseppe Cosenza* (operatore tecnico); *Felice Crespi* (infermiere generico); *rag. Alfredo Curzi* (dirigente amministrativo); *Tommado D'Aquaro* (coadiutore amministrativo); *Claudio De Pian* (operatore tecnico); *dott. Ersilio Del Ninno* (dirigente medico); *Guglielmo Dimasi* (ausiliario specializzato); *dott. Francesco Fachinetti* (dirigente medico); *dott.ssa Cinzia Filippini* (dirigente medico); *Savino Fioriti* (operatore tecnico); *Nazarena Lo Bello* (operatore tecnico); *Leonarda Lopez* (capo sala); *Riccardo Mariani* (operatore tecnico); *Fausto Morganti* (operatore tecnico addetto all'assistenza); *Andrea Pastore* (operatore tecnico); *Adelanna Piccirilli* (ausiliaria specializzata); *dott. Maurizio Quatrini* (dirigente medico); *Maria Raguso* (operatore tecnico addetto all'assistenza); *Bruno Ratti* (tecnico di radiologia); *prof. Salvatore Romano* (dirigente medico); *Francesco Santarsiero* (infermiere generico);

Angelo Sassi (infermiere generico); *Ciro Scardamaglio* (ausiliario specializzato); *Paolina Serra* (infermiera professionale); *Giuseppe Spina* (infermiere generico); *Ornella Spreafico* (infermiera professionale); *dott. Antonio Tarantino* (dirigente medico); *Antonio Tescarolo* (infermiere generico); *Silvana Ugas* (infermiera generica); *Delfino Valdata* (tecnico di radiologia).

Dal Passato: Attualità di... tutti i giorni le considerazioni qui svolte, le quali impegnano cervello e cuore di tutti, almeno di quelli di “buona volontà”. Siamo con la rubrica recentemente istituita per viverne ancor oggi il messaggio e la memoria.

«*Non faccio nulla di male...*»

LINO MONTAGNA

“Non c’è dubbio – scrive Ortega y Gasset, nel suo libro *La ribellione delle masse* – che la divisione più radicale che occorre fare in seno all’umanità è questa: coloro che esigono molto e accumulano sopra di sé difficoltà e doveri, e coloro che non esigono nulla di speciale, ma per i quali il vivere consiste nell’essere a ogni momento ciò che già sono, senza desiderio di perfezione dentro se stessi: galleggianti che vanno alla deriva”.

Questo mi richiama alla memoria, continua lo scrittore, che il buddismo ortodosso si compone di due religioni distinte: una più rigorosa e difficile, l’altra più fiacca e volgare: “il grande veicolo o grande strada”, la prima; “il piccolo veicolo o cammino minore”, la seconda. Tutto sta a porre la vita nell’uno o nell’altro veicolo con un massimo o con un minimo di esigenze. La visione della società in massa e minoranza selezionate non è, pertanto, una divisione in classi sociali, ma in classi di uomini e non può identificarsi nell’ordine gerarchico di classi superiori e inferiori.

Come dire: in ciascuna classe sociale c’è massa e c’è élite. C’è massa nell’aristocrazia e nell’alta borghesia e c’è élite tra gli umili e i poveri. E poveri non sono, quando lo sono, soltanto contadini e operai, ma impiegati e molti intellettuali.

E se è vero che nel mondo andrà sempre più attenuandosi la distinzione in classi a contenuto economico, sempre rimarrà, per la stessa natura dell’uomo, la divisione sopra ricordata, che non può definirsi classismo. Non vi può essere vera élite senza una profonda coscienza sociale che al titolo di distinzione non faccia corrispondere il senso di

un maggior carico di doveri e di sacrifici.

Si tratta di scegliere “la grande strada o il piccolo cammino”. La prima, la più difficile e la più dura; l’altra, la più comoda, che fa pensare al solo se stesso. La prima, nobilmente tormentata dal “che cosa devo fare di bene”, l’altra che s’adagia, nella migliore delle ipotesi, sul “non faccio nulla di male”.

Si sente a volte parlare del nostro secolo, e soprattutto di questo ultimo scorcio di secolo, come di un secolo nuovo, di una umanità fattasi adulta, cui ormai non si addicono romantiche del genere, che la potevano dilettere nei decenni trascorsi.

