

ai lettori

In apertura del fascicolo il Presidente presenta l'attività scientifico sanitaria della Fondazione nel triennio 2005-2007.

Il Direttore scientifico illustra per noi il "progetto per Milano di un Istituto di ricerca e cura della salute".

Come sempre, la rivista ha seguito e segue rigorosamente per i lettori nuove iniziative, provvedimenti e progetti per il futuro, non escludendo l'avanzare degli attesi cantieri che stanno modificando area, costruzioni, revisioni di vecchi grandi padiglioni attraverso nuove moderne tecnologie e impostazioni irrimandabili del Pronto Soccorso con i previsti complessi assistenziali annessi.

Le pagine della rivista ricordano come il trascorso 2007 sia stato ricco per noi di iniziative medico culturali e di notizie sullo stato della ricerca scientifica nella nostra Fondazione; ricco di secolari ricorsi storici: il cinquecentocinquantesimo anniversario di fondazione dell'Ospedale Maggiore, il primo centenario della Clinica Mangiagalli e la biennale celebrazione della Festa del Perdono.

In questo numero: la pagina attesa e seguita, come sempre, dello storico; ancora il libro col suo mondo, a portarcene la conoscenza antica, a innamorarci di quel che ha dato e dà, a riempirci di gratitudine.

Sagge considerazioni sul vivere quotidiano con il frequente nostro "Non ho tempo"; l'archivistica storica gradualmente riscoperta.

Nuovi autori, nuove esperienze, proposte, meditazioni, espressioni sorprendenti che forse vivono e hanno radici dentro di noi, ma la parola chiede d'essere detta e scritta. ("Malattia, letteratura e metafora", "Autocensura", "La solitudine", "Giovani dottori").

La strumentazione meccanica nella cura ("Occhio e macchine"); quando la scienza si fa cultura ("La donazione del sangue cordonale..."); esperienze sociali in sanità ("La formazione degli operatori socio sanitari..." e "Mediare i conflitti...")

Testimonianze di vita e di professione ("L'ultimo incontro").

Memoria affettuosa di una personalità della cultura, Dante Isella, membro della Commissione Artistica della Fondazione, recentemente scomparso.

L'indice dell'annata per autore e per argomento è preceduto dagli asterischi dalle notizie del trimestre della nostra comunità e dalle cronache amministrative.

Presentazione dell'attività scientifico-sanitaria 2005 - 2007 della Fondazione

CARLO TOGNOLI

Abbiamo più volte ricordato la posizione di rilievo su scala nazionale della Fondazione nella ricerca - prima tra gli IRCCS pubblici, seconda dopo il S. Raffaele - in base all'*impact factor*. Primato che viene confermato da tre anni a questa parte. Ad esso si accompagna il buon risultato per i brevetti, che colloca il nostro ente al primo posto tra le istituzioni pubbliche.

L'incremento della ricerca clinica mirata allo sviluppo di nuovi farmaci o di differenti indicazioni e utilizzi per farmaci già in uso ha prodotto risultati significativi e forieri di ulteriori positive evoluzioni, anche sotto il profilo del contenimento della spesa farmaceutica.

Le 'facilities' per la ricerca - dal Biological Research Center con biodepository per cellule adulte, emoderivati, feti alla 'cell factory' certificata per la medicina rigenerativa e terapia cellulare, dall'officina farmaceutica per la produzione di radio isotopi FDG al centro per la sperimentazione preclinica, dalla ricerca nefrologica della Fondazione Damico (new entry per fine anno) alle nuove strumentazioni per la diagnostica 'imaging' avanzata - sono un altro punto di forza per il prossimo futuro della ricerca, cui si aggiungerà il lavoro dell'Istituto nazionale per la Genetica Molecolare che sarà ospitato nell'area della Fondazione.

Sul terreno organizzativo vanno segnalati i percorsi diagnostici e di cura caratterizzati dall'integrazione della ricerca con l'assistenza, indirizzati per tipologia di individuo e per fasi della vita (donne e neonati, bambini, maschi adulti, anziani, malattie rare, cronicità specifiche) e non circoscritti ad organi e apparati. Sta partendo la società di scopo, al 100% di proprietà della Fondazione, dedicata all'alta formazione, con macro e micros simulazioni, per anestesia e rianimazione, rivolta sia ai nostri medici che a tutti gli specialisti, di ogni provenienza geografica, che vorranno avvalersene.

Così come è in fase di decollo un'altra società, sem-

pre con capitale pubblico, per la gestione dei brevetti. Questi strumenti sono realizzati per garantire un ritorno economico nel campo della ricerca che viene svolta nell'ambito della nostra istituzione, con il contributo determinante dell'Università con la quale il legame storico è andato sempre più rafforzandosi.

È in corso l'elaborazione del progetto di 'governance' clinica per il 'consenso informato' come strumento di valutazione etica e di buona pratica assistenziale, mentre in parallelo viene approfondita la tematica della medicina 'non convenzionale' - quali contributi di pensiero e di azione della ricerca scientifica per la cura finalizzata alla persona e non solo alla malattia.

Le strutture

Come tutti possono constatare, i programmi di rinnovamento strutturale del nosocomio procedono, *senza alcuna interruzione all'attività sanitaria*.

Il *padiglione Monteggia* sarà completato nella prossima estate e sarà operativo molto probabilmente prima della fine del 2008.

Con la demolizione del *padiglione Pasini* è avviato il rifacimento del Pronto Soccorso, di cui si prevede il raddoppio delle superfici, l'introduzione di ulteriori tecnologie avanzate (sono previste 4 nuove sale operatorie) e la completa umanizzazione dei reparti, con conclusione dei lavori nella metà del 2011.

Tuttavia la disponibilità della struttura che sorgerà in luogo del Pasini consentirà, già nel 2010, di ospitare tutta l'attività del dipartimento 'emergenza-urgenza' mentre sarà in corso la ristrutturazione del 'guardia', che sarà collegato con la nuova costruzione per il definitivo ampliamento degli spazi a disposizione.

Quando il Monteggia sarà operativo per le neuroscienze e gli organi di senso si potranno demolire i padiglioni Ponti, Moneta, Beretta Est e Beretta Neuro

nella cui area sorgeranno i nuovi poli 'materno infantile' e medico, seconda fase della articolata ristrutturazione del complesso ospedaliero e di ricerca.

A questo proposito va annunciato che il concorso progettuale urbanistico edilizio, per la sistemazione di tutta l'area e la realizzazione dei nuovi poli, ha terminato il suo iter con l'indicazione del progetto vincente e la graduatoria degli elaborati, quasi tutti di notevole livello qualitativo e funzionale, sia per quanto riguarda il profilo assistenziale, che quello urbanistico e architettonico.

E ancora, ricordo che si è appena concluso l'appalto per la realizzazione della *centrale di trigenerazione*, che permetterà all'Ospedale di essere autonomo rispetto all'erogatore esterno di energia.

Numerosi, inoltre, i lavori di ristrutturazione ad oggi realizzati, tra i quali ricordiamo:

- dicembre '05, inaugurazione nuovo PS Pediatrico. Dispone di un'area di circa 600 metri quadri, quattro volte più grande della vecchia struttura, con un percorso dedicato ai bambini con patologie più gravi, un'area attrezzata per l'osservazione breve intensiva e la stabilizzazione dei piccoli pazienti, un'area per i piccoli interventi ed una sala d'attesa per i parenti. È stato realizzato grazie al contributo di 745.000 euro della Fondazione Milan, coinvolta dall'Associazione per il Bambino Nefropatico che, a sua volta, ha donato 200.000 euro.

- settembre '06, inaugurazione reparto Neuroradiologia Diagnostica e Interventistica.

Temporaneamente ospitato nel Padiglione Beretta, troverà collocazione definitiva nel nuovo Padiglione Monteggia. È riconosciuto come Centro di riferimento nazionale per le procedure endovascolari craniche e può contare su una nuova apparecchiatura angiografica, qui installata per la prima volta in Italia, che permette di intervenire senza dover aprire la scatola cranica anche in casi di patologia vascolare cerebrale complessa.

- novembre '06, inaugurazione Servizio di Cardiologia Interventistica con l'installazione di un angiografo digitale di ultima generazione, indispensabile per l'applicazione interventistica coronarica ed elettrofisiologica.

- gennaio '07, inaugurazione Padiglione Cesarina Riva.

Grazie alla donazione di 5 milioni di euro da parte della Fondazione per la Ricerca e la Terapia in Uro-

logia RTU- ONLUS e della Fondazione Cariplo, è stato ampliato il blocco operatorio, che può oggi contare su tre sale operatorie, due delle quali attrezzate per interventi di trapianto di organo. Si è provveduto poi alla razionalizzazione delle degenze e alla riorganizzazione del primo piano destinato alla direzione, agli studi medici e alla formazione, dotandolo di un sofisticato sistema video collegato alle sale operatorie, capace così di connettere attività chirurgica e didattica.

- luglio '07, inaugurazione Centro Prelievi Unificato, ubicato al piano seminterrato del padiglione Devoto, che in sé accorpa il Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia del Presidio Ospedale Maggiore Policlinico e il Laboratorio di Patologia Clinica e di Microbiologia del Presidio Mangiagalli Regina Elena.

- luglio '07, aperto il nuovo reparto di Medicina d'Urgenza al secondo piano del Padiglione Devoto. Si tratta di un'opera propedeutica alla realizzazione del nuovo Pronto Soccorso, che verrà realizzato mediante la ristrutturazione e l'ampliamento del Padiglione Guardia. Progetto che prevede, entro la fine di luglio, la demolizione del Padiglione Pasini, già sede della Medicina d'Urgenza.

- settembre '07, inaugurato il primo piano del Padiglione Litta, completamente ristrutturato per ospitare le sedi della principali associazioni di volontariato attive in Fondazione e parte dell'attività del professor Gattinoni, direttore dell'Unità di Anestesia e Rianimazione. Sono ora in corso d'opera i lavori di rifacimento del piano terra e di parte del seminterrato.

- 2008, avvio lavori INGM (Istituto Nazionale di Genetica Molecolare).

Il nuovo edificio sorgerà al posto dell'attuale "ex convitto infermieri" e sarà nominato *Padiglione Romeo ed Enrica Invernizzi*, a memoria dei benefattori che ne hanno reso possibile la realizzazione con una donazione di 20 milioni di euro. Ospiterà il Dipartimento trasfusionale e di riferimento per il trapianto di organi e tessuti, oltre all'Istituto di Genetica Molecolare.

Gli strumenti tecnologici

In tre anni sono stati investiti circa 19 milioni di euro per l'acquisto di grandi apparecchiature.

Oltre ai due angiografi prima menzionati ricordiamo:

- *gennaio '06*: L'Unità di *Chirurgia Toracica* è la prima in Italia ad aver acquisito uno strumento endoscopico di ultima generazione: *un videoeco-broncoscopio*. Questa apparecchiatura è in grado di effettuare diagnosi di tumore polmonare nei casi in cui questo sia ancora molto piccolo e a ridosso della parete esterna della trachea e dei bronchi, zone altrimenti raggiungibili solo mediante un intervento chirurgico;

- *ottobre '06*: installata, per la prima volta in Italia, presso l'unità di *Radiologia* la *TAC a doppia sorgente radiogena*, che consente tra l'altro, di superare le difficoltà nella visualizzazione delle arterie coronarie e di sostituire un esame invasivo come l'angiografia coronarica;

- *giugno '07*: installata presso l'Unità di *Medicina Nucleare* la prima *PET-CT* (Tomografia ad Emissione di Positroni abbinata ad una TAC) *con tecnologia TrueV d'Europa*.

Da ultimo permettetemi di ringraziare, per l'impegno e la passione profusi nella loro attività e per i risultati conseguiti, il direttore scientifico Ferruccio Bonino e il direttore generale Giuseppe Di Benedetto; il comitato tecnico scientifico, i medici, gli infermieri e tutti i volontari della Fondazione Policlinico Mangiagalli.

Un ringraziamento particolarissimo alla Fondazione Fiera Milano.

Centoventi anni fa la prima legge sanitaria

Nel dicembre 1888, 120 anni or sono, venne approvata la legge per la tutela dell'igiene e della sanità pubblica, la prima riforma in questo campo dall'Unità d'Italia.

Fu preceduta da inchieste e raccolte di dati che permisero di impostare un complesso di norme che rispondeva al progredire della medicina e della chirurgia e alle esigenze della prevenzione basata sull'igiene pubblica.

Sarà Francesco Crispi, Presidente del Consiglio e ministro dell'Interno, a portare a termine un lavoro che durava da anni e che introduceva in Italia il meglio di quanto si stava facendo nei Paesi europei più evoluti.

Tuttavia una gran quantità di materiale elaborato, frutto di inchieste scrupolose, era stato preparato da

un medico e politico milanese, Agostino Bertani, laureato a Pavia in medicina e chirurgia, protagonista nelle Cinque Giornate e nella difesa della Repubblica Romana del 1849, al fianco di Garibaldi nel 1859 come direttore sanitario dei 'Cacciatori delle Alpi' e nella spedizione dei 'mille'.

Bertani aveva predisposto nel 1886 per il governo Depretis un 'codice per la pubblica igiene' di 188 articoli che non poté essere approvato per lo scioglimento della Camera e il successivo cambio di Governo.

Crispi non dimenticherà l'opera di Bertani, il cui completamento sarà affidato al prof. Luigi Pagliani, docente d'Igiene all'Università di Torino.

Dopo la sopravvenuta morte di Bertani e Depretis, importante fu lo stimolo degli igienisti milanesi (tra questi Alfonso Corradi, Gaetano Pini, Carlo Zucchi) componenti della Società Italiana d'Igiene che nel febbraio del 1887 *presentarono in una sala dell'Ospedale Maggiore una proposta di legge basata sul lavoro di Agostino Bertani*.

Mi piace ricordare che a commento conclusivo della mole di documentazione raccolta nelle inchieste attraverso i medici condotti, 'vincendo spesso le difficoltà conseguenti', come si legge nel rapporto, 'a ignoranze prepotenti e interessate' - Bertani scrive "...che i fatti non ci consentono di affidarci alla iniziativa privata, non sempre provvida, né illuminata, né disinteressata in ogni luogo; né vediamo universalmente educate le persuasioni igieniche, né spontanee le iniziative a provvedervi: deve adunque la suprema e ordinata azione dello Stato venire incontro alle oneste e legittime esigenze delle popolazioni; i doveri dello Stato sono imprescindibili, l'igiene pubblica, dunque, deve essere comandata..."

Un Istituto di ricerca e cura della salute

Progetto per Milano verso Expo 2015

FERRUCCIO BONINO

Benessere economico e progresso tecnologico hanno determinato un significativo allungamento della vita media dell'uomo, modificandone profondamente lo stile. Il prolungamento della vita oltre i limiti della programmazione biologica, mirata alla procreazione, si associa alla degenerazione asimmetrica delle funzioni biologiche ed espone a nuove condizioni di cronicità e disabilità, tipiche dell'anziano.

L'affinamento delle tecniche diagnostiche ci ha condotto verso una nuova medicina che propone alterazioni anatomiche, biochimiche, genetiche e funzionali che non sono vere e proprie lesioni e non causano necessariamente malattie. Fino agli anni '80 un solo medico poteva "governare" la maggior parte degli strumenti di diagnosi e cura del singolo malato, curandone le lesioni tipiche dell'acuzie e provvedendo agli interventi medici programmati. Allo stesso modo un solo meccanico curava l'automobile garantendo i controlli periodici, i ricambi occasionali e in caso di incidente, le riparazioni. Oggi è impossibile mantenere tutte le adeguate competenze in un solo esperto e perciò è diventato indispensabile il lavoro di squadra. Il mondo dell'automobile ha reagito al cambiamento e ha predisposto organizzazioni e squadre di lavoro distinte per competenze diverse tra loro, collegate e integrate per garantire alla singola auto l'appropriatezza, tempestività e continuità di cura, la cura giusta al momento giusto:

1. officine per la riparazione delle lesioni delle auto incidentate, (acuzie);
2. officine per ricambi programmati (gomme, marmitte, etc.);
3. officine per controlli periodici preventivi e terapeutici sulle auto "sane": i cosiddetti "tagliandi" (nuove cronicità).

Purtroppo l'organizzazione della medicina è rimasta pressoché esclusivamente ancorata alla cura delle lesioni sia nel malato acuto per i problemi di

emergenza e urgenza che nel malato cronico per gli interventi programmati (asportazione di utero, prostata, calcoli, esecuzione di by-pass aorto-coronario, applicazione di protesi d'anca, etc.). Non è stato adeguatamente organizzato un gruppo di lavoro per la cura della salute nel soggetto non ancora malato, ma con i problemi delle nuove cronicità.

Se l'organizzazione automatizzata e spersonalizzata della cura delle lesioni può garantire soddisfacente anche la cura della persona nel caso dell'emergenza e urgenza e degli interventi medici programmati, tale organizzazione sanitaria non può essere adeguata alla cura delle alterazioni anatomiche, biochimiche, genetiche o funzionali che non sono necessariamente causa di lesione. Le nuove cronicità non sono paragonabili alle vecchie cronicità perché non seguono la malattia scoperta per una sintomatologia o lesione acuta. Le nuove condizioni di cronicità nascono dalla scoperta di alterazioni genetiche, anatomiche, biochimiche o funzionali che non rappresentano ancora una malattia, ma solo una deviazione dalla normalità che può essere un fattore di rischio di malattia solo se il soggetto non segue opportune cure e stile di vita. In questo caso la cura deve necessariamente essere personalizzata in quanto la cura preventiva o cura della salute impone attenzioni, canoni e paradigmi molto diversi dalla cura della malattia.

L'organizzazione socio-sanitaria per la cura della salute dovrebbe piuttosto seguire il modello del "project management" ed essere indirizzata per la tipologia di individuo (genere o tipo di persona: donna, neonato, bambino, uomo maschio adulto, anziano) e non invece il modello della "catena di montaggio" che è organizzativamente adatto alla cura delle lesioni acute. Occorre pensare quindi ad un'organizzazione integrata per i persorsi diagnostici della medicina di genere e della cronicità.

Per la cura della salute è obbligatorio garantire la personalizzazione degli interventi diagnostici e la

continuità di cura, evitare gli sprechi della non-appropriatezza. L'operatore dovrebbe avere una visione d'insieme della cura e non solo la competenza di esecutività strumentali, come è richiesto nella catena produttiva adeguata alla cura impersonale della lesione. Seguendo la stessa logica la verifica di efficacia della cura non dovrebbe essere limitata ai soli strumenti, ma estesa alla valutazione degli esiti delle pratiche di cura nel loro insieme e della "performance" degli operatori. La Regione Lombardia si è dotata di uno strumento adeguato per tale verifica, la Carta Siss.

Il medico moderno vorrebbe sapere anche se la fonte termale che da secoli si dice efficace per la dispepsia è efficace in tutti i malati, se solo in alcuni, nelle donne e negli uomini, nei giovani e nei vecchi, quanto tempo deve durare, quante volte deve essere praticata nell'anno, etc. Inoltre vorrebbe anche sapere se tale cura è efficace anche per il reflusso gastro-esofageo, il colon irritabile, il dolore addominale funzionale, o è specifica per la dispepsia. Vorrebbe sapere infine se costa meno delle cure farmacologiche o degli inibitori della pompa protonica. Dovremmo perciò studiare repertori dei rimedi suddetti con indicazioni specifiche per identificare il soggetto che può trarre beneficio da ciascuna di esse. Non possiamo però pensare di ottenere questo risultato con l'assegnazione casuale al trattamento o meno e con il modello statistico delle 4 fasi della ricerca farmaceutica industriale. I metodi statistici sequenziali possono permettere di stabilire la significatività e la potenza di uno studio senza fissare rigidamente il numero dei malati e rappresentano una tecnica preliminare e spesso integrativa rispetto ai RCT tradizionali per la valutazione delle pratiche di cura. Il numero dei casi dipende dai risultati dello studio della pratica medica, man mano che essi sono disponibili al ricercatore. In questo modo la sperimentazione termina non appena si è raggiunto il numero sufficiente di casi consecutivi che confermano o falsificano l'ipotesi di efficacia.

La sicurezza degli alimenti è un'altra priorità della cura della salute come dimostra l'esempio della "malattia della mucca pazza". L'Italia è il paese con il maggior numero di prodotti alimentari a denominazione di origine tutelata. Essi sono riconosciuti da una serie di marchi di certificazione e garanzia,

ma solo la loro verifica biotecnologica ne permetterebbe una migliore salvaguardia. La caratterizzazione chimico-fisico-biologica mediante test rapidi degli elementi costitutivi che caratterizzano la tipicità naturale dei prodotti con i suddetti marchi è infatti in grado di garantire a pieno la qualità di origine e soprattutto la qualità e sicurezza dei prodotti utilizzati nella filiera produttiva. Inoltre la ricerca di contaminanti mediante le biotecnologie garantirebbe una sicurezza degli alimenti molto maggiore dell'attuale. Oggi è possibile l'applicazione rapida di tecnologie quali la *polymerase chain reaction*, *gene-sequencing* e analisi fisiche come la risonanza magnetica con sistemi analitici di vasta scala e a costi bassi. Proponiamo ad esempio l'adozione di nuovi marchi di qualità e sicurezza, BTC (biotecnologicamente certificati) per garantire il rapido controllo non solo della qualità e sicurezza del prodotto per il consumatore, ma anche la salvaguardia della tipicità del prodotto a tutela del produttore con un'adeguata e controllabile prevenzione delle contraffazioni. Attraverso modalità giuridiche da stabilire si possono attivare consorzi per gli scopi suddetti tra Enti Pubblici (Istituto Superiore di Sanità, Istituti Zooprofilattici, Regioni, Centri e Istituti di Ricerca, Produttori Alimentari e Facoltà Universitarie di Agraria, Biotecnologie, Ingegneria, Medicina, Scienze, Veterinaria, etc) e Industria. Per fare ciò ci siamo proposti l'organizzazione della filiera di competenze necessarie e della loro opportuna integrazione in progetti sostenibili e concreti come quello recentemente attivato, Progetto Scambio (Sicurezza e Certificazione degli Alimenti mediante le Biotecnologie) nell'ambito del Programma Straordinario Finalizzato 2007-8 del Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore della Sanità.

La sicurezza dell'ambiente è un altro indispensabile anello della cura della salute, e Milano e la nostra Fondazione sono sedi della più prestigiosa Clinica del Lavoro, dove nacque nel 1906 la Medicina del Lavoro e nel 2006 ha avuto luogo il Congresso Mondiale per celebrarne il centenario. Le competenze e eccellenze nel campo della cura della salute ambientale e del lavoro rappresentano un patrimonio culturale indispensabile per il progetto di un Istituto di ricerca e cura della salute. Occorre infatti

una riorganizzazione dell'attuale frammentazione della cura con gli stessi principi che l'Organizzazione Mondiale della Sanità indica come obiettivi prioritari del XXI secolo: riorganizzazione dei gruppi di lavoro per la cura delle nuove cronicità e personalizzazione delle cure. Il nuovo sistema di ricerca e cura della salute multidisciplinare centrato sull'uso delle nano e biotecnologie al servizio della persona può essere realizzato attraverso il coordinamento tra diverse istituzioni (Regione, Province, Comuni e Stato), istituti di ricerca, università, ospedali, organizzazioni sanitarie territoriali e industrie e la sinergia d'azione fra ricerca di base, ricerca traslazionale e ricerca socio-sanitaria.

Con passi organizzativi graduali proponiamo di creare luoghi e opportunità per:

1. condividere percorsi di ricerca, educazione e formazione integrati per ricercatori di diverse discipline (agronomi, biologi, chimici, filosofi, fisici, gastronomi, ingegneri, infermieri, medici, teologi, veterinari, etc.);

2. creare un incubatore culturale multidisciplinare per stimolare curiosità e creatività in sinergia con pratiche personalizzate e sostenibili di prevenzione delle malattie e cura della salute e sperimentare operativamente in opportuni centri modelli innovativi di interventi concreti, capaci di auto-evolvere, essere trasferibili ed esportabili;

3. organizzare e trasformare ricerca, educazione e formazione per la salute in una piattaforma culturale multidisciplinare in cui agraria, scienze naturali, chimica, fisica, medicina, veterinaria, ingegneria e scienze classiche e moderne da semplici forme di razionalità tecnico strumentali diventino forme di conoscenza razionale, con la partecipazione a gruppi di studio multidisciplinari mirati a far germogliare e costruire know-how innovativi (non solo chi fa che cosa, ma chi sa inventare nuove cose, *fig. 1*).

Un denominatore multiculturale comune permetterà di esaltare sinergicamente i valori dei singoli numeratori culturali specialistici. Perseguire i suddetti scopi è concretamente possibile ed un primo luogo è già disponibile presso l'Abbazia di Mirasole, proprietà della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore, Mangiagalli e Regina Elena, dove è in essere un protocollo di intesa tra Parco Agricolo Sud Milano, Provincia di Milano e il Comune di Opera per dar vita al centro "Il Gusto della Salute" mirato a siner-

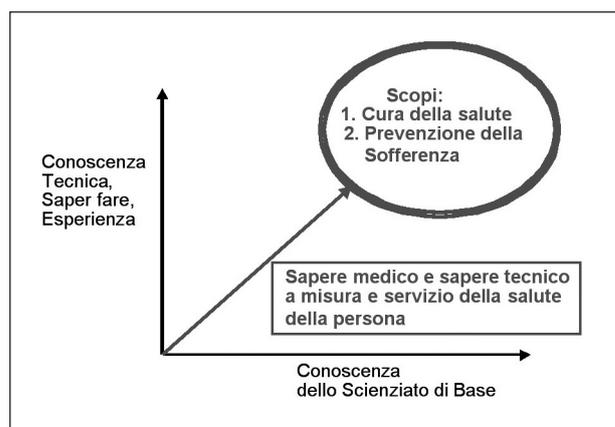


fig. 1

gizzare azioni dirette alla salvaguardia della salute ambientale e alimentare. Il modello culturale è quello del lavoro di gruppo della bottega artigianale del Rinascimento dove il saper fare tecnico e pratico del pittore, architetto, forgiatore di metalli, ingegnere coesistevano come numeratori autonomi al di sopra di un ampio e comune denominatore culturale e permisero l'emergere di capolavori di arte e architettura a misura d'uomo. Allo stesso modo si vuol permettere a scienziati con esperienze e competenze diverse di frequentare un comune luogo di ricerca, formazione e lavoro uscendone trasformati e migliorati nelle proprie competenze e con un più ampio orizzonte d'inventività e creatività.