Non sappiamo davvero se queste considerazioni contengano una maggior dose di primitivismo infantile o di demenza senile, di ascetismo da impotente o di utilitarismo da selvaggio, di un selvaggio disposto ad affidare le proprie funzioni spirituali al robot da lui stesso costruito.

La società umana è, sì, in fase di accelerati movimenti, orizzontali e verticali, di popoli e classi sociali: interi popoli fino a ieri vegetanti nell’incoscienza si sono affacciati e si affacciano alla ribalta, e, mentre sembrano avanzare soltanto dei diritti, vanno in realtà assumendo la loro parte di responsabilità negli sviluppi della società umana.

Altro e più profondo e più esteso è il travaglio che tutti li accomuna, a prescindere dal loro grado di sviluppo tecnico, dalla loro civiltà e dalla loro fede: crescenti vuoti spirituali cercano a tentoni la fronte alla quale colmarsi, e scelte totali si pongono con urgenza agli uomini.

L'Huxley, ben lontano da una visione cristiana del mondo, afferma che ogni progresso tecnico è moralmente e quindi umanamente neutro, ed è privo di senso ogni concetto meccanicistico storico del progresso, senza un correlativo "progresso della carità", inteso, secondo lui, non in senso rigorosamente religioso, ma in una accezione più generale e politica di solidarietà fra gli uomini e le nazioni.

Non esistono desideri materiali che la scienza e la tecnologia non promettano di esaudire. Il tentativo di arginare l'espansione dei bisogni dell'uomo, a sua volta dovuta al progresso tecnologico e sociale, porterebbe all'arresto della corrente sulla quale sta navigando la civiltà. E tuttavia, priva di ogni controllo, questa corrente potrebbe trascinarsi con sé la stessa civiltà, poiché la pressione dei bisogni convertiti in interessi aggressivi è causa costante di conflitti e aumenta in misura direttamente proporzionale al progresso tecnologico.

La moralità entra in scena troppo tardi per essere efficace, cercando di erigersi a giudice, e di distinguere tra gli interessi giusti e ingiusti. Quando ormai gli interessi si sono radicati, non vi sono regole che riescano a eliminarli: l'anima è volubile, assalita da un'orda di desideri e di risentimenti, indisciplinata, incostante e restia ad accettare l'egemonia della ragione. Figuriamoci se accetta la regola della solidarietà!

Ricordo Shakespeare: Oh che cosa non osano fare gli uomini! Che cosa mai possono fare! Che cosa fanno mai ogni giorno, non sapendo quello che fanno!

Il carattere sociale del nostro tempo è così preminente da conferire una particolare interpretazione a quel "progresso della carità", che non si può non definire evangelico. Gli uomini non sono e forse non saranno mai pienamente maturi al senso superiore di quell'amore per il prossimo che si è presentato per lungo tempo, e ancora si presenta, prevalentemente, in senso caritativo, di compassione verso i miseri e di impegno di recar sollievo alle loro angustie. La società del nostro tempo sembra condensarsi nella constatazione del fatto che c'è da rendere giustizia ancora prima di usare carità. Ma una coscienza sociale va ben al di là di aspetti meramente economici, pur preminenti per

la loro urgenza, consistendo essa "nel considerare come propri i bisogni dell'intera collettività".

La "collettività": ma, se al posto di questo concetto astratto, staccato dalla sua realtà concreta, usiamo quest'altre parole: *il prossimo mio*, ecco che vediamo un insieme di singoli individui, una comunità di persone piuttosto che una folla di esseri non definiti.

Se è vero che nell'anima di ciascun uomo vi sono viali lungo i quali passeggia solitario, se è vero che la vita non comprende soltanto terreno arabile e coltivato, ma anche montagne di sogni, sottosuolo di dolori, torri di struggimento, che difficilmente possono venire utilizzati per il bene della società, a meno che l'uomo non sia trasformato in una macchina nella quale ogni piccolo congegno debba essere eliminato se non assolve una funzione, non è men vero che scopo di ogni esistenza umana è anche quello di servire la società o, meglio ancora, l'umanità di cui fa parte e all'interno della quale vive ed è chiamato ad operare. Un servizio simile non impegnerà l'intera sua vita e non sarà la risposta ultima all'interrogativo sul significato della vita nel suo insieme. Sarebbe una volgare vanteria asserire che la vita consiste nella cura per gli altri, nell'incessante servizio in favore del... mondo. Ciò che noi siamo capaci di concedere agli altri è generalmente di meno e raramente di più di una semplice "imposta".