Il modello organizzativo potrebbe prevedere tra l'altro le seguenti caratteristiche:

1. personalità giuridica distinta dagli Atenei, Fondazioni, Istituti e Privati che la costituiscono e autonomia finanziaria (esempi di possibili partners: Università, Scuole superiori, Ministeri, Regioni, Province e Comuni, Industrie, Banche, ...);
2. corpo direzionale di alta qualità costituito da un numero limitato di esperti e integrato da componenti scelti tra i soci fondatori e Università italiane e straniere;
3. progetti e percorsi di ricerca e cura della salute medio-lunghi (3-6 anni) (inclusivi di segmenti della formazione universitaria post-laurea);
4. ammissione dei ricercatori per concorso con obbligo di controlli periodici degli esiti delle ricerche per la "tenure" dei progetti che se negativi comportano la perdita del finanziamento;
5. proprie strutture direzionali e laboratori di ricerca;

6. sedi esterne presso Centri di Ricerca convenzionati;
 7. ricerca traslazionale (con ricaduta rapida sulla salute) competitiva sull'applicazione delle innovazioni nano e biotecnologiche nei seguenti settori (fig. 2):
- ricerca biomedica integrata tra diverse istituzioni nel campo della medicina preventiva con particolare attenzione alle dinamiche epidemiologiche conseguenti alla globalizzazione, vaccinologia, impatto ambientale delle nanoparticelle e modelli innovativi di gestione personalizzata della cura della salute;
 - ricerca fisiopatologica mirata allo studio, organizzazione e gestione di percorsi di diagnosi e cura personalizzate per le nuove cronicità e della salute;
 - ricerca clinica mirata allo studio, organizzazione e preparazione con metodologia *evidence-based* di repertori della cura della salute per rimedi complementari alla medicina occidentale;
 - ricerca nano e bio-tecnologica per la conservazione delle biodiversità, certificazione della qualità e sicurezza degli alimenti;
 - ricerca multidisciplinare integrata per ambiente e lavoro con studio, organizzazione e gestione di percorsi personalizzati per il benessere mediante integrazione multidisciplinare di risorse ambientali, culturali e umane.

Investire concretamente nel settore della cura della salute avrebbe importantissimi risvolti economici. L'attenzione di cura, gli investimenti economici e l'organizzazione sanitaria non possono essere con-

centrati quasi esclusivamente sulla cura degli eventi acuti e lesioni irreversibili. È importantissimo poter curare sempre di più chi ha lesioni irreparabili e mantenere in vita il più a lungo possibile il malato, ma il marketing con l'obiettivo di fidelizzare il cliente ha spinto troppo in tale direzione, tanto che la cura non appropriata e l'accanimento terapeutico sono diventati oggi maggiori problemi. Siamo arrivati al paradosso di generare sprechi e sofferenze perseguendo lo scopo di alleviarli. Saremmo più grandi specialisti se oltre a preoccuparci di sostituire e riparare gli organi irrimediabilmente compromessi, curassimo anche adeguatamente le persone a rischio per impedire o ritardare le lesioni irreversibili. Nella cura della salute la spinta a fidelizzare il cliente diventa virtuosa in quanto l'innovazione continua in tale settore non solo allungherebbe il tempo di mercato, ma ridurrebbe contemporaneamente i costi dei sistemi sanitari. Infatti costa molto meno in sofferenze e denaro mantenere una persona in salute piuttosto che mantenere in vita un malato con una lesione irreversibile.



fig. 2

Ars, scientia, pietas: le tre categorie dell'agire medico *

GIORGIO COSMACINI

Dalla *tèchne iatriké* del medico ippocratico fino alla professione odierna, l'arte medica era ed è un'attività laica, da *laòs*, "popolo", che la qualifica come professione rivolta a "tutti", senza distinzione di ceto o di censo, di confessione o di razza. Originariamente il mestiere del medico era letteralmente profano (*pro fano*) in quanto esercitato fuori dal tempio, nella bottega artigianale o ambulatorio, situato non nella "città alta" o *acropoli* come il tempio, ma nella "città bassa", vicino all'*agorà*, alla piazza del porto o del mercato. Laico o profano, senza misteri o misticismi, era un mestiere dotato di un suo metodo, di un suo sapere, di un suo proprio umanesimo. Il metodo era il metodo clinico, che induceva dall'esperienza, dai fatti empirici, e che deduceva dall'evidenza e dai suoi postulati. Il sapere o *episteme*, diversa dalla *doxa* o "opinione", era la concezione e la conoscenza del *soma* come crasi di umori, della *psiche* come armonia di temperamenti, dell'interazione equilibrata dell'uno con l'altra e della loro relazione somatopsichica, o psicomatica, con l'ambiente di appartenenza.

L'umanesimo, infine, era l'antropologia "duale" del rapporto tra medico e paziente e "plurale" del rapporto con la comunità, la *pòlis*, di cui erano entrambi parte integrante. L'Atene del medico ippocratico era la stessa città del dialogo di Socrate e della democrazia di Pericle. Questa, non altra, era la medicina laica, dialogica, democratica, professata anticamente dai seguaci d'Ippocrate.

Facciamo un balzo di secoli per incontrare la seconda categoria del tripode categoriale indicato: la *scientia* prodotta nella scuola attraverso lo *studium* (Studio e Scuola erano sinonimi di Università, fosse questa quella di Bologna, Padova, Parigi o Oxford). Per una scienza di lunga durata come quella medie-

vale, coltivata nel segno dell'*auctoritas* in un mondo di pergamene, intesa come accumulazione di conoscenze tratte da testi autorevoli, il Trecento è il secolo in cui essa si problematizza, nel segno di una *ratio* analiticamente operante. L'itinerario di procedure del sapere è il tramite di collegamento logico-didattico tra la dottrina impartita dal *doctor*, dal docente, e la disciplina appresa dal *discipulus*, dal discente. Dottrina e disciplina sono i due aspetti speculari di un unico procedimento: il *motus de cognitis ad incognita*, attraverso il quale dal *docere* e dal *discere* emerge lo *scire*. La *scientia* è conoscenza rigorosa che procede per *auctoritates* e *rationes*.

Entro questo apparato dottrinale trovano posto anche i prontuari pratici e trattatelli divulgativi, come "i regimi", frutto di competenze che afferiscono non alla scienza, ma all'*ars*. Anche l'arte, complesso di comportamenti che nascono dall'esperienza diretta del medico, viene così inserita nella dottrina trasmissibile *ex cathedra*, nonché vagliata, problematizzata, sofisticata, arricchita tramite *inspectio*, *revelatio*, *exquisitio*, *autenticatio* dei testi consegnati alla *traditio*. Essa viene in tal modo uniformata alla scienza. Nei modi contemplati dalla logica formale del discorso aristotelico, la medicina operativa, pratica, è unificata alla medicina speculativa, teorica. Quel che resta fuori dalla sintesi, afferendo a un'arte che non è liberale ma "meccanica", è convogliato nella *operatio*, oggetto non di didattica logico verbale, ma di ammaestramento pratico-manuale. Il "fare con le mani", la chirurgia, che si insegna e si apprende per imitazione, afferisce quindi non alla dottrina ma all'*usus*. Legittimata a scienza, cioè fondata sulla speculazione e sul metodo dialettico-disputatorio come la scienza del diritto, raccordata a questa da analogie tecnico-procedurali e didattiche, la medicina ha validi motivi per pretendere parità di grado rispetto alla giurisprudenza e per rivendicare un'autonomia tra le arti. La sua riva-

* Lettura magistrale tenuta in più sedi congressuali e ordinistiche, oltreché in presentazione del proprio libro *La religiosità della medicina. Dall'antichità a oggi*, Laterza 2007.

lutazione passa attraverso questa trasformazione strutturale interna, che la accredita di una propria dottrina, di una propria tradizione.

Ma il suo nuovo statuto non è solo il risultato di questa trasformazione interna; esso è anche la conseguenza di rinnovate condizioni culturali, di nuove filosofie. Uomo e natura, liberandosi da interventi divini, da origini e fini soprannaturali, diventano gli oggetti di filosofie umanistiche e naturalistiche. Diventano gli oggetti di un'indagine medica a sé, per la quale il corpo umano è un insieme ordinato di fenomeni naturali direttamente osservabili, di cui la ragione può ricavare le leggi. Scientificamente fondata, autonoma, inserita in modo organico nel contesto filosofico-culturale del tempo, la medicina è dunque, nel Trecento, dotata di una propria identità.

A questa nuova identità manca tuttavia qualcosa, che nell'epoca caritativa del Medioevo cristiano non afferisce né all'*ars*, che pur era dotata fin dall'origine di un proprio *iusiurandum* o "giuramento di Ippocrate", né alla *scientia* che dallo stesso ceppo originario, problematizzato e arricchito, deriva. Essa afferisce piuttosto all'etica caritativa di un cristianesimo che si proclama e vuol essere anzitutto "religione dei poveri", e dunque *in primis* dei *pauperes Christi*, "poveri cristi" quali sono appunto i "poveri malati", senza distinzione, tra indigenza economica, crisi di sussistenza ed emergenza sanitaria. Cardine di un'etica caritativa che esulava dalla *schola* e dalla "scolastica", ma che si integrava o avrebbe dovuto integrarsi nella formazione dei medici "curanti", era la carità, parola latina che deriva dal greco *chàris*, che significa "grazia", ma che è anche legata all'aggettivo *carus*, che significa "prezioso". La carità è una virtù gratificante e preziosa che arricchisce grandemente chi la possiede e la pratica, e che altrettanto grandemente arricchisce chi la riceve e ne è consolato. "Nel concetto cristiano", dice la teologia, "la carità è la più alta delle tre virtù teologali, quella da cui procede l'amore di Dio e del prossimo".

San Paolo nella Prima lettera ai Corinzi (13,1-3), ne tesse l'elogio: "La carità è paziente, è buona; la carità non è invidiosa, non è sconsiderata, non si gonfia con orgoglio, non fa nulla di sconveniente, non cerca l'interesse proprio, non pensa male, non si compiace dell'ingiustizia, ma si rallegra del godimento della verità; a tutto s'accomoda, crede

tutto, spera tutto, sopporta tutto. La carità non passerà mai".

C'è un'altra parola latina che, a mio avviso, meglio si attaglia al mestiere del medico come categoria dell'agire. È una parola con un contenuto all'apparenza meno edificante, ma certamente più condivisibile. È la parola *pietas*, che nel mondo precristiano, romano, esprime una qualità civica, una virtù che il *civis* manifestava nel riguardo per la famiglia, nel culto degli dei.

Voluntas grata in parentes, "volontà grata verso i genitori", la definisce una prima volta Cicerone (*Pro Plancio*, 80). *Iustitia adversus deos*, "giustizia verso gli dei", la definisce una seconda volta Cicerone stesso (*De natura deorum*, 1, 116). Essa esprime un sentire che si amplia dalla famiglia e dai lari domestici verso la patria, come "senso del dovere", dove il *pater familias* è *pius* come il *pater patriae* e l'uno e l'altro sono incarnati nel *pius Aeneas*, nel "pio Enea" che Virgilio (*Eneide*, 1, 378) fa portatore di valori di *humanitas* e di *misericordia* cioè di umanità e "cordialità per i miseri" (diseredati, emarginati, poveri, malati), per i quali si propone la categoria del rispetto. Con questo sostantivo può essere oggi meglio espresso il contenuto di un agire che non vuole essere "pietoso", "compassionevole", ma che vuole e dev'essere "rispettoso"?

L'etica della *pietas*, come ci suggerisce Roberta De Monticelli, è un'etica del rispetto? Kant traduce l'etica del rispetto per l'altro con la parola *Achtung* che significa "attenzione", e l'associa alla parola *Ehrfurcht* che significa "venerazione": un rispetto, un'attenzione, una venerazione che in Kant hanno valenza universale, come valenza universale ha la legge morale che risuona come imperativo categorico nella coscienza di ciascuno di noi, tanto più se egli è medico. In medicina, questa *pietas* significante rispetto, trasformata in "rispetto del malato", in "attenzione per le sue sofferenze", finanche in "venerazione per il suo patire" (da rispettare, ma dal quale sottrarre il dolore fisico), è il fondamento di un'etica *ad personam* che può manifestarsi in tre modi: come *etica dell'ascolto*; come *etica del silenzio*; come *etica della durata*. Come *etica dell'ascolto*, essa è tutt'altra cosa dalla tecnica dell'auscultazione. Nella stessa stagione storica in cui Laennec inventava lo stetoscopio per meglio auscultare

cuore e polmoni, la filosofia morale di Giacomo Leopardi induceva il poeta, spesso malato, a “esplorare il proprio petto” alla ricerca del vero senso del vivere.

Come *etica del silenzio*, essa è la risposta tacita che si fa largo tra le ciarle e le menzogne che negano la “verità al malato”, per dire a questi la verità finanche tacendo, per fargli trovare, nell’ascolto assorto e silenzioso da parte del medico, lo spazio dove coltivare la propria memoria, non quella fisiopatologica esaurita nell’anamnesi, ma soprattutto quella esistenziale recuperata nei tempi lunghi o brevi della malattia inguaribile. Come *etica della durata*, essa è il “fare visita” e l’“aver cura” senza scadenza, calibrata sull’*ad-sistere*, cioè sullo “stare ripetutamente accanto”, misurata non con il metro del tempo oggettivo, fisico, scandito dall’orologio, ma con la regola aurea del tempo necessario, soggettivo, psichico, dilatato, appunto, in “durata” come ci ha insegnato Henry Bergson in *Matière et mémoire*, dove nelle ore fuggitive di una “vita a termine”, tramonto dopo tramonto, si ricapitola a volte una intera esistenza. Per questa terza categoria, per questa *pietas* moderna, io propongo la parola *religio*.

Religio: “Due sono le etimologie latine del termine”, ci dice Régis Debray, filosofo e presidente onorario del parigino Istituto Europeo in Scienze delle Religioni, scrivendone su “Kos” (gennaio-febbraio 2007, pp. 12-19). L’una è “*religare*”, quindi ciò che unisce insieme; l’altra è “*relégere*”, quindi “ciò che raccoglie”. Unione o raccolta, “nelle nostre lingue sacre non ritroviamo la parola”.

Aggiunge al riguardo Debray: “Il termine non compare nei Vangeli, non esiste in greco (la lingua del Nuovo Testamento) [...]. Per una buona metà dell’umanità attuale la religione – intesa come credenza in Dio, professione di fede, dogma, sacre scritture – rappresenta una realtà completamente estranea”.

Il filosofo conclude la propria riflessione etimologica affermando che tale pensiero “dovrebbe permetterci di non cedere più alla tentazione di confondere la religione con il clericalismo, con una confessione religiosa oppure con una credenza in Dio”. E conclude il proprio saggio, che ha per titolo “La religione; evanescenza o perennità?”, asserendo che: “Abbiamo il dovere di ampliare la nostra visione e di cercare di individuare quello che esiste di comune

a tutte le visioni del mondo. Ebbene, questo denominatore comune è l’esistenza di un punto sublime, di un riferimento ideale che sussiste sia nel passato [...] sia nel futuro”. Ebbene sia consentito affermare che questo “punto sublime”, che “unisce insieme” ed “esiste in comune”, è sì la *religio*, intesa però non come “religione” ma come “religiosità”.

La religiosità è altra cosa dalla religione. Laddove essa esiste non c’è posto per guerre di religione. Se ne ha la controprova nel fatto che i riemergenti dogmatismi e integralismi favoriscono la ricomparsa, nel “civilizzato” mondo d’oggi, di anacronistici “scontri di civiltà” che non hanno nulla di religioso. La religiosità laica è una “religiosità fuori dal tempio”. È, quindi, letteralmente una religiosità profana, assimilabile a quella che Enzo Bianchi, fondatore e priore della Comunità monastica di Bose (interprete della tendenza “conciliare” diffusa nella Chiesa cattolica e di una “controchiesa” critica di “chi uccide l’anima con il denaro e il potere”), definisce “laicità di rispetto”, nella quale tutti possono essere considerati allo stesso modo, sostitutiva della contrapposta “laicità di rifiuto” degenerante in laicismo. La laicità propria del mestiere del medico prescinde dalla religione da questi eventualmente professata. Se dovesse cercare ormeggio in una religione, essa lo troverebbe o sceglierebbe nella “religione di quel che si deve” avente sede elettiva nella voce udita da Immanuel Kant e da lui chiamata “coscienza morale”, radice e motrice di “ciò che si deve fare”.

Di tale “religione del dovere” ci parlano molte storie esemplari di una religiosità tutta umana, che ammette altri apporti, aggiuntivi ma non sostitutivi, e che non teme confronti. Oggi, ancor più che in passato, il “curare” la malattia come “affezione” o guasto dell’organismo (la lingua inglese usa al riguardo il verbo *to cure* e il sostantivo *disease*) non può prescindere in alcun modo, anche se spesso lo fa, dal “prendersi cura” del malato in quanto portatore di una “afflizione” o sofferenza personale (la lingua inglese usa al riguardo il verbo *to care* e il sostantivo *illness*). La medicina odierna esige più che mai la compresenza di una religiosità interumana coesistente e imprescindibile. Senza di essa, la medicina si dimezza: dimezzata, perde la propria identità istituzionale di *ars, scientia, pietas* al servizio e a vantaggio dell’uomo.



Il medico al letto del malato, dall'opera scultorea di Angelo Biancini situata nella sede amministrativa dell'Ospedale Maggiore, in via Sforza.

La donazione del sangue cordonale: quando la scienza si fa cultura attraverso la partecipazione di operatori sanitari e cittadini

ELENA SALVATERRA

Estate 2006: nasce il progetto “Sperimentazione di un modello partecipativo alla donazione di sangue placentare per lo sviluppo della ricerca e della cura”

È il giugno 2006 quando giovani ricercatrici della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, dislocate tra l'Unità Operativa di Medicina Trasfusionale, Terapia Cellulare e Criobiologia e la Direzione Scientifica della Fondazione stessa, si danno appuntamento in una delle stanze della “Torretta”, per mettere a punto un progetto di ricerca sulla donazione del sangue cordonale che apra le porte, e le pratiche, in uso presso l'Ostetricia e Ginecologia della Clinica Mangiagalli e la Banca del Sangue Placentare (Milano Cord Blood Bank) della Fondazione ad una dimensione che vada oltre la scienza e la tecnica senza, con ciò, entrarne in conflitto: quella della cultura, intesa come conoscenza e consapevolezza del cittadino su cosa è la donazione del sangue del cordone ombelicale (detta anche donazione del sangue placentare), come avviene, a cosa serve.

Il sole, caldo ma non ancora torrido, lasciato entrare dalla finestra che dà sui giardini della Guastalla, insieme al ‘tepore acustico’ del periodo, rilassato da una metropoli in via di svuotamento, culla e ‘scioglie’ le file di neuroni delle giovani impegnate nella definizione di un programma di ricerca che convinca dell'efficacia di un “gemellaggio scienza e cultura” in tema di donazione del sangue placentare e aiuta, infine, a identificare nella “partecipazione” un metodo efficace per perseguire l'obiettivo ipotizzato.

Il pomeriggio estivo si chiude con una bozza di progetto dal titolo “Sperimentazione di un modello partecipativo alla donazione di sangue placentare per lo sviluppo della ricerca e della cura” che trova nella donazione, nella cultura e nella partecipazione

i suoi pilastri di fondo.

Il cuore pulsante è mettere insieme, o almeno provare ad avvicinare, mondi che fanno fatica a comunicare fra loro - scienza, da una parte, cultura dall'altra - portando l'attenzione su chi è direttamente coinvolto o interessato alla donazione del sangue cordonale, sia in veste di operatore sanitario sia in veste di cittadino-donatore, e promuovendo un percorso di conoscenza e di consapevolezza che renda tali soggetti “attori” delle pratiche di donazione stesse. Questo, in sintesi, il nucleo della “partecipazione”.

Autunno-inverno 2006: i primi passi per l'applicazione di una cultura della donazione del sangue cordonale ispirata alla partecipazione

Terminato l'autunno, ad alberi spogli e fondi sospiratamente recuperati, il progetto è prossimo a partire.

All'inizio del 2007 la task force viene completata: ci sono i referenti e collaboratori della Banca del Sangue Placentare, dell'Ostetricia e Ginecologia, della Direzione Scientifica, del corso universitario per ostetriche, dell'Ufficio per il trattamento dei dati personali, delle Direzioni mediche di Presidio della Fondazione, dei Consulenti della Asl Città di Milano.

Il gruppo si mette al lavoro cominciando a delineare con chiarezza i percorsi da intraprendere: dalla costruzione di una cultura della donazione del sangue cordonale alla “sperimentazione” di un modello partecipativo alla donazione stessa.

Con riguardo alla cultura della donazione del sangue placentare, intesa come dimensione nella quale si intrecciano sia saperi medici, etico-normativi, antropologici, sia conoscenze, ipotesi e opinioni dei “non addetti ai lavori”, il riferimento è costituito dagli studi internazionali che dominano la scena e che hanno dato il via, poco meno di dieci anni fa, alla considerazione della donazione del sangue cor-

donale come pratica che non si esaurisce nella scienza e nella tecnica, ma coinvolge, anche, e trova proprio nella conoscenza, consapevolezza e cultura civica della donazione uno dei suoi motori di propulsione.

Dapprima Surbek ⁽¹⁾, poi Fernandez ⁽²⁾, lasciano il proprio “marchio” nel teatro internazionale della cultura della donazione del sangue placentare, lanciando un nuovo modo di “fare e promuovere” la donazione attraverso l’“indagine” di ciò che sanno, pensano o sospettano, desiderano o si attendono i cittadini dal dono del prezioso cordone.

I risultati, rassicuranti per chi crede che la donazione del sangue cordonale, e le cellule staminali in esso contenute, siano “patrimonio della collettività”, da condividere con chi viene a trovarsi in una condizione di bisogno a causa di una leucemia, di un tumore solido, di una immunodeficienza genetica, anziché da “conservare” in biobanche private, a caro prezzo e senza garanzie scientifiche di efficacia terapeutica, orientano il gruppo di ricerca milanese a esplorare il processo di conoscenza e scelta sulla donazione del sangue placentare nelle sue diverse applicazioni - allogenica (o ad uso altruistico) e autologa (o ad uso proprio) - e a raccogliere le motivazioni sottese alla attitudine o alla decisione per l’una o l’altra modalità di donazione.

Con due elementi in più rispetto agli studi di riferimento: da un lato, l’estensione dell’indagine dei processi di conoscenza e scelta sulla donazione del sangue placentare anche agli operatori sanitari, oltre che ai cittadini. Dall’altro l’applicazione sperimentale dell’approccio partecipativo a tale indagine.

Il primo elemento è motivato dalla necessità di “mappare” conoscenze, opinioni e attitudini sulla donazione del sangue cordonale dei ginecologi e delle ostetriche della Fondazione, e del territorio limitrofo, alla luce della bassa percentuale di sacche messe in banca pubblica e dunque destinate ad uso solidaristico.

Il secondo è supportato dalla opportunità di verificare conoscenze, opinioni e attitudini sulla donazione del sangue placentare attraverso un approccio che, attraverso la partecipazione diretta e continuativa dei soggetti coinvolti o interessati alla donazione (dagli operatori sanitari ai cittadini), arrivi a proporre modalità nuove o rinnovate, sotto il profilo culturale, di svolgere tale pratica.

Primavera-estate 2007: prende il via l’esplorazione dei processi di conoscenza e scelta sulla donazione del sangue cordonale

Tra maggio e giugno 2007, nelle aule del padiglione Marangoni e nella palestra utilizzata per i corsi di preparazione alla nascita, si svolgono dei gruppi di discussione - i *focus group* - costruiti dai ricercatori dedicati al progetto. I focus group si propongono di “mappare”, attraverso l’uso aggiuntivo di questionari anonimi a risposta multipla, le conoscenze, le opinioni, le attitudini e scelte, le aspettative e attese degli operatori sanitari e dei cittadini sulla donazione del sangue cordonale, come praticata in Fondazione e sul territorio.

Sette i gruppi “esaminati”: ostetriche ospedaliere, ostetriche dei consultori, ginecologi (sia operativi presso strutture pubbliche, sia libero professionisti), donne in gravidanza “sensibilizzate” alla donazione attraverso i corsi di preparazione al parto, donne in gravidanza senza conoscenze approfondite in tema di donazione, coppie in attesa di un figlio, donne che già hanno fatto l’esperienza della donazione.

Caucasica e, prevalentemente, italiana l’etnia dei partecipanti ai focus group. Medio-alto il livello culturale.

Numerosi e ricchi di significato i risultati raccolti nel cosiddetto “Mappa Cord”, documento che “fotografa” lo stato corrente delle conoscenze, opinioni, scelte e attitudini, aspettative e desiderata sulla donazione del sangue cordonale, come arricchite dalle motivazioni espresse dai partecipanti ai focus group.

Tra i più significativi:

l’attitudine nettamente prevalente a donare il sangue cordonale per uso solidaristico, anziché per uso autologo;

la scarsa o molto scarsa conoscenza della donazione del sangue cordonale da parte delle categorie esplorate, fatta eccezione per le donne donatrici, approdate alla scelta di donare il sangue placentare sulla base di una conoscenza prevalentemente costruita in modo autonomo, vale a dire supponendo alla mancanza di informazioni disponibili in corsia;

la correlata richiesta, da parte degli operatori sanitari come dei cittadini, di essere adeguatamente formati in tema di donazione del sangue placentare, sia sugli aspetti tecnici, sia sugli aspetti normativi ed etici, sia infine sugli aspetti educativo-pedagogici;

l'attesa di un rinnovamento delle pratiche correnti di donazione, che preveda punti di informazione ad hoc e la copertura del servizio offerto dalla banca del sangue placentare anche durante il fine settimana.

Autunno-inverno 2007: risultati del processo di esplorazione e percorsi futuri

Dopo l'estate e fino a ieri il gruppo di ricerca lavora sulla costruzione di un evento dedicato alla donazione del sangue placentare come occasione di incontro fra scienza e cultura ispirata alla partecipazione, in calendario per il prossimo maggio. Come alla costruzione di percorsi formativi, per operatori sanitari e cittadini, che tengano conto delle esigenze espresse nei focus group e nei questionari e di una loro soddisfazione in chiave partecipativa.

Bibliografia

D.V. Surbek, A. Islebe, B. Schonfeld, A. Tichelli, A. Gratwohl, W. Holzgreve: *Umbilical cord blood transplantation acceptance of umbilical cord blood donation by pregnant patients*. Schweiz Med. Wochenschr. 1998 - 128:689-91.

C.V. Fernandez, K. Gordon, M. Van Den Hof, S. Taweel, F. Baylis: *Knowledge and attitudes of pregnant women with regard to collection, testing and banking of cord blood, stem, cells*. Canadian Medical Association Journal, 2003 - 168 (6).

Macchine e occhio

ROBERTO RATIGLIA

L'Oftalmologia è la branca specialistica in Medicina che forse più di altre si avvantaggia del progresso tecnologico sviluppando la realizzazione di macchine utili e spesso indispensabili nella diagnosi e nel trattamento delle varie patologie oculari.

Il rapporto tra le macchine e l'occhio è peculiare in quanto in oftalmologia esiste più che in altre specialità la possibilità di visualizzare direttamente le varie strutture anatomiche del bulbo oculare. Nell'occhio coesistono strutture anatomiche trasparenti a funzione prevalentemente ottico-refrattiva (cornea, cristallino, vitreo) e strutture anatomiche con funzione neurosensoriale e trofica (coroide, retina, papilla ottica) accessibili all'osservazione attraverso il forame pupillare.