Eppure, inculcata nella mente, si ammetta o no, vi è la certezza che esistenza e significato dell'esistenza siano legati da un rapporto reciproco, che la vita, in altre parole, sia valutabile in termini di significato. Malgrado gli errori e le frustrazioni, continuiamo a sentirci ossessionati da questo interrogativo irrimediabile: non sappiamo accettare l'idea che la vita sia vuota e incompatibile con un significato.

Ed è un fatto assai significativo che l'uomo, degno di questo nome, non basti a se stesso; che la vita non assuma per lui alcun significato se non serve a un fine che la trascende, se non è di valore per qualcun altro. Per quanto sia alto il tasso di scambio dell'*io*, gli uomini non vivono soltanto della moneta corrente, ma del bene ottenibile spendendola.

Fare dell'*io* un tesoro vuol dire sviluppare un fortissimo senso della futilità della vita.

Cronache amministrative

quarto trimestre 2004

a cura del Commissario straordinario dell'IRCCS Ospedale Maggiore

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

a - direzione scientifica

- accordo di collaborazione tra Ospedale Maggiore di Milano e Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori per la costituzione di un centro di ricerca dedicato "Centro di ricerca genetica ambientale" (Environmental Genetics Group – acronimo EGG);
- ricerca corrente 2005: istituzione di cinquantuno borse di ricerca;
- assegnazione di finanziamenti per progetti di ricerca corrente 2005: istituzione di centocinquantatré borse di ricerca;
- assegnazione dei finanziamenti relativi ai progetti a concorso 2005-2006 e istituzione di diciannove borse di ricerca;
- organizzazione di un corso convegno "Dalla scoperta scientifica alla pratica clinica - Modelli di partecipazione e legittimazione delle pratiche di ricerca e cura con le cellule staminali", Milano, Abbazia di Mirasole (4 ottobre 2004).

b - unità operativa risorse umane

- concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di quaranta posti di collaboratore professionale sanitario (infermiere) a tempo pieno: approvazione dei verbali rassegnati dalla commissione esaminatrice e conseguenti adempimenti.

c - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi

- approvazione della convenzione tra la Regione Lombardia – Direzione Generale Sanità e l'IRCCS Ospedale Maggiore di Milano per il funzionamento della "Banca di emocomponenti di gruppi rari";

- Legge 11.2.1994, n.109, Art 14 – Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti 22.6.2004: adozione del programma triennale 2005/2007 ed elenco annuale 2005 dei lavori;
- approvazione della convenzione di tirocinio con la Con. Impresit Srl per lo svolgimento dei corsi di formazione per operatore socio-sanitario;
- affidamento di incarico professionale per il servizio di medico competente;
- indizione di trattativa privata per l'affidamento del servizio sostitutivo del portierato, servizio di pulizia, rotazione sacchi e fornitura di materiale di sanificazione negli stabili di Milano e provincia di proprietà dell'Ente per il periodo 1.1.2005 – 31.12.2005;
- aggiudicazione a trattativa privata per la fornitura e installazione, chiavi in mano, di un chiosco per edicola e agenzia di viaggi completo dei necessari arredi, accessori e di impianti interni.

d - unità operativa approvvigionamenti

- licitazione privata per la fornitura di gas medicali e azoto liquido con relativi impianti fissi (serbatoi/evaporatori) per tre anni, approvazione dei verbali di gara e aggiudicazione: gara 1 – fornitura ossigeno liquido e protossido d'azoto; gara 2 – fornitura di azoto liquido;
- licitazione privata per la fornitura di guanti ad uso sanitario per tre anni: approvazione del verbale di gara ed aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di: siringhe per emogasanalisi (triennale); cateteri arteriosi con mandrino non inserito e dispositivi di lavaggio linea (triennale); gas terapeutici e di laboratorio in bombole/tank (biennale);
- indizione di pubblico incanto per la fornitura di specialità medicinali o equivalenti medicinali a denominazione generica, necessari all'Ospedale Maggiore di Milano, all'Istituto nazionale per lo

studio e la cura dei tumori e all'Istituto neurologico "Besta" per quattro anni;