Vale sempre paragonare l'occhio ad una fotocamera dove gli elementi ottici trasparenti che costituiscono l'obiettivo, coesistono con elementi sensibili che captano e "memorizzano" l'immagine.

L'occhio presenta strutture anatomiche il cui studio o trattamento risulta, al giorno d'oggi, imprescindibile dall'utilizzo delle "macchine" e condiziona le caratteristiche di queste ultime:

- Le dimensioni delle parti anatomiche, basti pensare che l'organo in toto ha diametro di 2,4 cm.
- La trasparenza dei tessuti per cui questi non possono essere ben visualizzabili con un'illuminazione diffusa diretta.
- L'esistenza di un diaframma (iride) estremamente sensibile alla luce visibile che si contrae per impedire la sovraesposizione delle strutture fotosensibili e può nascondere le parti anatomiche interne.
- La presenza di due membrane anatomiche, retina e coroide, che tappezzano la parete interna del bulbo oculare, in intimo rapporto tra loro, ma separate da uno strato monocellulare, l'epitelio pigmentato, filtro della luce nello spettro visibile.

Nel tempo si sono sviluppate macchine tecnologicamente sempre più avanzate che consentono l'osservazione delle strutture di dimensioni minime

superando le difficoltà legate alle caratteristiche peculiari sopraelencate e consentendone la manipolazione chirurgica con il minimo danno.

L'osservazione del bulbo oculare è ottimizzata di norma mediante sistemi di microscopia ingrandente associata a:

- Illuminazione con vari tipi di luce dello spettro visibile (bianca, verde, rossa, blu) sfruttando le caratteristiche di assorbimento dei vari tessuti per una visualizzazione ottimale.
- Illuminazione a luce laser infrarosso con metodiche di scansione e di elaborazione del raggio riflesso dei vari tessuti.

L'applicazione dell'informatica alle macchine ha permesso la rapida elaborazione dei dati e lo sviluppo di software dedicati sia per la diagnostica che per la terapia. Sono state sviluppate strumentazioni per evidenziare strutture sempre più piccole con metodiche digitali ad alta risoluzione potendo eseguire esami sempre più attendibili e con esiti ripetibili ed inoltre ridurre il rischio dell'errore umano e del danno iatrogeno minimizzando l'invasività delle manovre e/o la manipolazione chirurgica dei tessuti puntando sempre di più verso la robotizzazione.

Le macchine per l'occhio, che servono o a scopo diagnostico o a scopo terapeutico, si fondano quindi oggi essenzialmente su principi di ottica, micromeccanica ed informatica; il loro sviluppo si avvantaggia ovviamente dell'applicazione di materiali sempre più sofisticati ed adattabili alle esigenze sopra indicate.

Volendo entrare nel particolare della diagnostica, bisogna distinguere macchine utilizzate nell'esame della parte anteriore del bulbo, dove sono presenti importanti strutture ottiche trasparenti quali cornea e cristallino, e macchine per l'esame delle strutture posteriori che comunemente vengono comprese con la terminologia di "fundus oculi". Sempre in ambito diagnostico innovazioni tecnologiche importanti consentono l'esecuzione di esami psico-visivi come

l'esame del campo visivo che si avvale di tecniche soprattutto come la perimetria computerizzata e la microperimetria.

L'esame morfologico del segmento anteriore dell'occhio eseguito con il biomicroscopio a vari ingrandimenti e con sistemi di fissurizzazione della luce per rendere più evidenti le strutture trasparenti risale ai primi biomicroscopi ideati da Gullstrand nel 1911; oggi questi strumenti di uso routinario si sono evoluti grazie alla costruzione di lenti ad altissima definizione ottica ed alla qualità delle fonti luminose. In particolare l'esame della cornea intesa come lente fondamentale della "fotocamera occhio", valutata nella sua superficie esterna con il cheratoscopio di Placido (1882) e nella sua curvatura mediante l'oftalmometro di Javal-Shiotsz (1889), viene oggi eseguito con macchine che consentono di elaborare l'immagine di superficie riflessa eseguendo una topografia corneale computerizzata e macchine che, sfruttando il potere di penetrazione della luce visibile e/o dell'infrarosso, valutano in pochi secondi la morfologia e lo spessore dell'intera cornea dando dati precisi e ripetibili. Questi esami sono di grande aiuto nella chirurgia della cornea sia per la correzione dei vizi di refrazione (miopia, ipermetropia ed astigmatismo) che per gli interventi di trapianto corneale con cheratoplastica lamellare o perforante. Le immagini che derivano dalla riflessione della luce da parte dei tessuti corneali colpiti vengono digitalizzate ed elaborate, tradotte in scale numeriche e/o colorimetriche consentendo lo studio in ogni punto delle caratteristiche di curvatura, della superficie anteriore e posteriore e dello spessore della cornea. Alcune macchine sempre per lo studio di questa struttura consentono di eseguire la microscopia confocale con un sistema di microfotografia speculare con illuminazione all'infrarosso a largo campo, che digitalizzata permette di visualizzare tutte le componenti della cornea, alle differenti profondità, dal film lacrimale alle cellule, dalle fibre nervose alle fibre collagene, con risoluzione di pochi micron. Quest'esame può essere paragonato ad un esame istologico in vivo con importanti applicazioni sia diagnostiche che terapeutiche.

Le prime macchine per l'esame della porzione posteriore dell'occhio risalgono al 1851, anno in cui von Helmholtz, fisico e fisiologo tedesco,

inventò un oftalmoscopio basato sul telescopio rielaborandolo secondo le sue scoperte sull'ottica e la fisiologia della visione, attraverso il quale poté osservare strutture quali la retina e la coroide e utilizzando come fonte luminosa la luce visibile. Da allora l'oftalmoscopia come esame semeiologico si è evoluta con innovazioni sempre più importanti. In questo ambito un aspetto rivoluzionario è stata l'applicazione della scansione laser ad infrarosso che ha permesso la visualizzazione e lo studio di dettagli anatomici minimi anche di queste strutture. Questa tecnologia è stata applicata anche all'esame angiografico dei vasi retinici e coroideali visualizzati con particolari coloranti; sempre in questo ambito si inserisce la tomografia a coerenza ottica utilizzando l'infrarosso che con l'esecuzione di scansioni stratigrafiche ad altissima frequenza e risoluzioni elevatissime, consente di visualizzare strutture anche inferiori ai 7 micron. Basandosi sulle caratteristiche di assorbimento e riflettività dei differenti tessuti si ottengono immagini dei singoli strati, che elaborate bi- o tridimensionalmente in pochi secondi, in modo assolutamente non invasivo, fanno vedere la retina e la coroide come in un "esame istologico" in vivo. Le macchine più moderne con queste caratteristiche sono costituite dall'OCT, dal GDx e dall'HRT. L'OCT (Ocular Coherence Tomography) è una metodica stratigrafica, cioè fornisce in vivo immagini dei tessuti in esame, analogamente alla TAC o alla RMN. L'OCT è indispensabile ormai per l'esame del fondo nelle maculopatie, e del glaucoma. Le versioni più aggiornate (Domain OCT) riescono ad eseguire in 1sec oltre 26.000 A-scan con risoluzione inferiore ai 5 micron in profondità e 10-15 micron in senso longitudinale, permettendo ricostruzioni tridimensionali ad altissima definizione. Il GDx (Scanning Laser Polarimetry) e l'HRT (Heidelberg Retinal Tomography) sono analizzatori laser delle fibre del nervo ottico, strumenti internazionalmente considerati come gold standard nella valutazione precoce dei primi danni nel nervo ottico nel paziente glaucomatoso e ne permettono il follow-up dettagliato. Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia di tali esami per la diagnosi precoce di glaucoma e per il suo monitoraggio; questi esami risultano in molti casi più sensibili dell'esame del campo visivo.

Volendo considerare infine le macchine ad uso terapeutico, anche in questo campo le nuove tecnologie hanno rivoluzionato la chirurgia oculare consentendo interventi sempre più sofisticati, con danno iatrogeno minimo e facendo virare sempre più la chirurgia oculare verso forme mininvasive, in regime di day-hospital o ambulatoriale con il massimo comfort per i pazienti. Innanzitutto tra le macchine chirurgiche vanno considerate quelle che utilizzano la luce laser e che trovano in oftalmologia molteplici applicazioni a seconda delle loro caratteristiche; ai laser a luce visibile come l'Argon (luce blu-verde), il Krypton (luce rossa) ed il Dye con effetto termico utilizzati nella patologia retinica o nel glaucoma, si affiancano oggi Yag (infrarosso) usato come "bisturi" nella chirurgia del glaucoma o nella cataratta. Anche il laser a Eccimeri (ultravioletto) di recente introduzione nella pratica clinica è usato prevalentemente con effetto di "vaporizzante tissutale" nella chirurgia refrattiva ed il laser Femtosecond capace di mandare impulsi con durata di pochi femtosecondi (ovvero 1-15sec) che sta rivoluzionando sempre la chirurgia della cornea.

L'intervento chirurgico della cataratta sembrerebbe risalire, secondo testimonianze archeologiche, agli antichi egizi, greci e babilonesi così come alle civiltà precolombiane. La prima chirurgia pianificata di estrazione di cataratta risale a Jaques Daviel nel 1748 e la prima protesi intraoculare fu presentata da Ridley negli anni '40. Questa chirurgia è evoluta in passato grazie a Barraquer (1957) che introdusse l'alfachemotripsina come "solvente" della zonula del cristallino e a Krawicz (1961) con l'estrazione del cristallino con crio-chirurgia. Dagli anni '80 circa la chirurgia della cataratta è completamente cambiata grazie all'utilizzo di macchine che consentono la frantumazione (facoemulsificazione) del cristallino catarattoso utilizzando ultrasuoni, onde ad acqua (acqualaze) o laser; queste tecnologie consentono di eseguire l'intervento attraverso incisioni minime (inferiori ai 2 mm) riducendo il trauma chirurgico così da consentire un recupero funzionale rapido e ottimale. Di pari passo si sono evolute le caratteristiche delle protesi (cristallini artificiali) per sostituire il cristallino catarattoso asportato con lenti sempre più facili da introdurre in piccoli tagli e con caratteristiche ottiche che consentono di ridurre al minimo le aberrazioni ottiche

che influenzano il recupero visivo, ovvero lenti con caratteristiche di multifocalità per ottenere recupero visivo sia da lontano che da vicino.

Grazie alla tecnologia delle macchine si è evoluta anche la chirurgia del vitreo e della retina: le caratteristiche delle sonde che vengono introdotte nell'occhio per il taglio e l'aspirazione dei tessuti sono sempre più andate incontro alle esigenze di questa chirurgia ed alle dimensioni delle strutture da manipolare; le sonde sono sempre più sottili ed i taglianti agiscono con oscillazioni ad altissima frequenza (2500 tagli/min) e risultando sempre più efficaci. I sistemi di aspirazione e di perfusione di fluidi e di taglio all'interno dell'occhio sono controllati con sistemi computerizzati risultando estremamente ottimali durante l'atto chirurgico. Alla più classica vitrectomia 20G con sonde che necessitano di incisioni di 1mm di diametro, oggi sono sempre più preferite tecniche mininvasive che sfruttano strumenti 23G (0,72mm di diametro) o 25G (0,5mm). Anche per questo tipo di chirurgia il vantaggio si traduce in un traumatismo minimo, uso sempre meno necessario di suture e recupero anatomico e funzionale molto più rapido.

Di pari passo alla tecnologia strumentale vera e propria va infine considerata l'evoluzione tecnologica delle macchine di osservazione chirurgica: il microscopio operatorio. Questo, dotato di lenti ad altissima definizione con ridotti fenomeni di aberrazione ottica, fonti di illuminazione di vario tipo ed intensità, lenti prismatiche per la visualizzazione del polo posteriore del bulbo oculare su tutta la sua superficie ed anche di sistemi di osservazione grandangolare (BIOM), è elemento indispensabile che ottimizza il rapporto tra la macchina, l'occhio e l'oftalmologo.

Il libro ha sempre avuto nella nostra rivista e sotto gli aspetti diversi, un rilievo particolare. Alcuni lettori ci chiedono ora che, nelle possibilità delle nostre pagine, il libro sia richiamato e considerato storicamente nel tempo: come è nato e da dove, come accolto e oggi menzionato, richiesto, respinto, pubblicizzato, ospitato, vissuto. Elisabetta Zanarotti Tiranini vi si è appassionata e offre qui l'“estratto” della sua affascinante ricerca.

Il libro, la biblioteca, la libreria: di ieri e di oggi

ELISABETTA ZANAROTTI TIRANINI

*Libri quosdam ad scientiam,
libri quosdam ad insaniam perduxerunt.*
I libri hanno portato alcuni alla scienza,
altri alla follia.

L'invenzione della scrittura e il libro

Esprimendo concetti su libri, biblioteche e librerie, il mio pensiero si focalizza subito all'elemento compositivo essenziale: la scrittura (mentre la lettura è ad essa speculare), senza la quale la nostra vita, in quasi tutti i suoi aspetti, presenterebbe difficoltà insormontabili (*verba volant, scripta manent*).

L'invenzione della scrittura, fenomeno ritenuto "linea spartiacque" fra la preistoria e la storia propriamente detta, è una convenzione del periodizzare condivisa all'unanimità e rivelatasi geniale.

Questo passaggio dalla preistoria alla storia si colloca in epoche diverse a seconda dei Paesi, ma si può far risalire circa al 3500 a.C. nel Vicino Oriente.

L'uomo preistorico ha lasciato oltre a qualche oggetto di uso quotidiano atto alla propria sopravvivenza anche pregevoli reperti di arte rupestre o graffiti. Queste iconografie sono di epoca post-paleolitica (posteriore all' 8500 a.C.) e assai diverse per stile, datazione, località, ma nulla di scritto.

Grazie al paziente e minuzioso lavoro degli archeologi, sappiamo che sono soprattutto due le zone principali, peraltro entrambe irrigate da grandi fiumi (una in Asia e una in Africa) dove è stata inventata la scrittura, intesa come un sistema convenzionale di segni grafici che vengono fatti corrispondere a suoni e a parole di una lingua:

- in Mesopotamia (odierno Iraq) e dintorni, dove fiorì la civiltà di Assiri e Babilonesi fra i fiumi Tigri ed Eufrate; mentre poco più a sud di Sumeri, Acca-

di, ecc. Proprio la lingua sumérica, agglutinante o affissiva, non imparentata con altre note, fu la prima ad essere scritta, dal 3200 a.C., in caratteri cuneiformi sillabici su tavolette di argilla e/o su cilindri di terracotta;

- in Egitto, "dono del Nilo" come asseriva lo storico greco Erodoto (480 - 430 a.C.); ma in realtà il dono è stato fatto dagli Egizi a noi posteri che possiamo ammirare i numerosissimi scritti in più grafie: geroglifica, ieratica, demotica e poi copta. La civiltà si sviluppò proprio lungo il corso del fiume, dove germogliò e prosperò una pianta erbacea rizomatosa assai famosa e preziosa: il papiro (*Cyperus papyrus*); dal midollo del fusto si ricava, con opportuna e relativamente semplice lavorazione, una carta speciale e di ottima qualità per scrivere. Favoriti dalla natura, gli Egizi si assicuravano una sorta di monopolio, perché per tutta l'antichità rimase il supporto scrittoria preferito da Greci e da Romani.

La differenza fondamentale fra i tipi di materiale scrittoria è abbastanza evidente: la tavoletta di argilla sebbene più rozza e ingombrante è economica, duratura, col fuoco diventa ancora più resistente; mentre la carta di papiro, più raffinata, maneggevole e trasportabile, è precaria e facilmente incendiabile.

Inizialmente, le tavolette di argilla considerata la facilità della loro fattura si diffusero, per alcuni secoli, ben oltre i confini della Mesopotamia, fino in Siria, Asia Minore, Persia e per un determinato periodo anche in Grecia, particolarmente nell'isola di Creta.

Nel 1980, gli archeologi italiani che lavoravano nel sito dell'antica Ebla in Siria, una trentina di miglia a sud-ovest di Aleppo, mentre effettuavano scavi nell'antico palazzo reale, reperirono circa 2.000 tavolette di argilla ancora sistemate ordinatamente e

risalenti intorno al 2300 a.C., momento durante il quale gli invasori mesopotamici comandati da re Sargon I il Grande (2340 - 2284 a.C.) dettero fuoco all'edificio.

I Greci del periodo miceneo (II millennio a.C.) preferirono usare cocci di terracotta (*ostraka*) incisi con oggetti appuntiti o con pennini e inchiostro; oppure tavolette di legno⁽¹⁾ incerate da un lato, scritte con stiletto, mentre per cancellare era sufficiente sfregare la cera con la punta del dito. Poco amata la pergamena o cartapeccora, originariamente prodotta dal II sec. a.C. nella città di Pergamo in Asia Minore, il cui uso da parte greca fu limitato al periodo preclassico, poi sostituita dalla carta di papiro per tutta la classicità.

Nel periodo sopra citato, si verificò una proibizione decretata dai re d'Egitto, in particolare dal faraone Tolomeo V Epifane⁽²⁾ (210 - 180 a.C.), di esportare il papiro dal Paese per gelosia contro Eumene II⁽³⁾ re di Pergamo che aveva creato nella sua capitale un centro culturale concorrenziale ad Alessandria, per cui si dovette sopperire il materiale scrittoria con pelli di capra, pecora e vitello opportunamente trattate.

Libro è lemma dal lat. *liber* (etimologicamente corteccia secondaria dell'albero), di cui la scrittura fu elemento indispensabile alla sua esistenza.

Se invece dovessimo dare una definizione non etimologica potremmo enunciare, senza tema di smentite, che il libro è "il prolungamento dell'intelletto e della mente di chi desidera comunicare il proprio pensiero a grandi distanze e nel tempo a venire. Il libro diviene in tal modo l'estensione della memoria".⁽⁴⁾

Questo oggetto che ormai è parte integrante di noi stessi, ha subito diverse trasformazioni nel corso dei secoli.

Relativamente all'antichità, prenderemo in esame il papiro, perché il più usato e pratico. Dalle canne appena raccolte si tagliavano lunghe e strette strisce longitudinali (*philyrae*) disposte le une accanto alle altre, in verticale, e sopra questo strato altre strisce disposte orizzontalmente. La composizione veniva pressata e poiché la pianta secerne una linfa naturalmente adesiva, i due strati si incollavano, ottenendo rapidamente un foglio liscio, flessibile, chiaro, ideale per scrivere. Le dimensioni di questo dipendevano dalla lunghezza dei fusti usati: rettangoli di circa 30 o 40 cm di lunghezza e da 11 a 24 cm di larghezza. I

singoli fogli erano poi disposti uno accanto all'altro con i margini sovrapposti di 20 mm e incollati sulla striscia di unione con colla di farina. La pratica più comune consisteva nell'unire una ventina di fogli, arrotolando la lunga striscia di carta per meglio maneggiarla. Si scriveva con una cannuccia vegetale (*calamo*) appuntita e fessurata come i moderni pennini, e tinta nell'inchiostro ottenuto diluendo del nerofumo in acqua. Il lungo foglio di papiro, veniva suddiviso dallo scriba in colonne verticali (*paginae* o *schedae*), in modo da srotolarlo e riavvolgerlo poco per volta appena terminata la scrittura o la lettura di ogni singola colonna.

Ogni libro poteva occupare un solo rotolo, detto volumen (dal lat. *volvĕre*, *svolgere*), ma talvolta un'opera ponderosa come per esempio la storia di Tucide (460 - 404 a.C.) ne occupava parecchi e tutti quelli appartenenti a quel titolo venivano raccolti insieme in apposti secchielli di legno o di pelle. Per gli antichi, i testi venivano divisi in sezioni, dette "libri".

Solitamente, esisteva un unico esemplare di ogni opera e, per farla conoscere, l'autore dava pubblica lettura. In seguito, si commissionarono copie da poter distribuire a chiunque fosse interessato. Questo modo così artigianale è la prima forma di produzione libraria occasionale.

Verso la fine del V sec. a.C. ad Atene sorsero gli *scriptoria*, equivalenti a laboratori dove scribi professionisti stilavano testi quasi sempre su commissione da parte di autori e di commercianti venditori di libri. La vendita veniva effettuata nell'*orchestra*, cioè in una parte dell'*agorà* (la piazza principale di Atene, fondamentale luogo di riunione dei cittadini e corrispondente poi al romano *foro*); comunque esisteva un mercato di esportazione oltremare, come per esempio la Sicilia (già dall'VIII sec. a.C. facente parte della Magna Grecia).

Il libro aveva e avrà per secoli un prezzo assai elevato, per cui soltanto i ceti più abbienti potevano permettersi il lusso (!) di acquistarlo. Secondo la testimonianza del geografo Strabone (63 a.C. - 24 d.C.), sappiamo che già il filosofo Aristotele (384 - 322 a.C.) un intellettuale di immensa cultura, fu uno dei primi a collezionare molti libri, anzi la prima vera biblioteca personale, tanto da divenire un maestro e un consulente anche in questa passione.

Favoriti dai viaggi, dalla colonizzazione dell'Italia meridionale. dagli scambi commerciali, la cultura dei Greci e in particolare l'alfabeto si diffusero anche in zone più settentrionali, dove furono recepiti e rielaborati prima dagli Etruschi con adattamento alla propria lingua e successivamente dai Romani che molto assimilarono dal popolo etrusco.

L'alfabeto latino, cioè il predecessore del nostro attuale alfabeto, non è altro che l'alfabeto greco passato attraverso il filtro della lingua etrusca.⁽⁵⁾

Intorno al 240 a.C. apparvero le prime opere di letteratura latina, per merito del poeta e traduttore Lucio Livio Andronico⁽⁶⁾ da lui presentate durante una celebrazione, perché i testi precedenti a tale data riguardano soltanto disposizioni religiose o legislative.

Tito Maccio Plauto (250 - 184 a.C.) commediografo latino di Sarsina (Umbria) ebbe una buona padronanza della lingua greca e latina; fu il primo autore del quale abbiamo le opere che per stile, situazioni farsesche, nonché forza tragicomica del linguaggio, sono state di ispirazione ad alcuni autori successivi, (anche stranieri come per es. l'inglese William Shakespeare nella sua *Commedia degli equivoci*, 1593), ma poiché non ebbe la fortuna della protezione di una famiglia benestante, non si arricchì mai.

A Roma non esistevano venditori di libri, questi però si potevano acquistare tramite alcuni corrieri che compivano la tratta fra la capitale e l'Italia meridionale dove la tradizione greca aveva reso fiorente il commercio.

Ma dal II sec. a.C., i componenti dei ceti più abbienti e colti compresero l'importanza, la raffinatezza e quindi il fascino delle sfumature della lingua greca. L'acquisizione della sua padronanza in modo fluente era determinante e discriminante, direi indispensabile a livello "internazionale" per intendersi nel campo degli affari, della cultura, dei viaggi.

Come a suo tempo aveva fatto il greco Aristotele, anche i patrizi romani gustarono il piacere di avere biblioteche private. Nota è quella di Publio Cornelio Scipione Emiliano (185 - 129 a.C.)⁽⁷⁾ assai appassionato di cultura greca, tanto da creare insieme ad altri il circolo intellettuale degli Scipioni. Fu il celebre console al comando delle armate che a conclusione della IIIa guerra punica sconfissero definitivamente e rasero al suolo Cartagine nel 146 a.C. Si dice che osservando il rogo della città, da

decenni grande rivale di Roma, egli declamasse i versi dell'*Iliade* di Omero, perché meglio esprimevano la sua emozione.

Nella città "*caput mundi*" non mancarono le opere di saggistica, come riferisce la testimonianza di Marco Tullio Cicerone (106 - 43 a.C.), il quale affermava che il patrizio più colto in materia di grecismo fosse Gaio Sulpicio Gallo, esperto in astronomia e autore di un libro sulle eclissi. Invece il greco Polibio (200 - 118 a.C.) stabilitosi a Roma da molti anni e legato al circolo di P. C. Scipione Emiliano, pur redigendo testi nella sua madrelingua si dedicò alla storia della città che lo ospitava.

Il *volumen* durò fino al IV - V sec. d.C., ma per i documenti anche fino all'XI; fu detto *rotulus* quello a svolgimento verticale che persistette nel Medioevo per usi particolari come brani liturgici o amministrativi. Già dal II sec. d.C. prese forma rettangolare a fogli piegati e riuniti insieme, assumendo il nome di *codex*⁽⁸⁾. Quest'ultimo consentiva di scrivere su ogni facciata ed era molto più maneggevole. Si impose definitivamente durante il IV sec. nell'Occidente latino e durante il V sec. nell'impero bizantino. Fin dall'inizio, l'impulso venne dato dai cristiani che copiarono la Bibbia sul *codex*.

Prima, abbiamo accennato alla pergamena, pelle animale trattata e supporto essenziale del libro fino al IX sec. nel Vicino Oriente e durante tutto il Medioevo in Occidente. Si trattava di un materiale costoso, perché richiedeva una lunga lavorazione; da una pelle di montone o di vitello si ottenevano al massimo sedici fogli di piccolo formato e un libro di medie dimensioni necessitava di più pelli. Le migliori erano quelle di animali giovani; la più pregiata, quella del vitello nato morto, ha dato origine al termine *velina*, che indicava in generale le pergamene di qualità superiore. L'utilizzo di essa determinò un cambiamento fondamentale nella storia del libro: il passaggio dal *volumen* al *codex*.

Ricordiamo che tutti i passaggi fondamentali per l'evoluzione del libro sono avvenuti lentamente e con gradualità. Come si rileva, per un buon periodo di tempo c'è stata la presenza di entrambi i tipi di "libri".

È tipica del Medioevo una produzione libraria di cui i monaci furono i protagonisti assoluti: l'opera preziosissima dei cosiddetti "amanuensi" che nella proverbiale tranquillità dei monasteri, luoghi depo-

sitari di cultura e di ascetismo, potevano riprodurre con pazienza “certosina” testi antichi, anche in modo artistico con fregi e decorazioni.

I codici miniati⁽⁹⁾ eseguiti anche da artisti laici esistevano già dal VI sec. d.C.; si incrementarono in epoca carolinigio-ottoniana, ma il culmine fu dal XIV al XVI sec.; invece in Oriente (Persia e India) la miniatura si sviluppò un po' più tardi.

Nel 105 d.C. il cinese Ts'ai Lun inventò la carta, poi portata in Italia nel XII sec. dagli Arabi. Il nuovo materiale scrittoria consisteva di fogli sottili e flessibili ottenuti per feltratura di una sospensione in acqua e fibre cellulosiche opportunamente trattate, inoltre aveva il pregio di essere meno dispendiosa di pergamena e papiro.

La vera innovazione fu merito del tipografo tedesco Johann Gutenberg (1400 - 1469) inventore dei caratteri mobili da stampa. A Magonza nel 1455, come prima importante opera stampò la *Bibbia* in folio.

In Italia, e precisamente a Venezia, con Aldo Manuzio (1450 - 1515) umanista, tipografo e editore di chiara fama, la circolazione libraria a stampa raggiunse un livello così ragguardevole da riunire l'intera comunità dei dotti sparsi in tutta Europa, perché egli si faceva garante economico e culturale, soppiantando il vecchio carattere della committenza. Fu il primo a pubblicare cataloghi editoriali con prezzi.