- trattative private per la fornitura di: elettrodi per ECG e monitoraggio cardiaco (triennale) e kit radioimmunologici per il dosaggio di ormoni gastrointestinali (biennale); aggiudicazione;

- indizione di trattativa privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per immunochimica (ormoni, marcatori-tumorali, eritropoietina, autoimmunità tiroidea, diagnosi/monitoraggio anemia) destinato all'unità operativa semplice laboratorio di biochimica dell'u.o. laboratorio di analisi chimico cliniche e microbiologia, comprendente gli analizzatori, gli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso per tre anni;

- indizione di licitazione privata per la fornitura di deflussori diversi e regolatori di flusso: approvazione della documentazione di rito;

- indizione di trattativa privata biennale per la fornitura di filtri per siringa e complessi filtranti;

- trattativa privata triennale per la fornitura di reti nei diversi tipi e formati per la ricostruzione della parete addominale, laparocele e riparazione ernia inguinale, per le diverse camere operatorie: aggiudicazione;

- indizione di pubblico incanto per la fornitura triennale di: fili di sutura e liquido sterile per reinfusione al bicarbonato e lattato per dialisi e concentrato privo di tampone per AFB; pellicole radiografiche originali Kodak di diverso formato e materiali complementari per il periodo 1.1.2005/31.10.2007;

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

- indizione di trattative private per l'acquisizione di diverse apparecchiature da installare presso la nuova area subintensiva del pad. Zonda;

- trattativa privata biennale per la fornitura di dispositivi medici per anestesia e rianimazione, aggiudicazione lotto 21;

- realizzazione e stampa di un volume intitolato "Volte e luoghi della ricerca e della cura. Policli-

nico di Milano";

- trattativa privata per l'affidamento del servizio di raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti radioattivi per tre anni: aggiudicazione;

- pubblico incanto per l'aggiudicazione del servizio raccolta, stoccaggio temporaneo, trasporto, trattamento, smaltimento e/o recupero dei rifiuti speciali pericolosi e non, provenienti dalle strutture sanitarie dell'IRCCS Ospedale Maggiore di Milano e dell'Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori per quattro anni;

- indizione di trattativa privata per il servizio di vigilanza notturna presso il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti, servizio di vigilanza ispettiva presso i diversi padiglioni della sede di via F. Sforza 35 e servizio di vigilanza notturna presso i magazzini di Rozzano per due anni.

e - ufficio marketing sanitario

- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano per l'esecuzione di prestazioni di consulenza radioterapica e l'effettuazione di radioterapie a favore di pazienti oncologici dell'Ospedale Policlinico;

- convenzione di collaborazione congiunta con l'Azienda ospedaliera Carlo Poma di Mantova per la raccolta di sangue placentare.

- convenzione con l'Azienda ospedaliera Istituti clinici di perfezionamento per la determinazione dei valori di alluminemia nei dializzati e per il servizio di medicina trasfusionale (rinnovo);

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neurochirurgica e di indagini ecodoppler vascolari a favore di pazienti dell'Istituto auxologico italiano di Milano;

- convenzione di collaborazione congiunta con l'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo per la raccolta di sangue placentare;

- accordo di collaborazione con l'Azienda ospedaliera Ospedale di Lecco per il progetto di trapianto di rene presso l'Ospedale A. Manzoni di Lecco;

- convenzione per prestazioni inerenti la lettura di dosimetri personali ed ambientali a favore dell'Istituto europeo di Oncologia Srl di Milano;

- convenzione con l'Istituto ortopedico "Gaetano Pini" per la gestione del servizio di immunologia e trasfusionale.

f - unità operativa patrimonio

- esito della gara per la vendita di lotti di piante da abbattere durante la stagione silvana 2004/2005.

g - servizio Beni culturali

- interventi di manutenzione straordinaria su Beni culturali dell'Ospedale Maggiore di Milano nel 2005;

- costituzione di un comitato di esperti per la valorizzazione culturale dell'Abbazia di Mirasole;

- convenzione di deposito volontario temporaneo di Beni culturali dell'Ospedale Maggiore presso le Raccolte d'Arte del Comune di Milano al Castello Sforzesco.

h - contributi e beneficenza

L'associazione degli Amici del padiglione Croff ha offerto quattro computer per l'unità operativa di nefrologia;

il prof Roberto Villani ha donato due computer per l'unità operativa di neurochirurgia.