Così il libro stampato, pur mantenendo sempre assai alto il proprio prezzo, si diffuse internazionalmente con una tendenza in continua ascesa.

Grande impulso si verificò fra il XVII e il XVIII sec., in particolare con l'apparizione delle prime riviste periodiche. Poi, l'introduzione delle macchine tipografiche nell'Ottocento favorì l'incrementarsi dei giornali, il cui aspetto era assai diverso da quello librario precedente.

Il primo torchio meccanico, sperimentato nel 1812 da Friedric König, fece la sua apparizione in Italia solo nel 1830 a Torino, ma la produzione nazionale rimase quasi esclusivamente a livello artigianale per alcuni decenni.⁽¹⁰⁾

Dopo l'unificazione dell'Italia, Milano divenne il centro principale dell'editoria e alla metropoli lombarda si affiancarono poco per volta altre grandi città, grazie alla diffusione della scolarizzazione e dell'interesse per l'informazione.

In questi ultimi anni, abbiamo rilevato quanto la tec-

nologia informatica abbia conquistato tutti i tipi di industrializzazione. Gli scopi sono molteplici: raccogliere, memorizzare in brevissimo tempo e per sempre il maggior numero di notizie con scambio a livello planetario; il tutto occupando le dimensioni di disco assai piccolo come un CD-ROM o un DVD.⁽¹¹⁾

La biblioteca

Tiglath-Pileser I, come personaggio forse alla maggior parte non dice nulla; invece è stato uno dei più grandi governanti assiri il cui regno durò quasi quarant'anni (dal 1115 al 1077 a.C.) e a lui spetta il merito di essere stato il primo fondatore di biblioteche di cui conosciamo il nome. Sono stati rinvenuti documenti realizzati uniformemente come scrittura e tipo di tavolette di argilla vicino alle rovine di un tempio a Assur, capitale religiosa. Si tratta di testi di varia natura, fra essi è stato reperito perfino un catalogo di composizioni musicali, così preciso da indicare gli strumenti usati per suonare.

Successivamente, un'altra biblioteca ancora meglio organizzata fu istituita dal più celebre Assurbanipal, re assiro del nuovo impero che governò dal 668 al 627 a.C. Nella capitale Ninive, lambita dal fiume Tigri, possedeva ben due splendidi palazzi reali al cui interno esisteva una ricca biblioteca. Fra le rovine, gli archeologi hanno reperito moltissime tavolette di argilla, testimonianza di testi professionali, nonché la famosa epopea di Gilgamesh⁽¹²⁾ e quella del mito della creazione.

Il sovrano di Macedonia, Alessandro III Magno (356 - 323 a.C.) fra le sue numerose e immense conquiste annoverava anche l'Egitto alla vittoriosa conclusione del conflitto macedone-persiano.

Fra il 332 e il 331 a.C. fondò Alessandria sul delta del Nilo, diventata poi capitale dell'Egitto ellenistico ed eccellente centro culturale del Mediterraneo.

La morte di Alessandro Magno, avvenuta quasi improvvisamente a Babilonia nel 323 a.C. scatenò conflitti fra i suoi valenti comandanti per la suddivisione del vastissimo impero. Alla dinastia dei Tolomei-Lagidi fu assegnata la satrapia d'Egitto (Stato che sebbene da tempo non fosse più una potenza faraonica, comunque possedeva un territorio molto più ricco rispetto a quello dei rivali), con residenza scelta ad Alessandria. La famiglia vantò una quindicina di monarchi; soprattutto i primi quattro mem-

bri manifestarono profondo interesse per la scienza e l'arte. Tolomeo I Soter⁽¹³⁾ figlio di Lagos e di Arsinoe (n.367 - m. 282 circa a.C.), generale e amico di Alessandro, re dal 306 a.C., fu uno storico che scrisse un notevole resoconto delle campagne militari del Macedone, peraltro vissute da lui in prima persona, ma anche assai interessato alle scienze matematiche e fisiche.

Infatti si circondò di menti geniali come per es. Euclide, il più grande matematico dell'antichità, per imparare direttamente concetti di geometria; Stratone di Lampsaco, il più insigne fisico dell'epoca, nonché filosofo successore di Teofrasto nella direzione della scuola peripatetica; Eròfilo di Calcedonia e Erasistrato di Chio, medici anatomisti e fisiologi assai celebri. Su invito e disposizioni di Tolomeo I Soter, organizzatore della erigenda *Bibliotheca Alexandrina* fu designato il greco Demetrio Falereo. Nato intorno al 344 a.C. in una famiglia benestante e influente, ebbe la migliore scuola educativa ateniese ottenuta frequentando per lungo tempo il Liceo di Aristotele. Il faraone aveva già riservato un congruo lascito e un'ala del suo palazzo al *Museo*, simbolicamente tempio delle Muse, luogo di grande richiamo ed incontro per gli intellettuali. Gli addetti a questo antico ma vero e proprio centro di ricerca, come incentivo e gratificazione ricevevano un ottimo stipendio, vitto e alloggio, inoltre godevano del note-



L'antica Biblioteca Alessandrina. Ricostruzione di come doveva essere una sala interna per la consultazione dei testi.

vole privilegio di essere esentati da qualsiasi prelievo fiscale! L'idea di agevolare gli studi fu indubbiamente di Tolomeo I Soter, ma la realizzazione avvenne con Tolomeo II Filadelfo⁽¹⁴⁾ e con Tolomeo III Evergete⁽¹⁵⁾ i quali decisero di aprire anche una biblioteca più piccola presso il tempio del dio Serapide, da cui il nome di Serapeo. Ma la prima era la principale, la maggiore e importante. È assai curioso sapere che i Tolomei usarono qualsiasi mezzo lecito e anche illecito per rifornire copiosamente di libri le loro istituzioni, compreso quello di requisire i suddetti testi con il sequestro, l'inganno e le contraffazioni di vecchie copie. Le norme delle biblioteche egizie stabilivano che esse avessero ogni genere di libri, da quelli di indiscusso valore (come per es. la Bibbia e le opere di Omero) fino ai più modesti, e ogni testo era catalogato con molta precisione in ordine alfabetico e per autore, in modo da poterlo reperire facilmente negli appositi scaffali; a tale scopo veniva allegato un cartellino di elementi identificativi fondamentali.

Il direttore della biblioteca era un personaggio culturalmente di grande valore, spesso si identificava con il precettore dei figli del monarca. Il primo fu Zenodoto di Efeso, un critico letterario e un ottimo pioniere nelle scienze bibliotecarie; a lui va il merito di aver seguito fedelmente ed elaborato i consigli organizzativi bibliotecari suggeriti da Aristotele a Tolomeo I Soter.

Sappiamo che anche i direttori successivi furono persone intellettualmente eccellenti, perché tutti lasciarono un'impronta tangibile; molto meriterebbe da dire su di loro; fra questi mi limiterò a citare il più famoso: Eratòstene di Cirene (275 - 195 a.C.), matematico, astronomo e geografo che con buona approssimazione calcolò le dimensioni del globo terrestre.

La grande biblioteca di Alessandria d'Egitto si stima che contenesse circa 500.000 volumi, quella del Serapeo poco più di 40.000.

Sintetizzando le vicende che portarono, purtroppo, alla sua progressiva scomparsa, ricordiamo che alla morte di Tolomeo XII Aulete⁽¹⁶⁾ (108 - 51 a.C.) si verificarono gravi disordini per la successione dinastica che videro contendenti soprattutto due dei suoi figli: Tolomeo XIII Filopatore Filadelfo (63 - 47 a.C.) e la celeberrima Cleopatra VII Filopatore⁽¹⁷⁾ (69 - 30 a.C.). Giulio Cesare al comando dell'eser-



La moderna Bibliotheca Alexandrina (veduta aerea).



Resti del colonnato della biblioteca di Pergamo, nell'attuale Turchia. Venne eretta sotto il regno di Eumene II (197-160 a.C.).

cito romano, dopo la vittoriosa battaglia di Farsalo del 48 a.C., giunse in Egitto all'inseguimento del rivale e genero Gneo Pompeo (qui rifugiatosi e assassinato a tradimento per ordine del suddetto principe egizio). Durante la ribellione armata contro le truppe di occupazione romane barricate vicino alla reggia, per trovare scampo verso le navi fu appiccato un incendio che dai moli si diffuse alle imbarcazioni e raggiunse anche la biblioteca. Venne bruciata solo la parte di alcuni magazzini vicini al porto, e sappiamo che, successivamente, negli anni precedenti la battaglia di Azio (31 a.C.), Marco Antonio fece dono alla regina Cleopatra di circa 200.000 libri da mettere in biblioteca e provenienti da quella di Pergamo.

Dal 30 a.C. l'Egitto divenne provincia romana e gli imperatori mantennero in efficienza la biblioteca fino al 270 d.C. quando, sotto Lucio Domizio Aureliano (270 - 275), ci furono gravi combattimenti anche a Alessandria per reprimere la rivolta durante la conquista del regno della regina Zenobia di Palmira (oggi Tadmor, in Siria). In questa circostanza fu completamente distrutta l'area del palazzo e la biblioteca.

Quest'ultima, proprio come la leggenda della fenice, secondo cui essa risorge dalla sue ceneri, è rinata in prossimità del luogo dove esisteva quella antica, cioè in una zona prestigiosa della città, vicino al mare. La prima persona che ebbe l'iniziativa fu Lofty Dowidar, nel 1974 rettore dell'Università di Alessandria.

Principale sostenitore il presidente egiziano Mohamed Hosni Mubarak, coadiuvato da membri di un'apposita commissione internazionale (fra cui l'Italia) e sotto l'egida dell'UNESCO. La gara per la costruzione, alla quale parteciparono 1.400 concorrenti, fu vinta dallo Studio norvegese Snóhetta di Oslo; il costo complessivo 212 milioni di dollari USA.

Inaugurazione ufficiale: 16 ottobre 2002.

La modernissima enorme *Bibliotheca Alexandrina* sorge in un'area di 80.000 mq e presenta una struttura architettonica avveniristica; nel corso del tempo potrà contenere fino a 8 milioni di volumi oltre ad attrezzature di avanguardia per soddisfare le esigenze di studiosi internazionali.

È già stata citata Pergamo, la cui biblioteca fu creata da Eumene II della dinastia degli Attalidi, (fondata da Filetero nel III sec a.C.), famosi per il loro mecenatismo, la passione per l'arte e le grandiose

collezioni. La città sorgeva su una ripida collina che fungeva da fortezza naturale e i governanti, per gli svariati avvenimenti storici che però qui sarebbe lungo elencare, riuscirono ad accumulare notevoli ricchezze, incrementando il patrimonio culturale e rendendo Pergamo una delle più belle e interessanti località dove l'istruzione, peraltro sovvenzionata dalla famiglia reale, era obbligatoria per legge. La biblioteca era stata annessa al tempio di Atena, la dea della sapienza. Da scavi archeologici, oggi siamo in grado di ricostruire con buona approssimazione la pianta e la fisionomia dell'edificio, del quale rimane una parte del bel colonnato.

Pergamo cadde sotto il dominio di Roma intorno al 133 a.C. in seguito all'annessione del regno degli Attalidi, ma la biblioteca durò ancora un secolo.

Sotto il regno dell'imperatore Publio Elio Adriano (117 - 138 d.C.) fu costruita un'altra biblioteca più piccola, con destinazione differente.

Sempre in Turchia e precisamente a Efeso, si può ancora ammirare il frontone della biblioteca di Celso (Tiberio Giulio Celso Polemeano) console e proconsole d'Asia, fatta erigere in suo onore, con denaro proprio, dal figlio Tiberio Giulio Aquila Polemeano anche egli console, verso il 135 d.C. Per il completamento dell'opera e l'acquisto dei libri lasciò 25.000 denari pari oggi a 400.000 euro.

Efeso era sede del governatorato romano della provincia e maggiore porto della costa occidentale dell'Asia Minore, inoltre nel corso degli anni divenne la seconda città per importanza dell'impero bizantino e sede di concili.

Anche di Efeso conosciamo la struttura del palazzo, con più piani e molte sale adattate alla conservazione dei rotoli e alla relativa consultazione.

Abbiamo documentazione di altre biblioteche, come per. es.: a Antiochia (oggi Antakya in Turchia) sul fiume Oronte, antica capitale dei Seleucidi, soprattutto durante il regno di Antioco III (222 - 187 a.C.); a Thamugadi, (oggi Timgad) in Algeria, fondata dall'imperatore Ulpio Traiano intorno al 100 d.C.; e a Cartagine, città fatta riedificare nello stesso luogo di quella vecchia dall'imperatore Ottaviano Augusto (63 a.C. - 14 d.C.), divenuta col tempo un importante centro di studi.

Atene e molte altre città e/o colonie greche erano dotate di biblioteche, contenenti testi di molteplici

materie: teatro (commedie e tragedie), retorica, sagistica storica e politica, filosofia, medicina e così via. La realizzazione, l'organizzazione e la manutenzione, ottime, avvenivano tramite i finanziamenti elargiti da privati e spesso le biblioteche erano edificate accanto al ginnasio (inizialmente luogo di addestramento atletico e militare per i giovani, successivamente anche centro di istruzione intellettuale). Abbiamo testimonianze scritte e archeologiche relative a Rodi, Cos, Alicarnasso, ecc.

A Roma, l'istituzione della prima biblioteca pubblica era nei progetti di Giulio Cesare, il quale per le circostanze tragiche che posero prematuramente fine alla sua esistenza durante le famose Idi di marzo del 44 a.C., non ebbe il tempo di realizzare.

Ma nel 39 a.C., Asinio Pollione, un seguace del condottiero, reduce da una vittoriosa spedizione militare e possessore di un congruo bottino, riuscì a aprire la biblioteca pubblica, con due sezioni, una greca e una latina, vicino al foro.

Pochi anni dopo, con l'avvento dell'età imperiale si verificò un grande sviluppo. La seconda, eretta nel 28 a.C., fu detta "Biblioteca Palatina" o "Biblioteca del Tempio di Apollo" perché situata proprio accanto al sacrario del dio; e la terza nella zona del Campo Marzio. Poiché i Romani possedevano testi bilingui, le biblioteche dovevano essere necessaria-



Efeso, antica biblioteca di T.G.C. Polemeano: resti del frontone principale.

mente capienti e funzionali, mentre gli architetti progettisti erano impegnati a ideare soluzioni adeguate alle esigenze. Gli imperatori romani fecero costruire tali edifici non solo a Roma, bensì anche nel resto dell'impero, per dimostrare il loro mecenatismo e per la diffusione della lingua latina e greca. Si arrivò a costruire biblioteche nella stessa struttura edile che ospitava anche le terme: un accorgimento per rilassare il corpo e la mente nello stesso luogo. L'impero romano d'Oriente o bizantino ebbe il destino di durare fino al 1453, cioè ancora circa mille anni dopo la caduta di quello d'Occidente, per cui Costantinopoli, senza più rivali, poté eccellere per cultura di vario genere, con diverse biblioteche e centri di studio.

Le biblioteche pubbliche moderne sono regolamentate da leggi internazionali. Secondo il Manifesto dell'UNESCO del 1972 e poi del 1994, esse costituiscono centri informativi locali che rendono prontamente disponibile per i propri utenti ogni genere di conoscenza e di informazione. Chiunque deve poter accedere a tutti i servizi, sulla base dell'uguaglianza, senza distinzione di età, razza, sesso, religione, nazionalità, lingua o condizione sociale. L'attributo di "pubblica" è una peculiarità che la biblioteca deve dimostrare di guadagnarsi con la propria attività, in quanto questa condizione fino almeno a una dozzina di anni fa non era giuridicamente ben definita.

Cito due autori che hanno dato un notevole contributo alla biblioteca come istituzione e per l'organizzazione: l'indiano Shiyali Ramamrita Ranganathan sulle leggi della biblioteconomia e lo statunitense Melvil Dewey (già dal 1873) sulle cento divisioni della "Classificazione Decimale Dewey (CDD)" utilissime e indispensabili per la catalogazione, operazione non semplice!

La caratteristica di comunicazione internazionale fra biblioteche anche a lunga distanza geografica e con supporti informatici ha prodotto la necessità di codificazione; spesso, si tratta di acronimi in lingua straniera, per lo più inglese.

Le schede di catalogazione rispondono a regole precise: ogni libro al suo interno e/o sul retro porta un codice a barre e un altro preceduto da ISBN *International Standard Book Number* per identificare in modo univoco un'opera o l'edizione di un'opera

pubblicata da un determinato editore; ogni libro in lingua italiana ha il codice "88". In Italia, tutto ciò che viene pubblicato, per legge deve essere sempre inviato alla Biblioteca nazionale centrale di Firenze e a quella di Roma. Ci sono particolari distinzioni fra tipi di biblioteche, servizi e legislazione vigente; questi argomenti si possono approfondire con un buon manuale di biblioteconomia.

La libreria

La libreria, al di là del mobile di arredamento che rispecchia interessi e gusti personali, di solito è il negozio ritenuto più prestigioso per gli amanti della buona lettura. Oggi, la modernizzazione tecnologica consente di reperire con relativa facilità notizie sul mondo dell'editoria, anche in anteprima.

Finora sono state scritte molte notizie di carattere soprattutto storico o tecnico, forse un po' asettiche, ma alla conclusione di questo articolo è giusto dare spazio ai sentimenti. Chi ama il leggere, non soltanto come svago, ma unito alla voglia insaziabile di apprendere e di comprendere tutto ciò che possa essere un alimento raffinato per la propria psiche, mantenendola sempre allenata e lucida, prova nel tenere fra le mani un libro cartaceo un piacere inconfessabile, piacere che un supporto informatico non è in grado di fornire, indipendentemente dalla sua utilità della quale non si discute.

Entrare in una libreria o ancora più in una biblioteca, dà la sensazione di essere fra amici o di accedere a un ambiente sacro, dove si instaura fra il lettore/utente e l'ambiente che lo accoglie, un rapporto di comunicazione, percezione e intesa (in inglese "*feeling*"), da rasentare il feticismo ma in tono decisamente positivo e catartico. Sono luoghi dove l'attenzione è catturata e la ricerca di argomenti o notizie, spesso soddisfatta, dà un grande, impagabile arricchimento interiore.

Note

1 - Le tavolette di legno incerate furono usate anche da Ebrei e da Fenici.

2 - Tolomeo V Epifane significa "illustre"; si tratta del faraone incoronato nel 196 a.C., la cui notorietà è collegata alla famosa "Stele di Rosetta", conservata al British Museum di Londra, pietra in basalto con le scritte in geroglifico, demotico e greco, che hanno permesso a Jean François Champollion la decifrazione dei geroglifici.

3 - Eumene II, figlio di Attalo I e di Apollonide, re di Pergamo dal 197 al 158 a.C. fu per molto tempo alleato dei Romani. Amante delle lettere e delle arti è noto per il suo mecenatismo. Vedere notizie nel testo.

4 - G. Montecchi e F. Venuda, *Manuale di biblioteconomia*, Editrice Bibliografica, Milano 1995, pag. 10 e segg.

5 - L. Casson, *Biblioteche del mondo antico*, Edizioni Sylvestre Bonnard, Milano 2003, pag. 34 e segg.

6 - Lucio Livio Andronico (III sec. a.C.) greco di nascita, forse originario di Taranto, grande centro di cultura greca nell'Italia meridionale, giunse a Roma quale prigioniero di guerra; fu schiavo presso la gens patrizia dei Livi. Secondo la consuetudine, come liberto assunse il nome del suo ex-padrone, e dedicò la propria attività alle traduzioni di opere come per es. l'*Odissea* dal greco al latino.

7 - Publio Cornelio Scipione Emiliano e suo fratello fin da giovani erano stati indirizzati allo studio della lingua e della cultura greca. Avevano ricevuto in eredità la biblioteca del padre, il console Lucio Emilio Paolo che nel 168 a.C. a Pidna pur avendo sconfitto il re Perseo (III^a guerra macedonica) non aveva voluto per sé alcun bottino, all'infuori della biblioteca reale.

8 - Il termine latino *codex* deriva da *caudex* (ceppo, tronco di albero) e significa, per metonimia, "tavoletta per scrivere"; l'etimologia conserva così la traccia di ciò che divide il passaggio dal *volumen* al *codex*.

9 - Dal lat. *minium*, pigmento rosso-arancione usato per delineare le iniziali.

10 - F.M. Bertolo e altri, *Breve storia della scrittura e del libro*, Carocci editore, Roma 2005, pag. 113.

11 - CD-ROM (*Compact Disc-Read Only Memory*), disco ottico utilizzato in sola lettura; ha la capacità di memorizzare una grande quantità di informazioni e dati.

DVD (*Digital Video Disc*), supporto per la registrazione di informazioni digitali con metodi ottici. A differenza di un CD-ROM, permette la registrazione in doppio strato su entrambe le facce. Un lettore DVD può leggere un normale CD-ROM, mentre non è possibile il contrario.

12 - Gilgamesh (sec. XXVI a.C.) antico re di Uruk, divinizzato protagonista di un ciclo epico sumerico e di un poema accadico (II millennio a.C.).

13 - "Soter" significa "salvatore".

14 - "Filadelfo" significa "che ama la sorella", tanto da sposarla; consuetudine strana ma non rara tra i faraoni.

15 - "Evergete" significa "benefico".

16 - "Aulete" significa "suonatore di flauto".

17 - "Filopatore" significa "che ama il padre".

Malattia, letteratura e metafora

SARA CALDERONI

La letteratura ha oggi un miglior rapporto con la malattia, direbbe Virginia Woolf che nel saggio *Sulla malattia*, uscito per la prima volta nel 1926, lamentava una vera e propria lacuna letteraria nel trattare questo tema fra i principali, al pari dell'amore o della gelosia, per esempio. Diceva infatti la scrittrice londinese: «Un romanzo dedicato all'influenza sarebbe privo di trama», sembrerebbe «privo di amore - a torto, in ogni caso poiché la malattia spesso si traveste da amore, e ti gioca gli stessi tiri»⁽¹⁾.

Del resto, è soltanto con l'età moderna che la malattia diventa oggetto di riflessioni non puramente mediche. Ed è con l'età moderna che si fa strada anche l'idea della malattia come sviluppo di una volontà. Ricordiamo tutti che Kafka era convinto che la tbc polmonare di cui era affetto, e che lo ha portato alla morte nel 1924, non fosse altro che «uno straripare della malattia mentale»⁽²⁾.

Il Novecento poi è costellato da meditazioni su malattia e arte, sulle possibilità che vengono offerte alla creazione da una malattia. Proust - un caso raro nel presentare interessanti disquisizioni sulla malattia, secondo Virginia Woolf - soffriva d'asma, un male che segnò la sua vita limitandolo fortemente, eppure intanto scriveva senza tregua la *Recherche*, popolando il suo capolavoro proprio di malati e di medici, e al dottor du Bourbon, che in cura aveva la nonna del protagonista, metteva in bocca queste parole: «Senza malattia nervosa non c'è grande artista»⁽³⁾. Ma guardiamo anche a Katherine Mansfield che, colpita da tubercolosi (come Kafka) e da forti dolori artritici, quanto più avanzava nella malattia, quanto più durante la notte era assalita da incubi o costretta a vagare nelle stanze d'albergo (nei luoghi dal clima salubre delle riviere come Bandol, Mentone, Ospedaletti) in cerca del sonno, tanto più ardeva dal desiderio di scrivere. E fu in quelle camere d'albergo che infatti compose capolavori quali *L'uomo senza carattere*. La giovane autrice, instancabile e

mai soddisfatta, pensava che la sua condizione di malata fosse la più adatta alla scrittura e ne colse tutta la ricchezza: la malattia le offriva palpitazioni, vibrazioni sconosciute, accessi insoliti alla fantasia e quando, in isolamento sulle montagne svizzere - nel 1921 fu costretta a recarvisi, in seguito a un peggioramento delle condizioni di salute -, la neve portava il gelo e il silenzio, anche il più piccolo rumore lontano diventava per lei un suono inaspettato e gioioso, un piccolo mondo a cui regalare una storia. Tossiva, i polmoni bruciavano, in bocca il sapore dolciastro del sangue, ma niente sciupava la brama di comporre immagini. Il suo cuore cercava sempre, nell'attesa, l'avventura. La vita, insomma, per lei poteva regalare in ogni istante «la meravigliosa certezza che potremmo affacciarci, questa sera, a non si sa quale finestra, o passeggiare sotto non si sa quale albero»⁽⁴⁾. Quella donna esile e inquieta, dal viso di porcellana, lasciava che la sua mente custodisse preziose visioni - che pure talvolta la inondavano di terrore -, lasciava che il dolore la invadesse di infinito, e in questo modo vinse la morte. «La tisi non mi appartiene. Non è che uno spaventoso cane randagio che, da quattro anni, persiste a seguirmi: così io cerco di farlo perdere tra queste montagne»⁽⁵⁾, scriveva dalle alture svizzere.

Un altro interessante caso letterario, facendo un piccolo salto indietro nella storia della letteratura, è Nerval che, prigioniero delle sue crisi di follia, si apprestava a descrivere quegli stati di coscienza in cui gli pareva persino che forza ed operosità in lui fossero raddoppiate: «Mi sembrava di sapere tutto, di comprendere tutto; l'immaginazione mi donava infinite delizie. Recuperando quella che gli uomini definiscono "ragione", dovrò forse rimpiangere di averle perdute?»⁽⁶⁾

Eppure nonostante la ricchezza di questi esempi - e molti altri andrebbero aggiunti: Leopardi, Thomas Mann, Čëcov, Dostoevskij, Lawrence, Orwell, Gide, la stessa Woolf -, la letteratura faceva «del

suo meglio perché il campo di indagine» restasse «la mente», scriveva con rammarico Virginia Woolf. Ma ecco che i libri oggi di malattia parlano con più disinvoltura rispetto al passato e del malato descrivono sensazioni, paure, capovolgimenti di senso, precipitazioni, e tutti quei rapporti nuovi con la quotidianità che il corpo allaccia e che l'anima assorbe. Perché è questo ciò che accade, almeno all'inizio. Un giorno improvvisamente un male si intrufola nel nostro corpo, lo risucchia, lo avvizzisce o lo immobilizza fino a renderlo un monolite, lo schiavizza come una droga con aghi, pillole e terapie, lo scolora: ed ecco che quel male diventa per noi un nuovo destino.

Mi è capitato di recente di leggere due romanzi che parlano di cancro, il mostro non ancora sconfitto: *L'estranea* di Elisabetta Rasy e *Patrimonio* di Philip Roth.

In entrambi i casi l'ammalato è un genitore e a raccontare la terribile vicenda è un figlio inevitabilmente impreparato ad affrontare la malattia.

Nuove parole entrano subito a far parte del vocabolario dei protagonisti: «lesione discariocinetica», che significa tumore al polmone, «paralisi di Bell», che invece si scoprirà essere un cancro posizionato davanti al peduncolo cerebrale, cioè alla base del cranio, parole sconosciute che insieme ad altre già note - agoaspirato, biopsia, radiazioni, metastasi - vogliono dire soprattutto dolore e sofferenza. «La dittatura delle parole nemiche si rivelò da subito spietata» racconta la protagonista di *L'Estranea*, quando scopre che presto sua madre dovrà morire. Il romanzo è disseminato qua e là di altre metafore: il tumore è un «paese sconosciuto», un «paese ostile», sulle lastre appaiono i «contorni fisici di quel paese» in cui lei, la figlia spaventata, diventa prima «una pellegrina», poi «un'extracomunitaria senza permesso di soggiorno», infine un «diplomatico in missione all'estero» quando le viene presentato il protocollo medico. Philip Roth, il cui linguaggio è più duro, più secco, dichiara invece apertamente di essere resistente all'uso di metafore, alle «lagnose metafore». Tuttavia, ammette di non poter rinunciare a quel ritratto dolce e abbandonato del padre che ora, dopo aver lottato tutta la vita, davanti al tumore gli appare come «un fragile relitto», «una nave da guerra dismessa che procede alla cieca verso la costa...».

La malattia, raccontano anche i romanzi, regala bisogni cui non avremmo pensato, determina incontri con volti nuovi, crea nuove abitudini, predispone lo sguardo e i movimenti verso gli oggetti in maniera del tutto diversa: un bicchiere lo afferra con più lentezza, un libro aperto in uno stato di torpore lo chiudi subito, perché sai che è bello riaprirlo più e più volte, le parole alla radio non sono più necessità di rapide notizie, ma diventano la compagnia che attendi. Insomma, la malattia obbliga a prendere con se stessi misure nuove. Ma esiste un linguaggio nuovo per parlare della malattia? Questo, un altro aspetto importante, se non essenziale, sul quale il saggio di Virginia Woolf induce a riflettere. Dire cos'è una malattia non può certamente soltanto significare dare definizioni scientifiche, non che l'ammalato abbia bisogno di bugie: anzi, è il primo a voler conoscere la verità. Tuttavia, è anche il primo a ribellarsi alle espressioni fredde. Si può dunque parlare per metafore? Ed è la metafora una menzogna?

Le espressioni metaforiche da sempre recano stupore, meraviglia, creano familiarità, intimità, offrono sicurezza e sono pura creatività. Eppure, di fronte alla partecipazione inventiva che ci chiede l'ammalato spesso ci ritraiamo, ci rifugiamo rudi e vili con la nostra aridità di parole nella nostra dimensione intoccabile di persone sane, non sapendo offrire che una qualche messinscena, una comprensione sfalsata dalle nostre abitudini di vita organizzata. Il malato non ha nessuna voglia di fingere, ma di creare forse sì: i suoi polmoni potrebbero diventare farfalle; la loro debolezza, la leggerezza di un volo che si posa su cuscini freschi come fiori; quella macchia che la radiografia mostra con tanta crudeltà, chissà, potrebbe trasformarsi in una lenta e pigra lumachina, perdersi in una giornata luminosa di sole, e che ora non trova più la strada di casa. Immagini forzate queste, eppure una donna cui viene riscontrato un fibroma uterino vuole sì essere informata sulla tipologia, ma davvero non ama le insistenze su parole come *sottosieroso*, *peduncolato*, *meno - metrorragie*: ciò che più di tutto desidera sapere è se quella parte così importante del suo corpo potrà essere ancora una casa ospitale. L'esperienza di chi soffre di tumore, leucemia, ictus, di chi sta a letto o su una carrozzina è davvero un viaggio - per usare una

delle metafore più consuete -, ma chi si ammala, in fondo, incomincia anche un altro viaggio, e quasi sempre è un viaggio all'indietro, verso i ricordi, verso l'infanzia, verso la purezza. Virginia Woolf nel suo saggio parla di precipizi, di pozzi neri della malattia, ma racconta anche di «querce resistenti», di «prati verdi, sparsi di vividi fiori». La letteratura vuole incontrare la vita e ci può insegnare a rappresentare la sofferenza, il male che affligge il nostro corpo, e ancora di più lo limita nella sua finitezza. Impariamo dalla letteratura, proviamo ad irrorare il campo della malattia con la freschezza di immagini nuove.

Bibliografia

- 1 - Virginia Woolf, *Sulla malattia*, a cura di Nicola Gardini, Torino, Bollati Boringhieri editore, 2006.
- 2 - Franz Kafka, *Lettere a Milena*, a cura di F. Masini, Milano, Mondadori, 1988.
- 3 - Marcel Proust, *I Guermantes*, Torino, Einaudi, 1991.
- 4 - Pietro Citati, *Vita breve di Katherine Mansfield*, Milano, Mondadori, 2001.
- 5 - P. Citati, cit.
- 6 - Gérard de Nerval, *Aurélia* in *Les Filles du feu*, Gallimard, 1998.

L'altro

... Comunque sia, il mondo in cui stiamo entrando è il Pianeta della Grande Occasione. Un'occasione non incondizionata, ma alla portata solo di coloro che prendono il proprio compito sul serio, dimostrando automaticamente di prendere sul serio se stessi... Vi incontreremo continuamente il nuovo altro, lentamente emergente dal caos e dalla confusione del mondo contemporaneo. Può darsi che questo altro scaturisca dall'incontro tra le due opposte correnti che formano la cultura del mondo moderno: la corrente che globalizza la nostra realtà e quella che conserva le nostre diversità, la nostra unicità e irripetibilità.

... Chi sarà questo nuovo altro? Come si svolgerà il nostro incontro? Che cosa ci diremo? In quale lingua? Riusciremo ad ascoltarci e a capirci a vicenda? Riusciremo insieme a trovare, come dice Conrad, "ciò che parla alla nostra capacità di provare meraviglia e ammirazione, al senso del mistero che circonda la nostra vita, al nostro senso della pietà, del bello e del dolore, alla segreta comunione con il mondo intero e, infine, alla sottile ma insopprimibile certezza della solidarietà che unisce la solitudine di infiniti cuori umani, all'identità di sogni, gioie, dolori, aspirazioni, illusioni, speranze e paure che lega l'uomo all'uomo e accomuna l'intera umanità: i morti ai vivi e i vivi agli ancora non nati"?

RYSZARD KAPUSCINSKI
(da *L'altro*, Feltrinelli, Milano 2007)

“Non ho tempo”

ERNESTO BRIVIO

È una delle frasi più comuni del nostro linguaggio sempre più frettoloso e prefabbricato, al pari della vita che siamo riusciti a confezionarci. La si sente pronunciare ad alta voce, sovente con una brusca sottolineatura di fastidio, o borbottare tra i denti, come se si avesse vergogna di farsi sentire o di essere giudicati. Può essere, al limite, solamente una presa di posizione silenziosa, magari fingendo di non aver udito la scomoda richiesta. Sta di fatto che ognuno di noi è sempre occupatissimo, non ha tempo, è “in tutt’altre faccende affaccendato”. Una *in-disposizione* interiore che invita ad un esame di coscienza.

Non ho tempo: un facile alibi per evitare responsabilità e impegni che non offrono tornaconto, per non rompere la routine esistenziale in cui ci culliamo, per non essere strappati al nostro comodo e disimpegnato vivere.

Chi non ha mai indirizzato queste parole ai figli che ci chiedono solo di essere padri e madri, di ascoltarli, di sostare un attimo per cogliere e decifrare alcuni loro segnali importanti, di aiutarli a crescere e a capire il mondo, di partecipare alla loro vita, anche nel gioco?

Non ho tempo ci diciamo tra mariti e mogli, sovente rinunciando al reciproco ascolto, per sottrarci: ad un aiuto casalingo, alla condivisione di un problema di ménage familiare, all’assunzione di responsabilità di fronte al comportamento e alle scelte dei figli. Ci fa comodo non assumerci il carico di un consiglio che potrebbe essere rifiutato o rivelarsi fuorviante. Si tratta, purtroppo, di una trascuratezza che all’inizio può portare la coppia alla reciproca indifferenza, più avanti a cercare altrove l’attenzione di cui si avverte la mancanza, ma che può giungere a mutare il generico *non ho tempo* in un definitivo e mirato *non ho tempo “per te”*, e sarebbe drammatico.

Allo stesso modo ci comportiamo con l’amico/a, con il/la collega di lavoro quando esprimono il desi-

derio di dividere con noi l’ansia per i problemi e le difficoltà che li affliggono e rendono faticoso il loro cammino. Il più delle volte essi sono solamente alla ricerca di un conforto, di un consiglio, di qualcuno che prenda la loro mano e la stringa tra le sue per aiutarli in un passaggio difficile. Altrettanto avviene, sempre più precocemente, tra i compagni di scuola, dai quali magari si esige quell’aiuto e quella comprensione che non siamo disposti a ricambiare. Non donare il nostro tempo è la forma più comune, esplicita e - ci sia permesso il dirlo - vigliacca di egoismo, è cancellare l’altro dai nostri pensieri, vietargli di entrare nella nostra vita, escluderlo dal nostro cuore.

Ma se ciascuno facesse il bilancio di come e quanto vive il tempo della propria vita, scoprirà che una sua consistente percentuale è occupata, e giustamente, dal proprio io, per realizzare i doveri del proprio stato e per coltivare i personali talenti al servizio della famiglia, della comunità: un impegno che è un sacrosanto dovere. Esiste, purtroppo, anche una buona percentuale di tempo consumata per darsi visibilità e suscitare risonanza, per raccogliere plauso e far notizia, per coltivare smoderatamente hobby in sé innocui e passioni anche lecite, ma che ci distolgono dal mettere a disposizione attenzione, energie e - perché no? - disponibilità finanziarie a favore del prossimo.

Accidia, pigrizia, egoismo, astenia spirituale, esasperata autostima, mancanza di tornaconto, insomma, per dirla con una parola poco elegante, spietato menefreghismo, sono alla radice della diffusa pratica del *non ho tempo*. Viviamo in una società nella quale ci preoccupiamo di cancellare il tempo. Si vuole tutto e subito, si pensa solo all’oggi, a cogliere l’attimo che fugge, ma non si ha la capacità di sfruttare il tempo della memoria, quello che si è accumulato alle spalle e ci ha portato al nostro oggi, né tanto meno coltiviamo il tempo della speranza, del domani nostro e dei nostri figli, della nostra

comunità, ormai allargata a dimensioni globali. Diventa problematico guardare al futuro quando non si sa come vivere il presente, giorno dopo giorno, perché manca un minimo di certezza, perché la politica sembra ignorare i problemi dell'oggi, quelli veri del bene comune, impegnata com'è nel gioco delle parti condotto al di fuori della situazione del paese reale; perché siamo in presenza di una società ufficiale che sa riservare qualche slancio di entusiasmo solo per traguardi effimeri, ma che non sa recuperare ideali e valori indispensabili per coraggiose e concrete iniziative volte al bene comune. Tutti avvertiamo l'aumento della povertà - in particolare quella dello spirito - che ci circonda e ci soffoca, ma poco ci preoccupiamo della povertà di tempo che destiniamo a rendere sicura e serena la civile convivenza e ad arricchirla di gesti generosi. La formula *non ho tempo* si agita e lavora anche in noi stessi e, confessiamolo, verso di lei siamo piuttosto facili a cedere, mettendoci l'animo in pace con un "lo farò domani". Quante volte essa ci induce a rinunciare ad alcuni impegni, anche lievi, ma che richiedono una cadenza frequente o quasi quotidiana. Pensiamo alle cose più banali: alla modesta dose di ginnastica casalinga o alla salutare camminata, alla telefonata che riconfermi interessamento ed amicizia, alla lettura metodica e attenta di un libro che ci arricchisca intellettualmente ed esistenzialmente, che possa somministrarci, giorno dopo giorno, una boccata d'aria pura per il nostro spirito. I primi sconfitti dall'alibi del *non ho tempo* siamo proprio noi. Forse non ce ne rendiamo conto, ma dobbiamo convincerci che non ne soffrono solamente le vittime di questa nostra pigrizia sia interiore che pratica. I primi a perderci siamo noi, perché ci priviamo del dono grande della libertà in una delle sue più positive espressioni, la "libertà di donare" aiuto, conforto, consiglio, partecipazione da qualsiasi parte ce ne venga fatto richiesta. Così ci rendiamo schiavi del nostro "particolare" e neghiamo a noi stessi la gioia di compiere un gesto di vera liberalità, alieno da ogni tornaconto, un piccolo ma risoluto passo sulla via maestra che conduce ad un mondo migliore.

Autocensura

NINO SAMBATARO

Una delle ossessioni della contemporaneità, in particolare a partire dal '68, è l'idea della censura. Parrebbe quasi, a sentire molti, politologi, professori, studenti e gente comune, che il problema più grave del nostro tempo sia proprio la censura. Contro di essa si possono sentire le parole più infiammate; e, in nome di una presunta libertà di espressione, si è arrivati a giustificare tutto. Ognuno ha il diritto di dire ciò che vuole. Anche se non ha nulla da dire. Anzi, si è dispostissimi a lasciare che chiunque dica la sua, purché non abbia nulla da dire. O quanto meno nulla di significativo. La famosa frase di Voltaire: "sono disposto a morire purché tu possa dire ciò che pensi. Anche se non sono d'accordo", viene citata il più delle volte a sproposito, in modo alquanto tronfio. E non la si coglie nel suo senso più proprio. Voltaire non si riferiva all'opinione in sé: il rispetto semmai deve essere per la persona che esprime l'opinione. Il che non significa dare ragione anche a chi ha torto, o pensare che tutti abbiano ragione (che è come dire che nessuno ce l'ha).

Allora forse il vero problema è un altro. E non si tratta di un problema del nostro tempo. Non è un fatto di moda culturale. Il vero problema è sì quello della censura, ma di quella che si applica sistematicamente su se stessi: l'auto-censura.

La psicoanalisi, nel corso del Novecento ha detto parole fondamentali su questo punto. Ha tentato di indagare su quella parte misteriosa della persona umana che è stata definita inconscio. Ci sono cose che per il nostro bene, o per il nostro quieto vivere, non devono emergere, non devono essere dette, non possono neanche essere pensate. Al massimo le si può sognare. Del resto, il lavoro di tanta psicoanalisi consiste proprio nel far riemergere quelle cose che abbiamo autocensurato. Ed un problema non da poco consiste poi proprio nell'affrontare "razionalmente" quelle stesse cose.

Ma questa, come si capisce, non è soltanto una cosa da psicoanalisi. È un dato antropologico, qualche

cosa che caratterizza l'essere umano, al di là del tempo e delle culture di appartenenza.

Tutti, spesso semplicemente per comodità, per abitudine, tendiamo a censurare una parte della realtà. Una parte di noi stessi, se occorre. E questo senza che nessuno venga ad imporcelo. Siamo noi i censori di noi stessi.

L'intelligenza non è soltanto un fatto innato. È qualcosa che si può imparare. È anche questa, in un certo senso, un'abitudine. Ma un'abitudine che costa fatica. Molta più fatica di quella che occorra per non pensare. Affrontare la realtà nella sua complessità è veramente duro. È più comoda un'ideologia (magari alla moda), che ci spieghi tutta la realtà (o che si accontenti di dire che la realtà non può essere spiegata), senza costringerci ad uno sforzo troppo grande.

Quando impediamo a qualcuno di parlare (come è accaduto con il Papa alla Sapienza), in realtà non stiamo facendo un atto di censura. Ma di auto-censura. Abbiamo paura che qualcuno ci scompagini il nostro sistema di valori, lineare, comodo, già bell'è fatto. Ed ecco allora intervenire il nostro censore interiore.

È la stessa cosa che accade continuamente con le arti visive: quando gli Impressionisti esposero per la prima volta provocarono scandalo e sconcerto. E non si trattava certo di un fatto puramente estetico: avevano stravolto il modo comune di vedere, di concepire la realtà.

Il dialogo, il confronto è un rischio. Un rischio, quando il dialogo è autentico, che può sconvolgerci. Che potrebbe addirittura cambiarci. E il cambiamento costa tanta fatica!

Ciò che ci manca, il più delle volte, è quello che Socrate definiva il "mio demone interiore". Quella specie di coscienza critica, acuta, anche impietosa, che tutto vorrebbe analizzare, scomporre, discutere. E che tanti guai procurò a Socrate stesso. Infatti, ciò che più infastidiva del filosofo, che ha introdotto il

concetto di interiorità nella nostra filosofia, era proprio la mancanza di auto-censura. Socrate non è passato alla storia per la sua dottrina, per il suo sistema filosofico, cosa che invece accadrà per il suo grande discepolo Platone. Ciò che colpisce di Socrate è appunto l'atteggiamento, la posizione verso la realtà: quella di un'apertura incondizionata, senza pregiudizi, senza ideologismi. Un atteggiamento faticoso, per via del quale Socrate si trovò in contrasto con le idee e gli uomini del suo tempo.

Per noi oggi non è molto diverso. La pressione delle idee correnti, le opinioni comuni, ammantate spesso di pretese culturali, ci pesano addosso come macigni, rafforzate dalla potenza mediatica. Non auto-censurarsi è difficile. È molto più facile seguire il flusso.

La stessa cultura ufficiale, quella delle scuole e dei giornali, quella di massa dunque, è cronicamente in ritardo. Non è raro trovare il laureato in filosofia esprimere, anche se in un modo leggermente più raffinato, le stesse idee correnti dei reality-show, della tv spazzatura.

L'espressione comune "questa è la mia opinione, tu sei libero di esprimere la tua" è diventata il contrario di ciò che voleva essere: non la possibilità al dialogo ed al confronto, ma l'atteggiamento più comodo e la chiusura più netta. Questo relativismo di bassa lega infatti è ciò che ci consente di non prendere sul serio il nostro interlocutore. E, in fondo, di non prendere seriamente neanche noi stessi. Il senso di questa frase corrente è, sostanzialmente, "tu pensa e di' pure quello che vuoi, tanto non ti ascolto". Nel senso che se l'altro esprime un'idea davvero originale e "non allineata", facciamo immediatamente intervenire il censore interiore per evitare una crisi del nostro "regime" esistenziale.

Essere socratici costa tanta fatica. Restare aperti alla possibilità, alla realtà, alla complessità del reale è una lotta continua.

La censura oggi, almeno in Occidente, non ha più motivo di sussistere. La falsa tolleranza ed il relativismo spicciolo, da soli, sono sufficienti a calmare gli animi, a tacitare le coscienze. A tutti è concesso dire ciò che vogliono, tanto è la loro opinione, non ci riguarda.

I professori nelle scuole, soprattutto quelli di filosofia, più che le nozioni e i sistemi dottrinali dei filosofi del passato, dovrebbero cercare di insegnare

questo atteggiamento, questo spirito critico, questo "demone socratico". Dovrebbero insegnare a prenderci sul serio e a prendere sul serio gli altri. Dovrebbero aiutarci a non auto-censurarci.



"*Impression, soleil levant*", C. Monet, 1872, Musée Marmottan Monet di Parigi.

La solitudine

FRANCESCA MARIA EULISSE

L'uomo, si sa, è un animale politico, almeno se seguiamo la celebre definizione di Aristotele. Questo significa che per natura e in natura l'individuo è spinto a ricercare i propri simili per un vivere in comune. Il vivere in società è connaturato all'uomo. Tale concezione, pur essendo oggetto di critiche nel corso della storia del pensiero politico, sembra mostrare grande attualità: infatti, anche nella società del terzo millennio si moltiplicano le teorie sull'importanza della socializzazione sia in ambito lavorativo sia nella sfera individuale. Tuttavia, ho l'impressione che questa visione che conferisce centralità al vivere dell'uomo in società contribuisca a far credere che il suo opposto, ossia lo stato di isolamento o di solitudine, sia una sorta di devianza rispetto all'essenza naturale dell'uomo. La solitudine ha a che fare con il rapporto dell'uomo con l'altro uomo nel mondo.

In effetti, se pensiamo con attenzione, vediamo che anche nella nostra società, quando si parla di solitudine, se ne parla soprattutto secondo un'accezione negativa, o come condizione di isolamento, come stato di misantropia, o come manifestazione esteriore di disagio psicologico interiore, per esempio la depressione. Anche nei casi più positivi, alla solitudine si accompagna la malinconia. Della solitudine si sottolinea la sua componente alienante, invalidante e persino distruttiva, tant'è vero che di solitudine si muore, come dimostrano i numerosi articoli che periodicamente compaiono sulle pagine dei giornali. La solitudine, come dicono giornalisti e sociologi, è una malattia che non fa distinzioni e colpisce uomini e donne di ogni età: anziani, bambini, donne e adolescenti smarriti, padri separati.

In questo senso, la solitudine è spesso presentata come uno dei prodotti negativi della crisi dei valori delle moderne società, a partire dallo scardinamento dell'istituzione della famiglia che, luogo di protezione e controllo, sorvegliava su tutti i suoi componenti. In realtà, se seguiamo la filosofia di Aristotele, sap-

priamo anche che "l'essere si dice in molti modi". Anche il significato di "solitudine" può intendersi in modo non univoco. Mi sembra cioè che la solitudine assomigli molto a un Giano bifronte, ossia che dietro un solo concetto si nascondano almeno due diverse accezioni.

In una prima accezione, intendo la solitudine come una delle molteplici vesti dell'animo umano. In particolare, essa mi appare come la condizione di possibilità del pensiero individuale, della meditazione, della riflessione interiore, del dialogo dell'io con se stesso. La solitudine è luogo teoretico e pratico. Dal punto di vista conoscitivo, nella solitudine avviene la comprensione intellettuale, che non può essere imposta dall'esterno ma che è un atto interno; dal punto di vista etico, nella solitudine si maturano e si compiono le scelte, sperimentando quel briciolo di libertà che a ogni individuo viene concessa.

In effetti, a pensarci bene, i grandi drammi esistenziali, carichi di profondità filosofica, si consumano nella solitudine di lunghi monologhi interiori. Mi vengono in mente i monologhi del principe Amleto e dell'Antigone di Sofocle: a chi altro affidare la confessione del proprio io diviso se non a se stessi? Ma questa dolorosa confessione interiore, ben lungi dal rimanere privata, continua a muovere nel corso dei millenni, come per magia, gli animi degli uomini. La solitudine, astraendo i personaggi da una condizione spaziotemporale particolare, li consegna all'universalità della comprensione e dei sentimenti dell'Uomo.

La solitudine del barone rampante di Italo Calvino, personaggio che sceglie di vivere sugli alberi del giardino di casa senza scendere mai, non è una fuga dai rapporti umani, dalla società, dalla politica. Al contrario, questo personaggio che rifiuta di camminare per terra come gli altri non è un misantropo, "ma un uomo continuamente dedito al bene del prossimo, inserito nel movimento dei suoi tempi, che vuole partecipare ad ogni aspetto della vita attiva: dall'avanzamento delle tecniche all'amministra-

zione locale, alla vita galante. Sempre però sapendo che per essere con gli altri veramente, la sola via era d'essere separato dagli altri, d'imporre testardamente a sé e agli altri quella sua incomoda singolarità e solitudine in tutte le ore e in tutti i momenti della sua vita, così come è vocazione del poeta, dell'esploratore, del rivoluzionario”.

In questa accezione, è l'uomo che in modo per così dire volontario si isola dal resto del mondo, sia fisicamente che mentalmente.

C'è anche un'accezione negativa della solitudine, come già anticipato prima. La solitudine diventa isolamento quando l'individuo rimane senza vie di comunicazione, quando non riesce più a entrare in contatto con il mondo. La solitudine non più intesa come stato d'animo interiore ma come condizione esterna, come situazione imposta dai fatti del mondo. Non più scelta volontaria ma costrizione esterna. In questo caso, penso che il dramma della solitudine sia l'incomunicabilità. Il passaggio dalla forma positiva e produttiva a quella negativa e sterile mi pare ben rappresentato da una frase del celebre romanzo di Conrad *Cuore di Tenebra*. Il protagonista, nel raccontare la drammatica cecità del colonialismo europeo in Africa, riflette sulla possibilità di una piena ed efficace comunicazione tra individui: “[...] è impossibile, impossibile comunicare ad altri quel che proviamo dentro di noi in un momento qualsiasi della nostra vita - ciò che ne costituisce la verità, il significato - la sua sottile e penetrante essenza. Impossibile. Si vive come si sogna: soli...”. Se nel sogno la solitudine è concessa, nella realtà scandagliata dalla ragione, la solitudine diventa un mostro irrazionale. Qui solitudine e incomunicabilità sono strettamente intrecciate. Subito mi vengono in mente i tanti anziani isolati dalla società tecnologica; i malati nelle corsie d'ospedale abbandonati al proprio dolore; i bambini senza famiglia o con troppe mezze famiglie; i disoccupati disperati; i padri separati; gli adolescenti incompresi; gli immigrati; le donne abbandonate. Nel primo caso l'individuo si isola volontariamente dal resto del mondo; nel secondo caso, invece, è il mondo che impone l'isolamento all'individuo. Nel primo caso risalta la forza del pensiero rispetto alla caducità e drammaticità degli eventi del mondo. Nel secondo caso, al contrario, emerge la piccolezza dell'individuo rispetto alla forza impositiva degli eventi.

Dal “*Diario di Gusen - Lettere a Maria*”
di Aldo Carpi*

21 marzo 1945

Sera.. Un violino nuovo è entrato qui, un violino d'autore, penso, perché ha un suono che vince tutti gli altri, in forza, calore e dolcezza. La faccia anteriore assomiglia a quella del nostro Guadagnini, in legno di abete venato; il resto è di legno duro lucido come gli altri. Un maestro polacco, compositore e organista, ha cominciato a suonarlo. Si vedeva apparire sul suo viso un grande godimento. Il buon violino ha tali vibrazioni, abbondanti e piene, che il suono prende veramente come un corpo e la musica acquista accenti umani e penetranti. È come una persona nuova che fa udire la sua voce tra le altre per portare a noi una buona novella, quella che attendiamo. È l'arrivo di un amico non comune col quale non si può aver subito confidenza perché la sua voce ci impone un certo rispetto. Più tardi la sua voce sarà anche migliore e più autorevole, ma noi ci saremo avvicinati e ci saremo familiarizzati con lui: dopo il rispetto verrà l'amore, ossia l'attaccamento reciproco, la certezza della piena rispondenza tra arte, artista e strumento.

È una cosa rara, che passa di qui. È come l'entrata dell'Angelo annunziante, come l'entrata, per me, di qualcuno di casa mia che mi vuol dire tante cose non comuni, comprensibili solo a noi, a me e te e voi, Maria. La musica in casa mia è più bella che fuori. La musica coi miei parenti e amici, in cerchio serrato e attento, è più viva, più calda, più abbracciante che non fuori.

* *Gusen* è stato uno dei peggiori lager nazisti

Le “segrete affinità” tra archivi e architettura: il caso del nuovo Archivio Diocesano di Milano

CRISTINA CENEDELLA

Nella precedente conversazione avevo cercato di individuare il filo rosso che collega gli archivi e l'architettura, notando in particolare come, soprattutto nella cultura francese, essi abbiano delle segrete affinità, dei registri comuni - la materialità, la stratificazione e lo spessore del tempo - ; ho cercato anche di sottolineare come questi registri comuni entrino a tal punto in relazione da poter dar vita ormai a un vero e proprio filone di studi, che si occupa di analizzare gli edifici realizzati e dedicati specificamente agli archivi.