Per la continuità di questa rivista concorre anche una disposizione testamentaria della benefattrice Gemma Sichirolo.

Indice generale dell'annata 2004

per autore

Andreoni, Bruno

L'Hospice Cascina Brandezzata - progetto per la città di Milano
fascicolo 3 - pagg. 16-22 (ill.)

Bevacqua, Vincenzo

L'Ospedale del Brolo
fascicolo 2 - pagg. 30-37 (ill.)

Bonino, Ferruccio

La ricerca indipendente
fascicolo 2 - pagg. 8-10 (ill.)

Bresolin, Nereo

Cellule staminali somatiche nella terapia delle malattie neurodegenerative
fascicolo 1 - pagg. 21-22

Brivio, Ernesto

In ricordo di Gian Alberto dell'Acqua
fascicolo 4 - pagg. 15-16

Calza, Giancarlo

La medicina è malata: dove si nasconde la salute?
fascicolo 3 - pagg. 8-10 (ill.)

Casati, Sara

Pratica medica e partecipazione - Intervista di Beppe Rocca
fascicolo 4 - pagg. 2-5

Cassinelli, Daniele

Gli Zonda: beneficenza e collezionismo in Lombardia tra Otto e Novecento
fascicolo 1 - pagg. 14-15

Cazzullo, Carlo Lorenzo

La relazione del medico con il paziente e la sua famiglia significato e valori
fascicolo 3 - pagg. 24-27

Cenedella, Cristina

Tutti uguali, tutti diversi: gli occhi dei bambini nell'anno europeo della disabilità
fascicolo 1 - pagg. 36-38 (ill.)

Prima indagine curiosa e sorprendente tra i dipinti dell'Ospedale Maggiore e del Pio Albergo Trivulzio tra Sei e Settecento
fascicolo 3 - pagg. 32-35 (ill.)

Chiappa, Franca

L'Ospedale Maggiore e la sua Città - Intervista a Ferruccio de Bortoli
fascicolo 1 - pagg. 3-5

Verità rischiose e bugie pietose - Intervista ad Armando Massarenti
fascicolo 3 - pagg. 2-4

La Divina Commedia in dialetto milanese moderno
fascicolo 3 - pagg. 41-42

Cislaghi, Ferdinando

Dal Passato - «Sentirsi un numero» - «... e la sorte cadde su Mattia»
fascicolo 3 - pagg. 50-52

Corti, Stefania

Cellule staminali somatiche nella terapia delle malattie neurodegenerative
fascicolo 1 - pagg. 21-22

Cosmacini, Giorgio

Venticinque anni fa, la "Riforma Sanitaria"

fascicolo 1 - pag. 16

I vecchi doveri: acquisizione e custodia del sapere scientifico
fascicolo 1 - pagg. 17-19

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

fascicolo 2 - pagg. 15-17

La dinamica storico culturale della medicina nel Novecento
fascicolo 3 - pagg. 11-15

L'evoluzione della Sanità tra etica ed economia
fascicolo 4 - pagg. 9-13

Cova, Dario

Ospedale Maggiore e Pio Albergo Trivulzio. Oltre due secoli di rapporti

fascicolo 4 - pagg. 28-31

Dal Sasso, Giancarlo

Rispetto della dignità della persona e tutela della privacy particolarmente in sanità

fascicolo 3 - pagg. 28-31

De Asmundis, Carlo

Prevenire, prevenire, prevenire

fascicolo 2 - pagg. 11-14 (ill.)

de Bortoli, Ferruccio

L'Ospedale Maggiore e la sua Città - Intervista di Franca Chiappa
fascicolo 1 - pagg. 3-5

Depedri, Giorgia

Medicina e diritto: un dialogo difficile ma possibile!

fascicolo 2 - pagg. 25-26

Di Benedetto, Giuseppe

Inaugurato il padiglione Zonda nella sua completa ristrutturazione

fascicolo 1 - pagg. 12-13

La Fondazione e la valorizzazione del patrimonio dell'Ospedale Maggiore di Milano

fascicolo 3 - pagg. 5-7

Il padiglione "Sacco" oggi - intervento

fascicolo 4 - pagg. 6-7

Fiorista, Francesco

San Pantaleone, medico martire

fascicolo 2 - pag. 24 (ill.)