Anche in Italia abbiamo esempi di immobili nuovi, funzionali al precipuo compito di conservare e rendere fruibile i documenti d'archivio, tra i quali spicca, senza alcun dubbio, l'Archivio Diocesano di Milano. Oggi il diocesano è uno degli archivi modello nel panorama italiano e, probabilmente, anche in quello europeo, almeno per quanto attiene agli archivi di proprietà ecclesiastica.

Un palazzo nuovissimo, dall'architettura esemplare, innovativa e discreta al tempo stesso, nel cuore della città, nelle vicinanze della via Francesco Sforza e dell'antico Ospedale Ca' Granda.

Un edificio modernissimo per conservare documenti risalenti all'epoca medioevale. Tanto antica, naturalmente, è l'attività della diocesi milanese.

Da rare testimonianze di età longobarda, infatti, risulta molto chiaramente che le cancellerie episcopali funzionassero già nei tempi “oscuri” dell'alto Medioevo. Così anche la cancelleria al servizio dell'arcivescovo di Milano.

I pochi documenti di epoca longobarda giunti sino ad oggi, tuttavia, non si conservano nell'Archivio Diocesano milanese, bensì nell'Archivio di Stato. Il primo documento custodito dalla diocesi, invece, è del 1137, un privilegio dell'arcivescovo Ribaldo a Guglielmo, prevosto della pieve di Travaglia, relativo alla concessione di trasferimento in pianura di una chiesa plebana.

Sembra superfluo, a questo punto, sottolineare

come l'importanza degli archivi ecclesiastici per la ricerca storica sia fondamentale.

Per tacere dell'archivio centrale dello stato pontificio, l'Archivio Segreto Vaticano, ricchissima e inestimabile fonte per la storia mondiale, tutti gli archivi ecclesiastici disseminati sul territorio italiano sono fonti storiche oltremodo rilevanti: basta pensare agli archivi vescovili, a quelli degli ordini monastici e delle confraternite religiose, o ancora a quelli plebani e delle parrocchie. Archivi e carte che svelano, oltre a fatti e documenti di natura squisitamente ecclesiale, anche l'intreccio di interessi sociali, politici e infine economici tra autorità religiose, autorità civili e famiglie al potere.

Le carte dell'Archivio Diocesano milanese si conservano in serie strutturate a partire dall'epoca borromaica, periodo durante il quale ebbe luogo il grande riordino voluto da San Carlo, mentre, purtroppo per gli storici e per gli archivisti, non sono moltissimi, in generale, i documenti non solo dell'alto medioevo, bensì addirittura anteriori all'epoca borromaica stessa.

Prima dell'intervento stabilito dall'arcivescovo, infatti, i documenti erano dispersi in più sedi, secondo l'ufficiale che li redigeva o che li trattava, e che era solito trattenere presso la propria abitazione gli atti di sua competenza.

Prima di ogni altra iniziativa rivolta alla produzione e alla conservazione dei documenti della sua diocesi, San Carlo volle unificare la sede dove collocare i diversi fondi documentari. Successivamente emanò una considerevole normativa per disciplinare anche gli archivi plebani e parrocchiali.

Purtroppo, nei secoli successivi, con grande sfortuna per gli studiosi di storia archivistica, una serie di rivolgimenti interni ed esterni (traslochi e riordini) mutò ancora l'assetto dell'ordinamento dell'Archivio Diocesano, in particolare tra il Seicento e il Settecento, sino allo scompiglio provocato durante l'occupazione austriaca del palazzo durante le Cin-

que Giornate del 1848.

Fu l'archivista di allora, il canonico Aristide Sala, a elaborare un nuovo ordinamento, per risistemare i fondi scompaginati, costituendo 16 titoli generali e suddividendo i documenti in parte secondo gli uffici cui si riferivano, in parte secondo l'oggetto trattato. Infine, nel 1955, venne introdotto un nuovo titolario, molto più particolareggiato, in 44 titoli generali.

L'Archivio Diocesano, come si diceva, ha oggi una nuova e splendida sede, un complesso architettonico moderno e scrupolosamente rispettoso degli standard internazionali di archiveconomia e di corretta conservazione. I depositi, collocati in piani seminterrati, sono dotati di scaffalature compatte a scorrimento manuale, di impianti di ventilazione particolari che, sfruttando l'acqua della falda acquifera del sottosuolo, conservano una temperatura costante di 19°/20° C e una umidità relativa del 55%. Un sofisticato impianto antincendio a rilevazione laser attiva il sistema di spegnimento automatico a gas.

La sicurezza dei locali di deposito è totale, con porte metalliche a chiusura automatica e apertura elettronica. I depositi sono stati progettati per un notevole incremento del materiale archivistico, con la previsione di circa 12 km di scaffalature.

Tutto l'edificio è stato concepito con un arredo fisso senza alcun tipo di materiale infiammabile (pavimenti o soffitti in legno, tappezzerie etc.).

L'assoluta facilità di accesso per le persone disabili, la spaziosità dei locali adibiti al ricevimento del pubblico, la funzionalità delle sale con destinazione particolare (sala per convegni e proiezioni, sale riunioni etc) fanno di questo archivio un esempio di efficienza e razionalità al servizio dell'utenza. Gli arredi interni, lineari, sobri ed essenziali, connotano la scelta di attualità progettuale e mettono in risalto volutamente sia l'elemento funzionale sia il dato estetico.

Ciò non di meno, l'estetica degli esterni e dell'interno è stata particolarmente curata e rivela una scelta attentissima dei materiali e delle finiture, con un design di assoluta modernità.

La luce è sapientemente modulata dalle pareti vetrate che rivestono un intero lato dell'edificio, dove si affacciano le scale per salire ai piani.

I colori sono neutri e naturali: il bianco delle pareti, il grigio delle pavimentazioni, il granito delle scale e il metallo di alcuni rivestimenti. Tutto concorre a creare una atmosfera innovativa e quasi avveniristi-

ca per gli standard ai quali siamo abituati.

Nella ricchezza di palazzi e dimore d'epoca delle nostre città italiane, infatti, spesso la scelta di utilizzare edifici antichi per la collocazione di biblioteche, archivi e musei è, di fatto, quasi obbligata. Purtroppo è facile comprendere come queste dimore, nate con tutt'altro scopo che la fruizione di beni artistici da parte della collettività, non siano pienamente adeguate alla funzione di conservazione e di valorizzazione di beni culturali. Il restauro e l'adeguamento di tali edifici, non solo alle norme internazionali di conservazione delle opere d'arte e culturali, bensì, anche più banalmente, alle norme di sicurezza per la permanenza di lavoratori nei locali e per l'accesso del pubblico, risultano sovente più dispendiosi di ipotetiche nuove strutture.

Non solo: l'adeguamento continuo e la necessità di restauro e di corretti utilizzo e conservazione di edifici che sono essi stessi opere d'arte e beni culturali, risultano spesso un costo continuo e insostenibile per l'ente proprietario.

Ecco che la scelta, quindi, di costruire un nuovo edificio progettato e studiato integralmente per la conservazione e la fruizione di un archivio, risulta, a mio modesto parere, la più indovinata e, nel lungo periodo, forse anche la meno dispendiosa.

Sino a qualche decennio or sono per le amministrazioni pubbliche italiane la scelta tra l'utilizzo di edifici storici e la costruzione di nuovi complessi non rappresentava neppure un dilemma; da qualche anno, invece, il dibattito in campo museologico, la presa di posizione di tanti noti architetti, le scelte modernissime e quasi "avveniristiche" attuate in altri stati dell'Unione Europea, hanno di fatto aperto la via alla valutazione di alternative, come ha saputo considerare e poi attuare la diocesi di Milano con la nuova sede dell'archivio storico.

Il progettista è l'architetto svizzero Roberto Sennhauser, di Lugano, che ha progettato anche il restauro della chiesa di San Vito in Pasquiolo, modulando con grande armonia e pulitezza l'antico e il contemporaneo. Ritornata al suo antico splendore, questa chiesa, particolarmente cara alla storia di Milano, è divenuta lo spazio simbolico dedicato al silenzio e alla preghiera, aperta la notte e nel cuore stesso della città.

Giovani dottori

MASSIMO CRESSONI

Chiunque abbia la sfortuna di doversi far visitare in ospedale ha buone probabilità di essere esaminato da un giovane dottore che, nella maggioranza dei casi, è un medico specializzando. Chi invece è giovane e sano e in ospedale non ha motivo di andare, la sera dopo il lavoro, facendo zapping, si sarà imbattuto in un telefilm che ha per protagonisti dei giovani medici, dal dottor Carter di E.R. agli aiutanti del dr. House, passando per Gray's Anatomy.

Ma che cos'è uno specializzando? E che differenza c'è tra gli specializzandi del Policlinico di Milano (o degli ospedali italiani in generale) e i loro colleghi d'oltreoceano? Diciamo subito che uno specializzando è un laureato in medicina, abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'Ordine dei Medici, ma che sta imparando una professione appunto "specialistica": chirurgo, dermatologo, pediatra, anestesista...

Il lungo percorso verso la professione medica comincia a 18 anni dopo gli esami di maturità, superando il test di ammissione alla facoltà di Medicina e Chirurgia che è a "numero chiuso". La Facoltà di Medicina si differenzia dagli altri percorsi universitari, che sono completamente slegati da quello che è il "mondo del lavoro", perché lo studente verso il quarto/quinto anno di corso comincia a frequentare un reparto ospedaliero dove eventualmente preparerà la tesi e dove spera di entrare nella scuola di specialità. L'accesso alla scuola di specialità avviene per concorso, in quanto lo specializzando non solo dovrà imparare a fare pratica, ma riceve una borsa di studio per il lavoro che eserciterà all'interno dell'ospedale. La prova di accesso non è facile perché si tratta di un test a quiz con sessanta domande estratte da un database di cinquemila disponibili su internet ed una seconda prova con domande aperte: il numero dei posti è sempre inferiore a quello degli aspiranti.

Dopo le celebrazioni per la vittoria concorsuale (!) cominciano quindi quattro o cinque anni in cui

imparare il mestiere, cioè a fare il dottore. E come si impara a fare il dottore? Non c'è una risposta univoca o codificata. La legge italiana, genericamente, dice che lo specializzando deve acquisire tutte le competenze presenti in quel reparto, sempre sotto la supervisione di un medico strutturato interno all'ospedale. I telefilm americani ci descrivono dei giovani dottori che passano giorno e notte in ospedale curando tutte le patologie possibili. Le scuole di specializzazione americane sono rigidamente controllate, dovendo garantire la presenza dello specializzando a un'adeguata casistica e, affinché lo specializzando possa vedere questa casistica, deve praticamente vivere quattro anni in ospedale, spesso con orari talmente prolungati che un recente articolo di una famosa rivista medica ha lamentato gli incidenti d'auto capitati ai giovani dottori dopo turni di 36 ore...

In Italia invece gli specializzandi sono tenuti agli orari normali dei medici interni e la varietà dei casi clinici che vedono dipende dal contesto ospedaliero in cui si trovano.

Gli anni della specializzazione possono davvero costituire un'esperienza irripetibile nella formazione dello specialista. Imparare a fare il medico non vuole dire solo studiare astratte descrizioni di patologie sui libri, ma vedere queste patologie dal vivo e provare a curarle, "tenuti per mano" da una persona più esperta.

La vita quotidiana tuttavia non è né poetica né eroica, anche perché i medici ospedalieri non ricevono alcun compenso economico per il tempo speso ad insegnare. La legislazione italiana ha riformato più volte lo stato giuridico degli specializzandi: nel 2007 esso è stato uniformato a quello dell'Europa unita, con un migliore trattamento economico, anche in termini di assicurazione o di maternità. Nessuna, tuttavia, tra le leggi e i decreti legislativi si è mai occupata chiaramente di chi deve insegnare. Per un chirurgo, ad esempio, fare da solo un pic-

colo intervento, come un'appendicectomia, richiede circa trenta minuti di lavoro. Guidare invece uno specializzando, mentre fa lo stesso intervento chirurgico, lo impegna anche un'ora o un'ora e mezza, e non tutti hanno la vocazione e la pazienza del "professore". Insomma, il sistema può trasformare lo specializzando in un peso e non in una risorsa; oppure, peggio, in manodopera a basso costo.

Nella realtà ciascuna scuola di specializzazione è autonoma: la mia esperienza personale è quella della Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione, dove il giovane medico, nei primi due anni gira le diverse chirurgie: d'urgenza, vascolare, toracica, urologica... mentre il secondo biennio è dedicato alla terapia intensiva, neurologica e generale.

In Italia, in ogni sala operatoria, c'è un anestesista anziano che, a piccoli passi, dà allo specializzando un grado maggiore di autonomia. Negli Stati Uniti invece, c'è un unico anestesista per più sale operatorie, ciascuna affidata ad un diverso specializzando. L'anestesista anziano è tenuto ad affiancare lo specializzando solo nei momenti salienti dell'intervento chirurgico: il gioco è quindi quello di sfasare gli interventi, in modo da poter essere presente in tutte le sale operatorie, quando è necessario. Da noi questo non è possibile, né per legge né per mentalità, anche se poi, paradossalmente, è possibile l'eccesso contrario: ho sentito raccontare, non in questo ospedale, di un ambulatorio di pediatria affidato interamente a specializzandi, con il medico poco disponibile, e solo per telefono. La cosa, oltre ad essere illegale, può mettere a rischio la salute dei pazienti. Eppure, quale specializzando che si schermisce dicendo "io sono specializzando, non posso farlo da solo!" rifiuterebbe l'offerta di un posto di lavoro, a tempo indeterminato, in quello stesso reparto?

La vita ospedaliera dello specializzando presenta dunque luci ed ombre: ci sono stimoli, opportunità, cose nuove da imparare. Si comincia davvero a fare i medici: non è un caso che tutti i telefilm americani abbiano per protagonisti appunto giovani specializzandi.

Ma anche le "ombre" non sono trascurabili, lo abbiamo visto. Forse, un riconoscimento economico dei medici che fanno attività di tutoraggio nei confronti degli specializzandi potrebbe migliorare le cose. Il medico "adulto" infatti, non dovrebbe vivere come una costrizione, come qualche volta

avviene, l'affiancamento allo specializzando. Infatti, assumersi la responsabilità anche della formazione sul campo di un altro medico non è sempre una cosa facile e conveniente. Eppure, anche senza "riconoscimenti" ufficiali, ci sono molti medici esperti che lo fanno con competenza e passione, come è accaduto di recente a mia madre che, essendosi rotta un braccio, è stata assistita da un medico ortopedico il quale, fasciandola con mano d'angelo, spiegava intanto a un giovane dottore come andava avvolto bene il bendaggio.

La formazione degli operatori socio sanitari in Fondazione

CARMEN BERTOCCHI, SILVIA MAREGGINI

Nell'autunno scorso, la Fondazione ha inoltrato alla Regione Lombardia la richiesta di accreditamento quale Ente per la formazione di Operatori Socio Sanitari, chiedendo così di entrare a far parte dell'elenco regionale dei fornitori di iniziative formative.

La qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) viene istituita, sia a livello nazionale che regionale nel 2001; la necessità di creare una figura di supporto all'assistenza infermieristica nasce soprattutto dalle esigenze di superare la soluzione di continuità tra le strutture sanitarie e quelle sociali, ossia tra ospedale e territorio, e di potenziare il numero di operatori all'interno di strutture quali Residenze Assistenziali Sanitarie, generalmente poco appetite dagli infermieri, come luogo di lavoro d'elezione.

La formazione di questi operatori si caratterizza in un percorso curriculare complessivamente di 1000 ore, sia teorico che di tirocinio pratico, con una specifica impronta sanitaria di servizio alla persona assistita.

Le competenze dell'O.S.S., riviste recentemente dalla Deliberazione della Giunta Regionale, riguardano aspetti di assistenza diretta alla persona (ad es. rifacimento dei letti, igiene, sostegno nella deambulazione...), di aiuto domestico e alberghiero (preparazione dei pasti al domicilio, comfort ambientale...), di gestione dei presidi e delle apparecchiature abitualmente utilizzati nei reparti (preparazione del materiale da sterilizzare) affiancate anche dalla capacità relazionale di rapportarsi all'interno dell'équipe assistenziale e naturalmente con l'utente e la sua famiglia.

Per poter essere ammessi ai corsi è necessario aver compiuto il diciottesimo anno di età e il possesso, in alternativa, del diploma di scuola media superiore o della qualifica professionale biennale di prima formazione (es. parrucchiere, estetista) oppure dei diplomi di A.S.A. (ausiliario socio assistenziale) o O.T.A. (operatore tecnico addetto all'assistenza);

l'introduzione di quest'ultimo requisito, che probabilmente ridurrà il numero di aspiranti allievi, va letto come la tendenza ad assicurare una più idonea preparazione degli operatori, anche alla luce del livello di formazione richiesto dalla normativa vigente per le professioni sanitarie.

La specificità della figura dell'O.S.S. impone che la sua formazione avvenga nelle sedi che istituzionalmente e tradizionalmente provvedono alla formazione di tutti i profili professionali che si occupano di assistenza e che sia affidata, per gli aspetti di progettazione e di didattica, agli infermieri, che nei vari contesti clinici, restano naturalmente i responsabili dell'individuazione dei bisogni di assistenza infermieristica della persona e del processo di risposta ad essi.

Bibliografia

1 - D.G.R. N.° 8/5101 *Regolamentazione dei percorsi OSS*. BURL 3° Suppl. straord. al n° 30 - 26 luglio 2007

2 - Zagari A. *L'operatore socio sanitario e l'infermiere, profili di responsabilità*. Io Inf. 2004; 2: 40-46

3 - Orlandi C. *Una figura a supporto degli infermieri: l'operatore socio assistenziale. Risorsa o problema organizzativo?*. Io Inf.2000; 4: 19-26

4 - AA.VV. *Proposta del Collegio IPASVI di Milano - Lodi sulla questione OSS*. Io Inf.2000; 2: 20-44

La “mediazione in sanità”: l’importanza della mediazione a rimedio dei conflitti persistenti nell’ambito sanitario locale, regionale, nazionale, è problema di sempre, da sempre e più che mai attuale oggi, come emerge dalla presenza di iniziative diverse, fra le quali un “progetto sperimentale per l’introduzione di tecniche e competenze specifiche” nel settore. L’esperienza positiva dell’Agenzia sanitaria regionale dell’Emilia Romagna induce all’ottimismo.

Mediare i conflitti in sanità L’esperienza dell’Emilia Romagna

VANIA BASINI

Cosa è stato fatto

L’esperienza del personale delle Aziende Sanitarie coinvolto nella gestione dei casi di contenzioso giudiziario, di richieste di risarcimento danni e/o di reclami e richieste di chiarimenti, ha fatto emergere come, anche quando l’oggetto protestato è una prestazione tecnico-professionale, spesso il vero problema è un fallimento della relazione professionista(o struttura)/paziente(o parente). In questo contesto è stato avviato nel 2005 un progetto sperimentale per la introduzione di tecniche e competenze specifiche per la gestione dei conflitti in ambito sanitario.

Tale progetto è coordinato dalla Agenzia sanitaria regionale dell’Emilia Romagna nell’ambito del Sottoprogetto “Gestione extragiudiziale del contenzioso nelle strutture sanitarie”, rivolto a tutte le aziende sanitarie della regione, e ha già avuto tre edizioni (2005, 2006 e 2007), aprendosi anche alla partecipazione e al contributo di aziende extraregionali.

La formazione è stata affidata a una associazione di professionisti mediatori, la Associazione Me.Dia.Re di Torino, che ha presentato un progetto formativo ideato appositamente per adattare le tecniche proprie della mediazione trasformativa all’ambito sanitario, curando la riflessione sugli aspetti peculiari delle relazioni che si instaurano tra medici-infermieri- professionisti sanitari e utenti dei servizi.

Il progetto ha così fornito competenze interne alla aziende per la gestione e la riduzione della conflittualità tra professionisti e cittadini mettendo in campo quelle risorse, in termini di capacità umane e di sistema, adeguate allo scopo.

Attraverso un percorso articolato in moduli d’aula (23 giornate) accompagnati da una sperimentazione in situazione (almeno un paio per ciascun discente)

e da occasioni di supervisione, oltre 40 operatori sono stati formati alla funzione di ascolto, di prevenzione e de-escalation della conflittualità; alla gestione di incontri di mediazione, alla sperimentazione in situazione delle tecniche apprese e alla supervisione delle attività. Buona parte dei discenti del corso del 2005 ha proseguito l’attività di supervisione e, al termine del secondo corso, è stata curata anche la realizzazione della integrazione fra le due classi di corso, facilitando la possibilità di lavoro tra équipes variamente composte. La medesima attenzione è stata data nel corso del 2007, sia ai mediatori in precedenza formati, sia alla loro integrazione con il gruppo dei formandi.

Il 13 ottobre 2006 sono stati presentati, con un convegno dedicato, gli esiti del biennio, da cui risultano oltre 120 casi esaminati e realtà aziendali in cui l’attività è già proceduralizzata ed effettuata regolarmente. Trattandosi di un intervento a cui gli utenti possono volontariamente aderire, adatto a condizioni particolari e, fortunatamente, abbastanza limitate rispetto agli interi volumi di attività delle aziende, tali conclusioni appaiono significative.

Nel corso del 2007 è stato pubblicato, nella collana Dossier della Agenzia Sanitaria Regionale, un numero appositamente dedicato ad illustrare in maniera ampia i contenuti “tecnici” della formazione, le osservazioni e valutazioni sugli aspetti formativi ed organizzativi coinvolti e alcuni resoconti di esperienze aziendali.

I contenuti

“La mediazione è un processo attraverso il quale due o più parti si rivolgono liberamente ad un terzo neutrale, il mediatore, per ridurre gli effetti indesiderati”

derabili di un grave conflitto. La mediazione mira a ristabilire il dialogo tra le parti per poter raggiungere un obiettivo concreto: la realizzazione di un progetto di riorganizzazione delle relazioni che risulti il più possibile soddisfacente per tutti. L'obiettivo finale della mediazione si realizza una volta che le parti si siano creativamente riappropriate nell'interesse proprio e di tutti i soggetti coinvolti, della propria attiva e responsabile capacità decisionale”*

Il percorso di mediazione è un processo volontario ed informale anche se strutturato; il mediatore è un terzo neutrale che agevola i contendenti nella ricerca di un accordo secondo un iter che punta a riattivare i canali di comunicazione e a ricostruire la relazione tra le parti su basi nuove.

La mediazione tra medico e paziente costituisce, quindi, l'occasione per entrambi di incontrarsi e di confrontarsi secondo modalità che permettono di esprimere i valori, i punti di vista e i sentimenti che sottendono al conflitto. Sotto questo profilo, la mediazione non soltanto si propone come una modalità di gestione del conflitto alternativa rispetto al processo giurisdizionale, ma si distingue anche dalla conciliazione, dalla negoziazione o dall'arbitrato. Queste ultime, infatti, costituiscono procedure più o meno formali, in cui la prevalenza viene data al raggiungimento di un accordo distributivo o integrativo, mentre la mediazione tende a ristabilire la comunicazione, a ricreare una relazione, a giungere ad un riconoscimento reciproco.

L'abilità di chi gestisce una mediazione non si fonda, quindi, sul potere di ricompensare o di persuadere, ma su altre capacità, eminentemente relazionali.

Gli aspetti organizzativi

L'obiettivo generale del progetto è consentire a quanti vi partecipano di svolgere una efficace attività di prevenzione dell'insorgere di conflitti tra operatori e pazienti, o loro familiari, e di gestire le situazioni di conflitto con efficacia e con un proficuo rapporto col contesto organizzativo cui appartengono.

* *La mediazione: teorie e tecniche* - Stefano Castelli, ed R. Cortina, Milano 1996.

Pur offrendo il percorso a tutte le aziende sanitarie della regione, sono stati richiesti presupposti specifici per l'accesso alla formazione: requisiti aziendali e qualità personali dei discenti.

Alle aziende, perché i propri dipendenti partecipassero al percorso formativo, è stata richiesta la condivisione delle motivazioni per cui la formazione è stata realizzata (fornire competenze alle aziende per la gestione dei conflitti tra professionisti e cittadini) e la condizione organizzativa aziendale che rende possibile l'esercizio delle competenze. Le aziende aderenti in particolare, dovevano svolgere attività propria di gestione del contenzioso, conoscerne la fasi e le parti già coinvolte, e garantire l'inserimento del mediatore in modo adeguato nel processo già esistente. È stato richiesto, inoltre, di individuare un referente interno alla azienda, che facesse da "tutor" organizzativo per i mediatori, responsabile di seguire i processi in evoluzione e garante delle relazioni interne.

È evidente l'obiettivo di inserire i mediatori formati in un contesto organizzativo che faccia della loro attività un uso sistemico, all'interno di una rete che mette in sinergia non solo competenze, esperienze e capacità, ma anche strutture, servizi, unità operative, percorsi ecc.

Per quanto riguarda i requisiti dell'aspirante mediatore, essi sono stati individuati nelle capacità di realismo (vedere le situazioni concrete, così come sono e non come si vorrebbero) e di "distacco" (evitare sia il coinvolgimento con una delle parti, sia l'imposizione, più o meno mascherata, delle proprie convinzioni personali), capacità di una visione positiva verso se stesso (il fallimento di una mediazione non è il fallimento del mediatore) e verso i protagonisti (si può uscire dalle difficoltà senza perdere la faccia); capacità di adattamento a variazioni impreviste e ad interlocutori incoerenti o incostanti, capacità di analisi rapida delle situazioni, ma anche di attesa del momento giusto per intervenire, capacità di autorevolezza "morale" (garante imparziale e neutrale).

È perciò evidente che non è una professione specifica o una predeterminata collocazione organizzativa che garantiscono la possibilità di essere "mediatore", ma la predisposizione personale (motivazione ed attitudini come sopra descritte) e la decisione delle aziende di dare sviluppo all'attività.

Le prospettive e le realizzazioni future

Dal giudizio positivo complessivamente espresso su quanto già realizzato, si è mantenuta la decisione di proseguire nell'implementazione del progetto.

Il terzo Corso di formazione ha portato ad un volume adeguato il numero complessivo dei mediatori. Al momento, infatti, nessuno dei discenti già formati è dedicato a questa attività, ma continua a svolgere i compiti precedentemente assegnati, e la necessità di costituire team in tempi rapidi e adeguati ai casi da trattare, richiede di implementare il numero delle persone competenti.

La seconda linea d'azione è consistita nel promuovere su ampia scala (professionisti, addetti al front office, cittadini) la diffusione di una conoscenza di base dei contenuti "culturali", dei principi su cui si basa la mediazione: i meccanismi cognitivi alla base dei conflitti, l'attenzione agli aspetti relazionali, la ricostruzione del clima di fiducia tra le persone.

A tale proposito possono ascriversi il dossier dedicato alla mediazione ed alle attività ed esperienze realizzate nel primo biennio, il supporto alle iniziative aziendali di diffusione delle tematiche connesse, il corso di sensibilizzazione per gli Urp realizzato nell'autunno 2007.

Infine, date le caratteristiche fortemente innovative del progetto, esso è costantemente monitorato sia negli aspetti formativi che negli aspetti di impatto organizzativo. Per quanto riguarda la formazione: è stata effettuata in concomitanza con lo svolgimento dei corsi la valutazione dei risultati in termini di contenuti e processo formativo e risultati di apprendimento; per quanto riguarda le organizzazioni, attraverso la realizzazione di interviste e *focus group*, è stato definito il punto di partenza, la consapevolezza organizzativa del conflitto e le soluzioni adottate, con l'evidenza delle criticità. Tale studio è inserito nel dossier sopra citato, mentre la ricerca prevede per il futuro l'estensione con analisi approfondite e studi di casi aziendali.

Ricordo di Dante Isella

ERNESTO BRIVIO

Conoscevo Dante Isella per la sua fama di acuto e infaticabile italianista e - mi sia permesso definirlo anche così - di “meneghinista” e per aver letto alcuni suoi contributi sul *Corriere della Sera*. Articoli, i suoi, che avevano l’eleganza e la speditezza dell’elzeviro, frutti di uno studio approfondito e minuzioso quanto caparbio, trasudante rispetto e amore per le opere e gli autori sui quali via via intratteneva i lettori. Scritti talmente saporosi ma troppo brevi, tanto spiaceva doversi distaccare dalla loro magia, come io, ben lontano da quel suo impegnativo e poco frequentato campo d’indagine, non riesco diversamente a definire.

Quando Franca Chiappa mi comunicò che Isella era stato cooptato nella Commissione Artistica della Ca’ Granda, subentrando a Virginio Ciminaghi nel 1996, attesi con curiosità l’occasione per finalmente conoscerlo. Da tempo avevo costruito nella mia immaginazione un identikit personale, suggeritomi dai suoi pensieri, dai suoi interessi letterari (su uomini e opere) e dallo stile con cui li affidava alle stampe. Alla reciproca presentazione mi trovai davanti l’Isella che avevo tratteggiato dentro di me: un gentiluomo dal nobile portamento e dai modi semplici e gentili, dalla contenuta aristocratica eleganza, dalla conversazione, spontanea manifestazione in voce delle sue riflessioni. Una figura snella, un volto magro illuminato da occhi azzurri “come il cielo di Lombardia così bello quando è bello”, come annotava il suo Manzoni.

È troppo facile, oltre che riduttivo, definirlo un uomo d’altri tempi, anche se dedito specialmente allo studio e all’indagine del travaglio creativo di scrittori e poeti milanesi e lombardi degli ultimi due secoli, verso i quali dimostrava una consapevole contemporaneità. Dante Isella, come lasciava trasparire negli incontri con amici e discepoli, non sempre condivideva molti aspetti della vita attuale della sua Milano, ma non per questo si era rinchiuso nel suo mondo interiore; anzi, coltivava, da par

suo e ricambiato, rapporti d’amicizia con autori contemporanei e ricerche storico-letterarie sui loro testi, purché di profondo pensiero e portatori di nuova linfa creativa ed espressiva.

Tra gli interessi culturali che nutrivano la sua mente, la pittura dei secoli XVII-XIX, in particolare lombarda, occupava una posizione privilegiata. Si aggiunga poi che, attraverso lo studio delle opere di Carlo Maria Maggi, Carlo Porta, Alessandro Manzoni e, più vicini a noi, Carlo Dossi, Delio Tessa, Carlo Emilio Gadda e altri, Isella divenne un impareggiabile conoscitore della cultura, dei costumi, della mentalità e delle tradizioni della sua gente, di qualsiasi appartenenza sociale. Erano cognizioni che rinsaldarono il legame di predilezione per la sua Milano, segnato in particolare dalla forte e benefica presenza di due grandiose e uniche realtà: il Duomo e lo “Spedale dei Poveri”.

Per queste sue doti, chi meglio di lui poteva avere titoli per far parte della Commissione Artistica della Ca’ Granda? Tra le caratteristiche essenziali dello spirito lombardo, da Isella accolti a fondamento della propria cultura, sicuramente dobbiamo annoverare anche tre delle componenti fondanti della secolare Istituzione ospedaliera: l’operosa attività, per soccorrere e curare nel fisico e nell’animo poveri, vedove e derelitti, svolta con ammirevole dedizione e sacrificio da medici, suore, religiosi e volontari - un folto stuolo, sempre rinnovato, di dame della nobiltà e signore della borghesia -; le copiose donazioni ed eredità che affluivano senza sosta per garantire il completamento e il sostegno della provvidenziale iniziativa, onore e vanto della città e dei milanesi tutti; e, non ultima, destinare alla cura e assistenza ai più bisognosi, ai derelitti della città, una struttura d’avanguardia per funzionalità, decoro ed eleganza architettonica, il monumentale edificio dell’Ospedale, plasmato dalle capacità creative di Antonio Averulino, il Filarete, di Guiniforte Solari e di Francesco Maria Richino;

queste componenti erano tra i più significativi elementi della civiltà milanese. È questa stessa civiltà, tipicamente ambrosiana, che ha subito avvertito la necessità di onorare in forma d'arte la memoria di tanti benefattori, dedicando loro un dipinto che ne tramandasse il ricordo e onorasse tangibilmente nel tempo il loro benefico gesto.

Sono ormai un migliaio le grandi tele, patrimonio esclusivo della Ca' Granda; una collezione unica al mondo di ritratti di personaggi maschili e femminili, una chilometrica galleria di volti, di fisionomie interiorizzate, di costumi, di mode che si sviluppa lungo quattro secoli. Una raccolta prestigiosa, per la cui conservazione e valorizzazione l'Amministrazione dell'Ospedale Maggiore è sostenuta dal parere consultivo espresso della Commissione Artistica, come è stabilito dall'atto costitutivo del 1906 e successive modificazioni. Quando si prospetta di ritrarre su tela i recenti benefattori - evenienza purtroppo sempre più rara -, il Presidente dell'Amministrazione dell'Ospedale Maggiore demanda a questo organismo il compito di provvedere agli adempimenti artistico-operativi, dalla scelta dell'artista all'esame dei bozzetti e al benessere per l'accettazione dell'opera.

Dante Isella per la sua sensibilità estetica, per la piena condivisione dei valori di questa tradizione della Ca' Granda e, in molti casi, per la diretta conoscenza dei benefattori da ricordare nei dipinti, ha sempre offerto alla Commissione un giudizio meditato e sereno, mai viziato da personali preferenze né da comodi allineamenti al parere dominante; anzi, le sue ponderate considerazioni hanno più volte smussato alcune punte critiche e recato un apprezzato contributo di chiarezza e di illuminata interpretazione.

Il recupero dell'abbazia di Mirasole e delle sue pertinenze e la loro destinazione a sede della quadreria della Ca' Granda è stato per Isella un argomento di grande interesse. Mai come in certi dibattiti sul tema l'ho visto animarsi nella parola e lievemente arrossarsi in volto, conservando comunque l'*à plomb* che gli era connaturato. Non gli riusciva di rassegnarsi alla prospettata eterogenea frammentazione d'uso degli ampi spazi di Mirasole e, soprattutto, di rinunciare al loro originario utilizzo a sede della Quadreria, in nome della quale e per la quale erano stati avviati i restauri e la valorizzazione, già

da anni ultimati nella chiesa e nei fabbricati storico-monumentali. Finanziati dalla Regione Lombardia e dagli "Amici di Mirasole", voluti dall'indimenticato Lino Montagna, i lavori furono promossi e orientati dallo stesso Montagna, da Giovanni Testori, Gian Alberto Dell'Acqua ed Emilio Tadini - progettati dall'esperta passione dell'architetto Roberto Menghi - ed esclusivamente destinati al recupero del complesso monastico a funzionale dimora ed esposizione della Quadreria. L'intervento venne poi sospeso ad opere assai avanzate, tanto che alcuni edifici, abbandonati a se stessi, richiedono ora nuovi interventi di ripristino.

Ciò che lamentava Isella, e più l'addolorava, era la ristretta sistemazione, ormai avviata, della raccolta pittorica, a danno della sua riconosciuta grandiosità e singolare interesse. Egli non ha mai rinunciato a battersi perché la Quadreria fosse conservata non solo unitariamente ma anche godibile dai visitatori nella sua globalità, e integrata da spazi riservati e già individuati, destinati a laboratori di restauro e alla biblioteca specializzata. Il grande filologo nostrano sapeva guardare lontano e, con alcuni altri, sosteneva che la collocazione fuori Milano della singolare collezione non presentava aspetti negativi, come dimostrano positivi esempi all'estero, anche perché nel territorio attiguo stava sviluppandosi un grande polo medico-specialistico di importanza europea. Ad esso, in parte oggi già attivo, Mirasole può integrarsi come naturale e complementare componente culturale, cui affidare, tramite il riconoscente ricordo espresso con l'arte verso tante magnanime persone, il richiamo rivolto alle generazioni future del valore e dell'attualità di un concreto sostegno, economico e spirituale, a favore di coloro che più soffrono. Sede della quadreria, dunque, ma anche di mostre monotematiche della stessa, di convegni scientifici e culturali, conferenze e concerti. Fu, quella di Dante Isella, una schermaglia elegantemente combattuta a punta di fioretto che ha trovato alleati tra i colleghi della Commissione e che non mancherà, come sembra, di riverberarsi positivamente sulle scelte future dell'Amministrazione.

Testimonianze

L'ultimo incontro

Verso la fine di ottobre dell'anno scorso fu ricoverata d'urgenza nel nostro reparto una signora ottantaduenne, di nome Domenica, alla quale i medici del Pronto Soccorso avevano diagnosticato una polmonite con grave disidratazione e stato d'incoscienza; non c'erano altre notizie, dato che nessun parente o conoscente l'accompagnava.

Si sapeva soltanto che Domenica era stata ritrovata in quelle condizioni al domicilio, dopo che alcuni coinquilini allarmati dalla sua assenza avevano chiamato i Vigili del Fuoco per forzare l'ingresso: probabilmente erano trascorsi due o tre giorni prima del soccorso.

Mentre in reparto procedevano le cure mediche e le condizioni cliniche pian piano miglioravano, lasciando affiorare un franco decadimento cognitivo, la situazione generale della signora Domenica si delineava con maggiore chiarezza.

Le indagini dell'assistente sociale scoprirono che in casa viveva anche il marito Ampelio, di 92 anni, cardiopatico da lungo tempo; una coppia riservata e dignitosa, priva di figli, che campava silenziosa e senza aiuti sociali perché la tenace intraprendenza di lui ancora sopperiva alla fatuità del declino mentale di lei. Questo fragile equilibrio si era spezzato una mattina, quando Ampelio fu trattenuto in un Centro cardiologico al termine di un controllo ambulatoriale, senza poter più provvedere di persona alla sua Domenica. Fu però rintracciato nel suo ospedale dai nostri servizi sociali, ci si mise in contatto con i suoi curanti e si seppe che, operato di bypass coronarico, era avviato ad una riabilitazione presso il Pio Albergo Trivulzio.

A quel punto, nell'impossibilità di rinviare la nostra paziente a domicilio senza rischi, fu concordato il suo trasferimento presso un altro reparto del PAT adatto alle sue necessità assistenziali, in maniera che i due vecchi coniugi potessero finalmente ritrovarsi. Nel frattempo, Domenica ha potuto chiacchierare del più e del meno col marito infermo quasi ogni

giorno usando il telefono senza fili della Caposala: un oggetto che la affascinava e che scrutava da ogni lato per scorgervi anche le fattezze di Ampelio, un espediente affettuoso che la manteneva gaia e sorridente. Mancava però la tessera sociosanitaria della signora, dimenticata nel trambusto dei soccorsi eppure indispensabile per le procedure amministrative. Sollecitato dal vivace Ampelio, venne dunque da Brescia in treno un loro cugino altrettanto anziano che ritirò le chiavi da Domenica e si recò a casa per scovare la tessera: benché teleguidato telefonicamente dal PAT, il cugino fallì la missione. Lo scoglio burocratico fu allora aggirato facendo compilare da Domenica una autocertificazione controfirmata dal medico di reparto e poi giudiziosamente accettata dagli uffici.

Dopo cinque settimane di cure, indagini e lunghe attese, quando infine giunse il momento di partire in ambulanza per il PAT, Domenica ebbe gravi perplessità e protestò con veemenza: era molto insospettita dalle tute arancioni dei lettighieri, non si fidava ad andare via con loro, preferiva trattenersi e rinviare tutto. Fu convinta dalla dolce insistenza della "sua dottoressa" specializzanda.

Sappiamo che al Trivulzio marito e moglie si incontrarono subito, forse trepidanti forse timorosi della nuova situazione, e che si frequentarono giorno dopo giorno secondo i tempi concessi dai curanti, con grande profonda soddisfazione di tutti noi. L'intera vicenda, fatta del riconoscimento di semplici necessità e della difesa di fondamentali valori, ha senz'altro arricchito ogni comparsa.

Naturalmente, considerati gli acciacchi dei protagonisti, questa storia non ha un lieto fine: Ampelio è morto a metà dicembre, Domenica sembra sprofondata da allora nell'inedia della demenza. Tuttavia credo che sia valsa la pena di lavorare tutti insieme in questa affollata commedia umana, ciascuno per le proprie competenze, e coniugare l'efficienza medica della sanità odierna con il calore e la pazienza dell'assistenza personalizzata: è questo il tipo di cura che ci piace fornire.

Marco Ferretti

Dalla nostra unità ospedaliera: il trimestre

La presenza religiosa nella nostra Fondazione

Chiamato dalla Curia arcivescovile alla responsabilità del Servizio Diocesano per la Pastorale della Sanità, *mons. Piero Cresseri* ha lasciato il suo impegno parrocchiale ospedaliero della nostra Fondazione.

Ricordiamo anche qui con particolare gratitudine la sua preziosa, apprezzata missione fra noi di oltre tredici anni, la sua partecipazione ai vari “momenti” della comunità e il grande impegno nei confronti dei nostri malati.

Con la nostra considerazione, un augurio vivissimo per la nuova importante attività.

Contemporaneamente ha lasciato la Ca' Granda *don Daniele Grassi*, per vari anni cappellano dell'Ospedale. A nome nostro e dell'intera comunità un grazie riconoscente.

Il nuovo Rettore Vicario della Fondazione è *don Piero Allevi*. Nato a Figino Serenza (Como) l'8 luglio 1952 ed entrato in Seminario nel '63, è ordinato sacerdote dal cardinale Giovanni Colombo nel Duomo di Milano il 12 giugno '76. Dopo tre anni di ministero a Masnago, è trasferito alla Parrocchia di S. Apollinare a Baggio dove rimane per otto anni vicario parrocchiale, avendo come parroco *don Lodovico Cerri*. Trascorre tre anni presso il Seminario di corso Venezia come educatore e dal '90 al '93 è coadiutore nella parrocchia milanese di Santa Francesca Romana. Vive la sua prima esperienza di parroco a Schianto (Varese) fino al settembre '98 quando è nominato parroco di Mozzate (Como) dove rimane fino all'agosto 2007.

Collaborano col Rettore Vicario, in qualità di cappellani, *don Biagio Casati*, *mons. Luigi Cerri* e *don Norberto Gamba*.

La nostra partecipazione e voti augurali per il loro impegno sacerdotale fra noi.



Due momenti della celebrazione eucaristica che ha accompagnato il ringraziamento a mons. Piero Cresseri e il saluto augurale a don Piero Allevi.



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

Nel mese che ricorda i defunti, il desiderio di accomunare in un'ora di meditazione, di preghiera e di suffragio quanti fra i benefattori, gli amministratori, i visitatori, i volontari e i dipendenti non sono più fra noi, ha trovato il suo momento determinamnte nella concelebrazione eucaristica tenuta da don Piero Allevi e dai cappellani don Biagio Casati, mons. Lodovico Cerri e don Norberto Gamba.

Il 20 novembre nella chiesa secentesca dell'Annunciata erano presenti all'annuale cerimonia il presidente on.Carlo Tognoli, rappresentanze dell'Istituzione e del personale religioso e laico.

Riportiamo qui l'omelia tenuta da don Biagio Casati.

“Fratelli e sorelle, siamo qui riuniti per compiere due cose buone e utili: la prima è per pregare e la seconda è per riflettere e meditare. In primo luogo dunque per pregare in suffragio dei benefattori, amministratori, visitatori, volontari e dipendenti defunti del nostro ospedale. In secondo luogo per riflettere sulla Parola di Dio che abbiamo ascoltato e che ci offre lo spunto di meditare sulla morte.

Nel libro della Sapienza troviamo questa solenne dichiarazione: “Dio non ha creato la morte e non gode per la rovina dei viventi. Egli, infatti, ha creato tutto per l'esistenza... Sì, Dio ha creato l'uomo per l'immortalità, lo fece a immagine della propria natura. Ma la morte è entrata nel mondo per invidia del diavolo”.

Queste parole ci danno la chiave per capire perché la morte suscita in noi tanta repulsione. Il motivo è che essa non ci doveva essere, non ci è naturale. Così come la sperimentiamo nel presente ordine delle cose, essa è qualcosa di estraneo alla nostra natura, è frutto dell'invidia del diavolo. Per questo lottiamo contro di essa con tutte le nostre forze.

Questo nostro insopprimibile rifiuto della morte è la prova migliore che noi non siamo fatti per essa e che non può lei essere ad avere l'ultima parola. Proprio per questo ci confortano le parole della prima lettura di oggi: “Le anime dei giusti sono nelle mani di Dio; nessun tormento le toccherà. Agli occhi degli stolti parve che morissero... ma essi sono nella pace... la loro speranza è piena di immortalità”. (Sapienza).

Stimolati da questi brani della Parola di Dio, riflettiamo dunque un poco sulla morte. Qualcuno potrebbe dire:” Ma non siamo già abbastanza assillati dal pensiero della morte per conto nostro? Che bisogno c'è di rigirare il coltello nella piaga?” Questo è verissimo. Il timore della morte è confitto nel più profondo di ogni essere umano.

L'angoscia della morte è l'espressione immediata del più potente degli istinti umani: l'istinto dell'autoconservazione.

Perché dunque invitare gli uomini a pensare alla morte se essa ci è già così tanto presente? È semplice: perché noi uomini abbiamo scelto di rimuovere il pensiero della morte; di far finta che non esista o che esista solo per gli altri, e non anche per noi. Progettiamo, corriamo, ci esasperiamo per cose da nulla, proprio come se a un certo punto non dovessimo lasciare tutto e partire.

Ma il pensiero della morte non si lascia accantonare o rimuovere tanto facilmente. E allora non resta che tentare di reprimerlo ed è proprio quello che la maggioranza di noi fa. Ma chiediamoci ancora: a che serve pensare alla morte? È proprio necessario o utile farlo? Sì, è utile e necessario. Serve anzitutto a prepararci a morire bene. Ma serve ancor più a vivere bene, con più calma e saggezza come ci suggerisce il Salmo 89: “Insegnaci, o Signore, a contare i nostri giorni e giungeremo alla sapienza del cuore.”

A dei cristiani angustati per la morte di alcune persone care, San Paolo rivolge queste parole: “Fratelli, non vogliamo lasciarvi nell'ignoranza circa quelli che sono morti, perché non continuiate ad affliggervi come gli altri che non hanno speranza. Noi crediamo, infatti, che Gesù è morto ed è risorto; così anche quelli che sono morti, Dio li radunerà per mezzo di Gesù insieme con Lui. Confortatevi dunque a vicenda con queste parole”.

Ma chiediamoci ancora una volta: cosa ha dunque da dire la fede cristiana circa la morte? Una cosa semplice e grandiosa nello stesso tempo: che la morte c'è - e su questo non c'è alcun dubbio - che è il più grande dei nostri problemi - e anche questo è vero - ma soprattutto ci dice che Cristo ha vinto la morte. La morte non è più la stessa di prima perché un fatto decisivo è intervenuto, per cui, come dice San Paolo, la morte ha perso il suo pungiglione, come un serpente il cui veleno ormai è capace solo di addormentare la vittima per qualche tempo, ma non di ucciderla.

Scriva ancora San Paolo ai Corinzi: “La morte è stata ingoiata per la vittoria. Dov'è, o morte, la tua vittoria? Dov'è, o morte, il tuo pungiglione?” La morte è stata sconfitta da Gesù. Ma in che modo Gesù l'ha sconfitta? Non evitandola, ricacciandola indietro come un nemico da sbaragliare. L'ha vinta subendola, assaporandone in sé tutta l'amarezza. Nel Getsemani Gesù ha vissuto fino in fondo la nostra esperienza umana di fronte alla morte.

“Cominciò ad aver paura e angoscia” ci dicono i Vangeli. E poi il grido sulla Croce: “Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?” indica che Gesù si è addentrato nella morte come noi; solo lo sosteneva un’incrollabile fiducia nel Padre, che gli fece poi esclamare: “Padre, nelle tue mani affido il mio spirito” (Luca 23,46).

Ma che è successo, varcata quella soglia oscura? Quell'uomo nascondeva dentro di sé il Verbo di Dio che non poteva morire. Anzi la morte ha avuto i denti spezzati per sempre; non ha potuto “digerire” Cristo e ha dovuto restituirlo alla vita. La morte dunque non è più un muro davanti al quale tutto si infrange, ma è un passaggio, cioè una Pasqua. È una specie di “ponte dei sospiri” attraverso il quale si entra nella vita vera che non conoscerà più la morte.

Gesù, infatti - e qui sta il grande annuncio cristiano - non è morto solo per sé, non ci ha lasciato solo un esempio di morte eroica, come Socrate, ma ha fatto ben altro! Leggiamo ancora in San Paolo: “Uno è morto per tutti... Egli ha provato la morte a vantaggio di tutti”. In Cristo, dunque, anche noi abbiamo vinto la morte.

Parlando della morte, la cosa più importante nel cristianesimo non è il fatto che dobbiamo morire, ma il fatto che Cristo è morto per noi. Quindi il cristianesimo non si fa strada nelle coscienze con la paura della morte, ma si fa strada con la morte di Cristo, vincitore della morte. Gesù è venuto a liberare gli uomini dalla paura della morte, non ad accrescerla.

Il Figlio di Dio ha assunto carne e sangue come noi “per ridurre all’impotenza mediante la morte, colui che della morte ha il potere, cioè il diavolo”. Ancora San Paolo nella lettera a Timoteo scrive: “Se moriamo con Lui, vivremo anche con Lui”. Quindi l’unico vero rimedio contro la morte è quello di partecipare alla vittoria di Cristo sulla morte.

Per premunirci contro la morte non dobbiamo far altro che stringerci a Lui, ancorarci a Cristo, mediante la fede che ci porta a vivere una vita autenticamente cristiana. Perciò la cosa più importante non è tanto tener davanti agli occhi la nostra morte, quanto la morte di Cristo; non tanto un teschio, ma il Crocifisso. Il grado di unione con Lui sarà il grado della nostra sicurezza di fronte alla morte.

San Francesco d’Assisi, che aveva realizzato in modo perfetto questa unione con Cristo, vicino ormai alla morte, aggiunse al suo “Cantico delle creature” questa strofa: “Laudato sii, mi Signore, per sora nostra morte corporale, da la quale nullo homo vivente pò scappare”. E quando gli annunciarono che era ormai prossimo alla fine, esclamò: “Ben venga mia sorella morte”. La morte ha cambiato volto: è diventata una sorella! La morte non dovrebbe più far paura, perché la fede ci dà questa sicurezza: è un incontro con il Padre che ci ama e che ci aspetta a braccia aperte. Non dobbiamo però farci delle

illusioni perché queste disposizioni non si improvvisano: bisogna farle nascere in noi con una vita autenticamente evangelica, cristiana. Bisogna vivere in modo che sorella morte non ci colga impreparati. L’albero, dice un proverbio, da quella parte in cui pende, cadrà. E così è per l’uomo: se siamo tesi verso Dio cadremo fra le sue braccia, ma se siamo tesi verso il mondo - cioè troppo attaccati alle cose del mondo - dove cadremo? Occorre quindi prepararsi, occorre cioè alimentare la nostra fede con le buone opere, con la frequenza ai Sacramenti, con la preghiera, in modo che alla venuta di Cristo, la morte non ci colga come un ladro; non sarà un salto nel buio, ma un andare incontro a un Padre che ci ama e quindi un entrare con Cristo nella vita eterna per sempre felici. E cerchiamo di ricordare spesso le parole di Gesù che abbiamo ascoltato nel Vangelo di oggi: “Io sono la risurrezione e la vita; chi crede in me, anche se muore, vivrà; chiunque vive e crede in me, non morrà in eterno”.

La celebrazione è stata accompagnata da canti liturgici diretti dal maestro Ennio Brugola.