Fontana Castelli, Eva

Il Cardinale Ludovico Micara benefattore dell'Ospedale Maggiore

fascicolo 3 - pagg. 39-40

Franzini, Piero

Dal Passato - Il dolore, il malato, il medico

fascicolo 1 - pagg. 46-50

Galimberti, Paolo M.

Il medagliere dell'archivio storico dell'Ospedale Maggiore
fascicolo 3 - pagg. 36-38 (ill.)

Grasso Seminara, Giovanna

Dal sentimento della vergogna verso un nuovo umanesimo
fascicolo 2 - pagg. 27-28

Lerma, Milena

Scrutare nell'anima

fascicolo 1 - pagg. 33-35

Per ricordare don Carlo Gnocchi precursore della moderna riabilitazione

fascicolo 4 - pagg. 17-19

Lotito, Piero

Luigi Offeddu: Questa America (rec.)

fascicolo 4 - pagg. 39-40

Magrini, Fabio

Prevenire, prevenire, prevenire

fascicolo 2 - pagg. 11-14 (ill.)

Maiocchi, Giuseppe

Da bugiardino a utile foglietto illustrativo: lavori in corso

fascicolo 4 - pagg. 33-35 (ill.)

Maltagliati, Ermenegildo

Ospedale Maggiore di Milano e Pio Albergo Trivulzio.

Oltre due secoli di rapporti

fascicolo 4 - pagg. 28-31

Mantero, Mario

Pietro Vigorelli (a cura di): La conversazione possibile con il malato di Alzheimer (rec.)

fascicolo 3 - pagg. 47-48

Massarenti, Armando

Verità rischiose e bugie pietose - Intervista di Franca Chiappa

fascicolo 3 - pagg. 2-4

Montagna, Lino

Dal Passato: «Non faccio nulla di male...»

fascicolo 4 - pagg. 44-45

Montorsi, Walter

Ricordo del professor Umberto Fox

fascicolo 4 - pagg. 42-43

Offeddu, Luigi

“...Al suo posto la luce”

fascicolo 1 - pagg. 30-31

Paladino, Anna

Pietro Vigorelli (a cura di): La conversazione possibile con il malato di Alzheimer (rec.)

fascicolo 3 - pagg. 47-48

Panara, Valentina

Dalle Raccolte d'Arte dell'Ospedale Maggiore. Il ritratto di Pompeo Litta e il disegno di Luigi Canonica

fascicolo 1 - pagg. 41-42 (ill.)

Randazzo, Antonio

Facite 'a faccia feroce

fascicolo 4 - pagg. 36-37

Rebora, Sergio

I donatori del padiglione

fascicolo 4 - pagg. 7-8 (ill.)

Rocca, Beppe

L'equilibrio enigmatico della salute

fascicolo 1 - pagg. 6-11 (ill.)

Bioetica e Diritto - Intervista a Mariachiara Tallacchini

fascicolo 2 - pagg. 2-7

La ricerca indipendente

fascicolo 2 - pagg. 8-10 (ill.)

Pratica medica e partecipazione - Intervista a Sara Casati

fascicolo 4 - pagg. 2-5

Rossetti, Antonello

Ospedale Maggiore di Milano e Pio Albergo Trivulzio.

Oltre due secoli di rapporti

fascicolo 4 - pagg. 28-31

Segala, Marco

Genesi di un corso sull'equilibrio professionale

fascicolo 1 - pagg. 26-29

Il consenso informato, partecipazione al progetto di cura

fascicolo 2 - pagg. 18-20 (ill.)

Sironi, Vittorio A.

La medicina e il suo doppio: le ragioni culturali e sanitarie del successo delle medicine alternative

fascicolo 1 - pagg. 23-25

Strata, Cristina

Genesi di un Corso sull'equilibrio professionale

fascicolo 1 - pagg. 26-29

Tallacchini, Mariachiara

Bioetica e Diritto - Intervista di Beppe Rocca

fascicolo 2 - pagg. 2-7

Zanarotti Tiranini, Elisabetta

Vocazione e passione

fascicolo 1 - pagg. 39-40

L. Sandrin: Aiutare senza bruciarsi (rec.)

fascicolo 1 - pagg. 43-44

Il cappellano d'ospedale

fascicolo 2 - pagg. 21-23

Le voci di Milano. Letteratura dialettale milanese

fascicolo 2 - pagg. 38-45 (ill.)

L' "Hospice" Cascina Brandezzata - progetto per la città di Milano

fascicolo 3 - pagg. 16-22 (ill.)

Siamo viandanti: che cosa ci riserva il cammino?

fascicolo 3 - pagg. 43-45

G. Astrei, A. Bevere et al.: La mamma e il suo bambino

Agendario del primo anno di vita (rec.)

fascicolo 3 - pagg. 46-47

I nostri benefattori cosiddetti "minori"

fascicolo 4 - pagg. 20-27 (ill.)

Zocchi, Paola

La strumentazione sanitaria antica: una importante testimonianza storica presso l'Ospedale Maggiore

fascicolo 2 - pagg. 46-48 (ill.)

*per argomento***Assistenza religiosa**

Il cappellano d'ospedale - Elisabetta Zanarotti Tiranini

fascicolo 2 - pagg. 21-23

Bioetica e etica sanitaria

Intervista - Bioetica e Diritto - Beppe Rocca a Maria Chiara

Tallacchini

fascicolo 2 - pagg. 2-7

Medicina e diritto: un dialogo difficile ma possibile!

Giorgia Depedri

fascicolo 2 - pagg. 25-26

Cardiologia

Prevenire, prevenire, prevenire - Fabio Magrini,

Carlo De Asmundis

fascicolo 2 - pagg. 11-14 (ill.)

Dell'Acqua, Gian Alberto

In ricordo di Gian Alberto dell'Acqua - Ernesto Brivio

fascicolo 4 - pagg. 15-16

Fox, Umberto

Ricordo del professor Umberto Fox - Walter Montorsi

fascicolo 4 - pagg. 42-43

Individuo e società

Dal sentimento della vergogna verso un nuovo umanesimo -
Giovanna Grasso Seminara

fascicolo 2 - pagg. 27-28

Facite 'a faccia feroce - Antonio Randazzo

fascicolo 4 - pagg. 36-37

Verità rischiose e bugie pietose - Intervista di Franca Chiappa a
Aramando Massarenti

fascicolo 3 - pagg. 2-4

Medicina

Il consenso informato, partecipazione al progetto di cura
Marco Segala

fascicolo 2 - pagg. 18-20 (ill.)

Dal Passato - Il dolore, il malato, il medico - Piero Franzini

fascicolo 1 - pagg. 46-50

La dinamica storico culturale della medicina nel Novecento
Giorgio Cosmacini

fascicolo 3 - pagg. 11-15

L'equilibrio enigmatico della salute - Beppe Rocca

fascicolo 1 - pagg. 6-11 (ill.)

Medicina e diritto: un dialogo difficile ma possibile!

Giorgia Depedri

fascicolo 2 - pagg. 25-26

La medicina e il suo doppio: le ragioni culturali e sanitarie del
successo delle medicine alternative - Vittorio A. Sironi

fascicolo 1 - pagg. 23-25

Neurologia

Cellule staminali somatiche nella terapia delle malattie
neurodegenerative - Stefania Corti, Nereo Bresolin

fascicolo 1 - pagg. 21-22

Pietro Vigorelli (a cura di): La conversazione possibile con il
malato di Alzheimer (rec.) Mario Mantero, Anna Paladino

fascicolo 3 - pagg. 47-48

Ospedale Maggiore

Cronache amministrative

Rubrica fissa trimestrale

Il cardinale Ludovico Micara benefattore dell'Ospedale
Maggiore - Eva Fontana Castelli

fascicolo 3 - pagg. 39-40

Dalle Raccolte d'Arte dell'Ospedale Maggiore. Il ritratto di
Pompeo Litta e il disegno di Luigi Canonica - Valentina Panara

fascicolo 1 - pagg. 41-42 (ill.)

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

fascicolo 2 - pagg. 15-17

La Fondazione e la valorizzazione del patrimonio dell'Ospedale
Maggiore di Milano - Giuseppe Di Benedetto

fascicolo 3 - pagg. 5-7

L' "Hospice" Cascina Brandezzata - progetto per la città di
Milano - Bruno Andreoni, Elisabetta Zanarotti Tiranini

fascicolo 3 - pagg. 16-22 (ill.)

Inaugurato il padiglione Zonda nella sua completa
ristrutturazione - Giuseppe Di Benedetto

fascicolo 1 - pagg. 12-13

Gli Zonda: beneficenza e collezionismo in Lombardia tra Otto
e Novecento - Daniele Cassinelli

fascicolo 1 - pagg. 14-15

L'Ospedale Maggiore e la sua Città - Franca Chiappa a Ferruccio
de Bortoli

fascicolo 1 - pagg. 3-5

Il medagliere dell'archivio storico dell'Ospedale Maggiore -
Paolo M. Galimberti

fascicolo 3 - pagg. 36-38 (ill.)

Per ricordare i benefattori, gli amministratori, i visitatori,
i volontari e i dipendenti defunti

fascicolo 4 - pag. 41

Prima indagine curiosa e sorprendente tra i dipinti dell'Ospedale
Maggiore e del Pio Albergo Trivulzio tra Sei e Settecento -
Cristina Cenedella

fascicolo 3 - pagg. 32-35 (ill.)

La strumentazione sanitaria antica: una importante testimonianza
storica presso l'Ospedale Maggiore - Paola Zocchi

fascicolo 2 - pagg. 46-48 (ill.)

Riunione del Consiglio dell'Associazione Commissione Visitatori
e Visitatrici

fascicolo 4 - pag. 41

Pediatria

G. Astrei, A. Bevere et al.: La mamma e il suo bambino

Agendario del primo anno di vita (rec.) Elisabetta Zanarotti
Tiranini

fascicolo 3 - pagg. 46-47

Psicologia

Genesi di un corso sull'equilibrio professionale - Cristina Strata,
Marco Segala

fascicolo 1 - pagg. 26-29

Scrutare nell'anima - Milena Lerma

fascicolo 1 - pagg. 33-35

Tutti uguali, tutti diversi: gli occhi dei bambini nell'anno
europeo della disabilità - Cristina Cenedella

fascicolo 1 - pagg. 36-38 (ill.)

Ricerca

La ricerca indipendente - Ferruccio Bonino

fascicolo 2 - pagg. 8-10 (ill.)

Sanità

Rispetto della dignità della persona e tutela della privacy
particolarmente in sanità - Giancarlo Dal Sasso

fascicolo 3 - pagg. 28-31

I vecchi doveri: acquisizione e custodia del sapere scientifico
Giorgio Cosmacini

fascicolo 1 - pagg. 17-19

Storia della medicina

La dinamica storico culturale della medicina nel Novecento

Giorgio Cosmacini

fascicolo 3 - pagg. 11-15

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

fascicolo 2 - pagg. 15-17

San Pantaleone, medico martire - Francesco Fiorista

fascicolo 2 - pag. 24 (ill.)

La strumentazione sanitaria antica: una importante testimonianza
storica presso l'Ospedale Maggiore - Paola Zocchi

fascicolo 2 - pagg. 46-48 (ill.)

Venticinque anni fa, la "Riforma Sanitaria" - Giorgio Cosmacini

fascicolo 1 - pag. 16

Storia di Milano

La Divina Commedia in dialetto milanese moderno - F.C.
fascicolo 3 - pagg. 41-42

Due istituzioni, un uomo: la “Ca’ Granda”, i “Rachitici”

e Gaetano Pini - Giorgio Cosmacini

fascicolo 2 - pagg. 15-17

L’Ospedale del Brolo - Vincenzo Bevacqua

fascicolo 2 - pagg. 30-37 (ill.)

Prima indagine curiosa e sorprendente tra i dipinti dell’Ospedale

Maggiore e del Pio Albergo Trivulzio tra Sei e Settecento

Cristina Cenedella

fascicolo 3 - pagg. 32-35 (ill.)

Le voci di Milano. Letteratura dialettale milanese

Elisabetta Zanarotti Tiranini

fascicolo 2 - pagg. 38-45 (ill.)

Tincani, Leonardo

Per non dimenticarli

fascicolo 4 - pag. 43

Vismara, Adriano

Per non dimenticarli

fascicolo 4 - pag. 43



Direzione, redazione, amministrazione: 20122 Milano, via F. Sforza, 28 - telefono 02-5503.8311/02-5503.8376

Sped. abb. post. 70% - filiale di Milano