Collaboratori che hanno lasciato il servizio nell’anno 2007

Dott. Silvano Agosti (dirigente medico ostetrico ginecologo-Istituti Clinici di Perfezionamento); *Armida Alberti* (collaboratore professionale sanitario esperto, tecnico sanitario radiologia medica - Ospedale Maggiore); *Mario Alberto Albertinelli* (collaboratore professionale sanitario, infermiere -OM) - *Domenica Alfarano* (ausiliaria specializzata socio assistenziale- OM); *dott. Giancarlo Ambroso* (dirigente medico nefrologo - OM); *Fernanda Angelino* (ausiliaria specializzata socio assistenziale - ICP); *Carmine Arcuri* (collaboratore professionale sanitario esperto, tecnico sanitario laboratorio biomedico - ICP); *Giacoma Astori* (collaboratore professionale sanitario, infermiera - OM); *Cristina Badin* (infermiera generica esperta - OM); *Maria Amelia Bellisai* (coadiutore amministrativo - OM); *Christine Bertoli* (collaboratore professionale sanitario, ostetrica - ICP); *Luigi Bianchi* (collaboratore amministrativo professionale esperto - OM); *Gina Raffaella Bocola* (ausiliaria specializzata socio-assistenziale - ICP); *Enzo Braglia* (assistente amministrativo - OM); *Pinella Bullegas* (operatore tecnico - OM); *dott. Giorgio Cabibbe* (dirigente medico ostetrico ginecologo - ICP); *Daniela Cancian* (infermiera generica esperta - OM); *Vittoria Capobianco* (operatore tecnico, cuoca - OM); *Assunta Caredda* (infermiera generica esperta - ICP); *Angela Cariello* (ausi-

liaria specializzata socio-assistenziale - OM); *Filomena Celeste* (operatore socio sanitario - ICP); *dott. Gianni Ernesto Chierichetti* (dirigente medico ostetrico ginecologo - ICP); *Antonietta Ciardulli* (collaboratore professionale sanitario, infermiera - OM); *Elisabetta Codispoti* (operatore tecnico - OM); *dott. Umberto Colombo* (dirigente medico ostetrico ginecologo - ICP); *prof. Alberto Comazzi* (dirigente medico psichiatra - OM); *Silvana Conti* (collaboratore professionale esperto, tecnico sanitario laboratorio biomedico - ICP); *Sebastiana Cossu* (collaboratore professionale sanitario esperto, infermiera - OM); *dott. ssa Giovanna Cremonesi* (dirigente medico di medicina interna - OM); *Rosaria Crudele* (ausiliaria specializzata socio-assistenziale - ICP); *Teresa D'Amelio* (collaboratore professionale sanitario, ostetrica - ICP); *Oronzo Defrancesco* (infermiere generico esperto - OM); *Riccarda Del Barba* (collaboratore professionale sanitario esperto, infermiera - ICP); *Silvana Delpiano* (infermiera generica esperta - OM); *Maria De Virgilio* (operatore socio-sanitario - ICP); *Franca Di Dio Roccazze* (operatore tecnico - OM); *Arnaldo Di Domenico* (operatore tecnico - cuoco - OM); *Maria Immacolata Di Donato* (infermiera generica esperta - ICP); *Antonietta Dipace* (ausiliaria specializzata socio-assistenziale - OM); *Marisa Di Pinto* (ausiliaria specializzata, tecnico economale - OM); *Maria Francesca Ettorre* (infermiera generica esperta - OM); *Concetta Folino* (infermiera generica esperta - ICP); *Luigi Foppoli* (infermiere generico esperto - OM); *Luigi Gaglianese* (operatore tecnico specializzato - OM); *Anna Maria Gentile* (ausiliaria specializzata socio-assistenziale - OM); *dott. ssa Anna Loredana Giovane* (dirigente medico pediatra - ICP); *Giovanni Grazzi Lonardo* (collaboratore amministrativo professionale esperto - OM); *Michele Guastamacchia* (operatore tecnico - OM); *Giuseppe Lacalendola* (infermiere generico esperto - OM); *Marcella Lattuari* (collaboratore professionale sanitario, tecnico sanitario radiologia medica - ICP); *Carmine Livero* (infermiere generico esperto - OM); *Carmela Lobasso* (ausiliaria specializzata socio-assistenziale - ICP); *Dina Maria Longo* (operatore socio-sanitario - OM); *Antonio Lo Pilato* (assistente tecnico - ICP); *Clelia Marramaldo* (infermiera generica esperta - OM); *Alfredo Marzo* (infermiere generico - OM); *Luisa Mascotti* (collaboratore professionale sanitario, tecnico sanitario laboratorio biomedico - ICP); *dott. Pasquale Masellis* (dirigente medico dermatologo - OM); *Antonietta Mautone* (operatore socio-sanitario - ICP); *Guido Mazzotta* (operatore tecnico specializzato - OM); *Giuseppe Messaggi* (infermiere generico esperto - OM); *Annamaria Moglia* (ausiliaria specializzata socio-assistenziale - OM); *dott. Paolo Montanari* (dirigente medico oftalmologo - OM); *Massimino Moro* (ausiliario specializzato socio-assistenziale - OM); *Adalgisa Morone*

(collaboratore professionale sanitario, tecnico sanitario radiologia medica - OM); *dott. Paolo Moroni* (dirigente medico medicina del lavoro e sicurezza - ICP); *dott. Mario Parziale* (dirigente medico di medicina interna - OM); *dott. Giancarlo Pastorino* (dirigente medico neurofisiopatologo - ICP); *Martina Pedroni* (collaboratore professionale sanitario, infermiera - OM); *Giuseppina Piciocco* (infermiera generica esperta - OM); *Francesco Prati* (operatore tecnico specializzato - OM); *Luigi Prisco* (operatore tecnico - ICP); *dott. Guido Ragni* (dirigente medico ostetrico ginecologo - ICP); *Giuseppa Raimondi* (operatore tecnico - OM); *Maria Cristina Ramponi* (collaboratore professionale sanitario, tecnico sanitario laboratorio biomedico - ICP); *Antonietta Randazzo* (ausiliaria specializzata tecnico economale - ICP); *dott. Massimo Raule* (dirigente medico chirurgia generale - OM); *Anna Reale* (ausiliaria specializzata socio assistenziale - ICP); *Leonarda Rinaldi* (infermiera generica esperta - OM); *Carmela Riviello* (ausiliaria specializzata tecnico economale - ICP); *dott. Giuseppe Rivolta* (dirigente medico medicina del lavoro e sicurezza - ICP); *Gerlanda Rizzo* (operatore socio sanitario - OM); *Rosaria Rosato* (infermiera generica esperta - OM); *Francesca Russo* (collaboratore professionale sanitario esperto, infermiera - OM); *prof. Paolo Salvini* (dirigente medico chirurgia generale - OM); *Diletta Sandrini* (collaboratore professionale sanitario tecnico sanitario radiologia medica - OM); *Anna Gavina Sanna* (collaboratore professionale sanitario, infermiera - OM); *Maddalena Sansone* (ausiliaria specializzata socio-assistenziale - ICP); *Pompea Santoro* (ausiliaria specializzata tecnico economale - ICP); *Nella Schiano Di Cola* (operatore socio sanitario - OM); *Santo Signorelli* (operatore tecnico - OM); *Ippolito Sorteni* (operatore tecnico - OM); *Rosa Sottile* (operatore tecnico - OM); *Anna Maria Spagnolo* (infermiera generica esperta - OM); *Giovanni Spalluzzi* (infermiere generico esperto - OM); *Gianluigi Terzoli* (collaboratore professionale sanitario, tecnico sanitario laboratorio biomedico - ICP); *Bianca Trovato* (operatore tecnico specializzato - ICP); *Matteo Urbano* (infermiere generico esperto - OM); *Livia Vecchio* (coadiutore amministrativo esperto - OM); *Assunta Zago* (operatore socio sanitario - ICP); *dott. Francesco Zanuso* (dirigente medico medicina trasfusionale - OM).

Per non dimenticarli

Un'altra perdita nella comunità della nostra Fondazione ospedaliera: ci ha lasciato *Barbara Olga*, ausiliaria specializzata socio assistenziale presso gli Istituti Clinici di Perfezionamento.

Alla famiglia la sincera partecipazione della rivista.

Cronache amministrative

quarto trimestre 2007

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

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

a - direzione amministrativa

- convenzione con l'Associazione Amici dell'Ospedale Policlinico Donatori di Sangue, articolo 7: integrazione;
- proposta di regolamento per l'accesso, la circolazione e il parcheggio nelle aree della Fondazione;
- modifiche allo Statuto della Fondazione;
- ratifica dell'Ordinanza Presidenziale d'urgenza n. 9 del 9.11.2007 ad oggetto: "Proposta di donazione da parte della Fondazione per l'infanzia Ronald McDonald Italia di un pacchetto hardware e software per l'aggiornamento dell'ecotomografo Aloka SSD 5500 e relativi trasduttori", da destinare all'unità operativa di chirurgia vascolare e dei trapianti di rene della Fondazione (valore Euro 99.600,00): accettazione;
- proposta per l'istituzione della newsletter della Fondazione;
- successione Giuseppa Frusconi: acquisto del legato disposto in favore della Fondazione.

b - direzione scientifica

- proposta di regolamento interno in materia di brevetti e trasferimento tecnologico.

c - unità operativa risorse umane

- trasformazione di posti d'organico.

d - unità operativa amministrazione e finanza

- approvazione dello stato patrimoniale della Fondazione.

e - contributi e beneficenza

L'Associazione per il Bambino nefropatico ABN-Onlus ha offerto apparecchiature diverse per l'unità operativa di Anestesia e Rianimazione pediatrica della Clinica Pediatrica De Marchi della Fondazione per il valore complessivo di Euro 57.034,00.

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

a - direzione amministrativa

- convenzione con il Centro Studi di terapia della Gestalt

(CSTG) di Siena per lo svolgimento di tirocinio pratico per psicoterapeuti;

- convenzione con la Soc. Coop. Force di Sesto Calende per lo svolgimento di tirocinio pratico per operatori socio sanitari; autorizzazione allo svolgimento di tirocini;

- decreto legislativo 6.2.2007, n. 52: "Attuazione della direttiva 2003/122/CE Euratom sul controllo delle sorgenti radioattive sigillate ad alta attività e delle sorgenti orfane"- adeguamento - nomina del responsabile della gestione della sorgente e delega delle funzioni;

- progetto di apertura di uno "Sportello di ascolto per donne vittime di violenza domestica"- convenzione con il Comune di Milano;

- Centro di riferimento della Regione Lombardia "Banca Emocomponenti di gruppi rari" e Centro regionale di riferimento per le "Attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti" del dipartimento di Medicina Rigenerativa. Proroga di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa;

- copertura assicurativa dell'Ente 2008/2010 - lotto 1) polizza incendio e rischi accessori fabbricati urbani e colonici; lotto 2) polizza di responsabilità civile verso terzi (RCT/0); lotto 3) polizza RC prodotto - aggiudicazione; contratti.

b - direzione scientifica

- indizione di selezioni per istituzione di borse di ricerca per vari profili;

- espletamento delle funzioni di sede decentrata della Banca Regionale per la conservazione, la tipizzazione, lo studio e la distribuzione delle cellule staminali da cordone ombelicale di cui alla D.G.R n. VIII/3263 del 4.10.2006 - istituzione di una borsa di ricerca;

- attivazione di borse di studio per progetti vari e selezioni per diversi incarichi;

- progetto di ricerca dal titolo "Organizzazione, gestione e governance dell'emergenza e urgenza dell'adulto e del bambino nel centro di una grande area metropolitana" (convenzione n.ps ex 56/04/03) finanziata dal Ministero della Salute - responsabile scientifico del progetto: dott Giuseppe Rocca, istituzione di quattro borse di ricerca;

- assegnazione di finanziamenti per progetti di ricerca corrente 2008 - istituzione di cinque collaborazioni a progetto

e centotrentasei borse di ricerca;

- assegnazione di finanziamenti relativi ai progetti a concorso 2008-2009 e istituzione di trentadue borse di ricerca;
- ricerca corrente 2008: istituzione di centosedici borse di ricerca;
- accettazione del contributo di 12 mila euro messo a disposizione dalla Società Wyeth Lederle S.p.A. per l'esecuzione del progetto di ricerca "attività di ricerca nell'ambito della cura della psoriasi" sotto la responsabilità scientifica del dott. Angelo Cattaneo U.O. di dermatologia;
- progetto "Il consenso in corsia" e istituzione del Nucleo permanente di valutazione e aggiornamento dei consensi informati della Fondazione.

c - direzione scientifica - ufficio formazione e aggiornamento

- accreditamento della Fondazione all'attuazione di percorsi formativi successivi all'assolvimento del diritto dovere all'istruzione e formazione (DDIF) presso la Regione Lombardia.

d - unità operativa risorse umane

- progressione economica orizzontale per il personale dell'area Comparto;
- specificazione in ordine all'individuazione delle unità operative semplici;
- concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di sei posti di dirigente medico - disciplina anestesia e rianimazione: nomina della Commissione esaminatrice;
- affidamento della responsabilità dell'U.O.C. di dermatologia al prof. ordinario Carlo Crosti;
- convenzionamento e affidamento della responsabilità dell'unità operativa complessa di psichiatria al prof. Alfredo Carlo Altamura;
- unità operativa semplice dipartimentale Centro per la sterilità;
- indizione di selezione interna per la copertura di sessantatré posti di operatore socio sanitario;
- risorse aggiuntive regionali per il personale della dirigenza, anno 2007;
- retribuzione di risultato anno 2007 alla dirigenza sanitaria e alla dirigenza medica;
- produttività anno 2006 alla dirigenza medica. Erogazione saldo residui;
- affidamento della responsabilità dell'Unità operativa di ostetricia e ginecologia 1 al professore di prima fascia Luigi Fedele e dell'U.O. di ostetricia e ginecologia 2 al professore di prima fascia Giorgio Bolis.

e - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi

- D.L.gs 14.2.2006 n. 163, art.128- Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti 9 giugno 2005 - adozione programma triennale 2008/2010 ed elenco annuale

2008 dei lavori;

- autorizzazione all'espletamento dell'attività di prelievo e di trapianto di rene, fegato e polmone ai sensi della D.G.R. Lombardia n.7/5355 del 2.7.2001 e della D.G.R. Lombardia n.7/20112 del 23.12.2004- individuazione dei responsabili delle équipes chirurgiche.

f - unità operativa approvvigionamenti

- convenzione n. PS ex 56/04/03: realizzazione di un intervento basato sulla metodologia "sistema Toyota", direzione scientifica;
- servizio di prenotazione allo sportello e servizio front-office da effettuarsi presso la Fondazione: ampliamento del servizio in essere per tre mesi;
- procedura negoziata diretta per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per il dosaggio di anticorpi anti virus erpetici-Citomegalovirus (CMV), Epstein Barr (EBV), Herpes simplex tipo 1 e 2 (HSV1 e 2), varicella Zoster (VZV) - comprendente l'apparecchiatura in uso, unitamente agli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, per 12 mesi;
- indizione di pubblico incanto per l'affidamento del servizio di intermediazione linguistica - periodo 1.2.2008 - 31.1.2011: approvazione documentazione di rito;
- indizione di pubblico incanto per l'affidamento del servizio di somministrazione lavoro a tempo determinato personale OSS - periodo 1.2.2008-3.1.2010. Approvazione della documentazione di rito;
- servizio infermieristico presso le unità operative di degenza per ventiquattro mesi, ampliamento 1.12.2007-29.2.2008.

g - unità operativa funzioni tecniche

- nomina della Commissione giudicatrice per la valutazione delle offerte tecniche relative al pubblico incanto per il "Servizio di gestione integrata degli impianti di produzione e distribuzione dell'energia termica ed elettrica, la fornitura dei vettori energetici, gli interventi di riqualificazione degli impianti e di ottimizzazione energetica ottenibili attraverso la realizzazione di una centrale di cogenerazione o altra soluzione equivalente nella finalità per i presidi di proprietà o disponibilità dell'Istituto;
- appalto per la ristrutturazione del padiglione Monteggia: autorizzazione al subappalto;
- appalto per la demolizione del padiglione Pasini, scavi e opere impiantistiche propedeutiche, autorizzazione al subappalto "Perego Strade S.p.A.";
- aggiudicazione gara d'appalto mediante pubblico incanto per la progettazione esecutiva e opere occorrenti per la realizzazione della sede dell'Istituto Nazionale Genetica Molecolare presso il padiglione "Romeo Invernizzi ed Enrica Pessina" (ex-convitto infermiere);
- concorso internazionale dffi progettazione "Riqualifica-

zione dell'area Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena di Milano: Forme molteplici dei luoghi della salute"- approvazione del verbale e proclamazione del vincitore.

h - unità operativa sviluppo e promozione

- convenzione passiva con l'Azienda ospedaliera Niguarda Ca' Granda per l'esecuzione di prestazioni di cardiocirurgia presso l'u.o. chirurgia toracica e dei trapianti di polmone della Fondazione: rinnovo;

-convenzione attiva con la fondazione IRCCS Istituto neurologico "Carlo Besta" per prestazioni specialistiche di chirurgia pediatrica (periodo 15.4.2007- 14.4.2009);

- stipule di convenzioni attive con: l'Istituto Stomatologico italiano per l'esecuzione di esami ematochimici urgenti; la Belluno Medica S.n.c. per prestazioni specialistiche di ginecologia da parte della dott.ssa Simona Boito (periodo 1.6.2007- 31.12.2008), l'Istituto Clinico Humanitas per l'esecuzione di test per la tipizzazione Hla per trapianti allogenici; l'Istituto Diagnostico Antoniano per l'esecuzione di prestazioni di radiologia; il Centro Diagnostico Italiano per prestazioni specialistiche di medicina nucleare;

- rinnovo delle seguenti convenzioni: con l'Azienda ospedaliera ICP per prestazioni di medicina nucleare, e per l'esecuzione del test genetico parkina; con l'Azienda ospedaliera Niguarda Ca' Granda per l'esecuzione dello screening Nat sulle unità di sangue donato; Azienda ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini per l'effettuazione di prestazioni di urologia (periodo 27.10.2007- 26.10.2008);
- convenzione attiva con l'Istituto Auxologico Italiano per l'effettuazione di prestazioni di neuroradiologia - anni 2007-2008;

- convenzione attiva con l'Agenzia del Territorio (Ufficio Provinciale di Milano e Direzione regionale per la Lombardia) per l'effettuazione del servizio di medico competente ai sensi del D.Lgs n. 626/94, anno 2007;

- integrazione della convenzione attiva per il servizio di medicina trasfusionale con l'Istituto Europeo di Oncologia s.r.l. IRCCS ai sensi del D.M.san 1.9.95 - periodo 1.2.07-31.1.10;

- convenzione di collaborazione congiunta per la raccolta di sangue placentare tra la nostra Fondazione e l'Azienda ospedaliera Ospedale civile di Legnano, Azienda ospedaliera Sant'Anna, Congregazione Suore Infermiere dell'Addolorata Ospedale Valduce, Congregazione Suore Ancelle della Carità, Casa di cura Poliambulanza, Azienda ospedaliera Desenzano del Garda, Azienda ospedaliera della Valtellina e Valchiavenna, Azienda Provinciale per i servizi sanitari di Trento, Azienda ospedaliera Ospedale di circolo Fondazione Macchi e Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo;

- convenzioni attive con la Irmec s.p.a. di Torino e la Casa di cura Igea S.p.a. per la cessione del radiofarmaco 18F-FDG;

- convenzione attiva con l'Istituto Auxologico Italiano per l'esecuzione di prestazioni di gastrostomia endoscopica percutanea (PEG);

- convenzione attiva con la Soprintendenza per il Patrimonio Storico Artistico ed Etnoantropologico per l'effettuazione del servizio di medico competente per l'anno 2007;

- convenzione attiva con la GAMA S.a.s. per la lettura di dosimetri personali ed ambientali per gli anni 2007 e 2008.

i - unità operativa amministrazione e finanza

-deliberazione n.23 del 22.5.2007 "Approvazione Bilancio 2006", riscontro note della Direzione Generale Sanità n. H1.2007.0031844 del 4.7.2007 e n H1.2007.0043509 del 10.10.2007.

l - unità operativa patrimonio

- adesione al secondo stralcio del programma regionale per la realizzazione di forestazione denominato 10.000 ettari di nuovi boschi all'Abbazia di Mirasole in Comune di Opera.;

- appalto 2005.-2007 relativo a "Opere e provviste occorrenti per la manutenzione degli immobili e relativi impianti del patrimonio disponibile della Fondazione";

- indizioni di aste pubbliche per l'alienazione di terreni residenziali siti in: Comune di Zelo Buon Persico (importo base d'asta euro 1.900.000,00); Comune di Arluno (base d'asta euro 2.400.000,00 e 4.900.000,00).

m - unità operativa sistemi informativi e informatici

- estensione dei servizi di assistenza specialistica per il sistema informativo amministrativo (ERP) della Fondazione per l'anno 2007.

n - contributi e beneficenza

La Cooperativa "Coo.D.O" ha donato un apparecchio per la pressione positiva continua, completo di monitor, da destinare all'Unità operativa di cardiologia e U.C.C. della Fondazione (euro 3.500,00);

per l'Unità operativa di medicina interna 1 è giunto un analizzatore automatico per immunochimica Abbott tdx (euro 4.000,00) da parte della Soc.Tema Ricerca s.r.l.;

l'Associazione "Venti moderati" ha offerto una incubatrice e un lettino riscaldato per l'unità operativa di neonatologia e terapia intensiva della Clinica Mangiagalli (euro 12.000) nell'ambito del progetto "Una culla per la vita".

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

Indice generale dell'annata 2007

per autore

Amaldi, Ugo

Il testamento intellettuale e morale di Marie Curie

fascicolo 1-2 – pagg. 21-31 (ill.)

Alessi, Elvio

Ruggero Caputo

fascicolo 1-2 – pagg. 88-89

Bandera, Sandrina

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

fascicolo 3 – pagg. 18-25 (ill.)

Basini, Vania

Mediare i conflitti in sanità. L'esperienza dell'Emilia Romagna

fascicolo 4 – pagg. 42-44

Bertocchi, Carmen

La formazione degli operatori socio sanitari in Fondazione

fascicolo 4 – pag. 41

Bevacqua, Vincenzo

Vedovelle milanesi

fascicolo 1-2 – pagg. 73-79 (ill.)

Sergio Pliteri, Pier Giuseppe Sironi: Storia di un Clinico chirurgo (rec.)

fascicolo 1-2 – pag. 94

Bonino, Ferruccio

Un Istituto di ricerca e cura della salute

fascicolo 4 – pagg. 5-8

Brivio, Ernesto

“Non ho tempo”

fascicolo 4 – pagg. 31-32

Ricordo di Dante Isella

fascicolo 4 – pag. 45-46

Calderoni Sara

Malattia, letteratura e metafora

fascicolo 4 – pagg. 28-30

Carnevale, Silvia

Cura, preghiera e pacificazione: l'esperienza della Comunità di Sant'Egidio

fascicolo 1-2 – pagg. 84-87

Carugo, Stefano

“Cuore e Salute”. Le scale del Duomo e la prevenzione delle malattie cardiovascolari

fascicolo 3 – pagg. 6-9 (ill.)

Cassinelli, Daniele

Il Segantini dell'Ospedale Maggiore ai musei Guggenheim di Berlino e New York

fascicolo 1-2 – pagg. 82-83

Castaldi, Silvana

La Fondazione è centro di riferimento per 260 malattie rare

fascicolo 3 – pagg. 26-28

Castelli, Mauro

Parlando di libri: perché tanto giallo

fascicolo 1-2 – pagg. 69-70

Caviglia, Alessandro

Il Concorso di Progettazione per il nuovo Ospedale. Urbanistica ed ospedale: la complessità negata

fascicolo 1-2 – pagg. 50-51

Cenedella, Cristina

Le “segrete affinità” tra archivi e architettura: il caso del nuovo Centro degli Archivi Nazionali francesi

fascicolo 1-2 – pagg. 65-67 (ill.)

Le “segrete affinità” tra archivi e architettura: il caso del nuovo Archivio

Diocesano di Milano

fascicolo 4 – pagg. 37-38

Coggi, Guido

Giorgio Pardi

fascicolo 1-2 – pagg. 89-90

Cosmacini, Giorgio

Aforisma e medicina

fascicolo 3 – pagg. 2-5

Ricordiamo insieme Vincenzo Bevacqua

fascicolo 3 – pag. 49

Ars, scientia, pietas: le tre categorie dell'agire medico

fascicolo 4 – pagg. 9-11

Coviello, Domenico

Il laboratorio di Genetica Medica in un grande ospedale di ricovero e cura: tra clinica e ricerca

fascicolo 1-2 – pagg. 32-36

Cressoni, Massimo

Giovani dottori

fascicolo 4 – pagg. 39-40

della Croce, Francesco

Prime riflessioni sul progetto “Toyota” del Pronto Soccorso del padiglione

Guardia e Accettazione

fascicolo 3 – pagg. 29-34

Dioni, Federico

Prime riflessioni sul progetto “Toyota” del Pronto Soccorso del padiglione

Guardia e Accettazione

fascicolo 3 – pagg. 29-34

Eulisse, Francesca Maria

Il Comitato Etico della Fondazione: ragioni di un rinnovamento

fascicolo 1-2 – pagg. 17-20

Libertà: un diritto?

fascicolo 3 – pagg. 45-46

La solitudine

fascicolo 4 – pagg. 35-36

Ferretti, Marco

Testimonianze. L'ultimo incontro

fascicolo 4 – pag. 47

Ferri, Sergio

La Cannabis, non solo droga

fascicolo 1-2 – pagg. 38-44 (ill.)

Finzi, Andrea

Ricadute e nuovi ricoveri: diventa difficile il rapporto medico-paziente se lo splendore della tecnologia nasconde il chiaroscuro della realtà

fascicolo 1-2 – pagg. 46-49

Galimberti, Paolo M.

Eredità spettacolari

fascicolo 1-2 – pagg. 80-81 (ill.)

Gelmetti, Carlo

Ruggero Caputo

fascicolo 1-2 – pagg. 88-89

Lalatta, Faustina

La Fondazione è centro di riferimento per 260 malattie rare

fascicolo 3 – pagg. 26-28

Lerma, Milena

Livia Crozzoli Aite, Roberto Mander (a cura di): I giorni rinascono dai giorni.

Condividere la perdita di una persona cara in un gruppo di auto-mutuo aiuto (rec.)

fascicolo 3 – pagg. 50-52

Lotito, Piero

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

fascicolo 3 – pagg. 35-36

Maggioni, Antonio

Mirasole: il rilancio

fascicolo 1-2 – pagg. 56-57

Magrini, Fabio

“Cuore e Salute”. Le scale del Duomo e la prevenzione delle malattie cardiovascolari

fascicolo 3 – pagg. 6-9 (ill.)

Manusardi, Marina

Gli Induno: grandi ritrattisti dell'Ottocento non solo per la Ca' Granda

fascicolo 1-2 – pagg. 58-64 (ill.)

Marani, Pietro C.

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

fascicolo 3 – pagg. 13-17 (ill.)

Mareggini, Silvia

La formazione degli operatori socio sanitari in Fondazione

fascicolo 4 – pag. 41

Mursia, Giancarla

A proposito di libri

fascicolo 1-2 – pag. 68

Ratiglia, Roberto

Macchine e occhio

fascicolo 4 – pagg. 16-18

Rovis, Edes

Sanità e managerialità per l'Ospedale Maggiore. Un anno di esperienza

fascicolo 1-2 – pagg. 52-55

Salvaterra, Elena

La donazione del sangue cordonale: quando la scienza si fa cultura attraverso la partecipazione di operatori sanitari e cittadini

fascicolo 4 – pagg. 13-15

Sambataro, Nino

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

fascicolo 3 – pagg. 42-44

Autocensura

fascicolo 4 – pagg. 33-34 (ill.)

Segala, Marco

Pensando, camminando coi “nostri” vecchi

fascicolo 1-2 – pagg. 71-72

Spinardi, Laura

Valorizzazione e tutela dei risultati della ricerca

fascicolo 3 – pagg. 10-12

Tognoli, Carlo

Nel ricordo di due maestri

fascicolo 1-2 – pag. 88

Presentazione dell'attività scientifico-sanitaria 2005-2007 della Fondazione

fascicolo 4 – pagg. 2-4

Verga, Giuseppina

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

fascicolo 3 – pagg. 37-38

Vitali, Ettore

Nel ricordo di Alessandro Pellegrini

fascicolo 3 – pagg. 47-48

Zanarotti Tiranini, Elisabetta

Pietro Ramellini: Linee di etica ambientale (rec.)

fascicolo 1-2 – pagg. 94-96

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

fascicolo 3 – pagg. 39-41

Luciano Verdone. La terapia dei valori. Come raggiungere un benessere psicofisico (rec.)

fascicolo 3 – pagg. 52-54

Il libro, la biblioteca, la libreria: di ieri e di oggi

fascicolo 4 – pagg. 19-27 (ill.)

per argomento**Abbazia di Mirasole**

Mirasole: il rilancio - Antonio Maggioni

fascicolo 1-2 – pagg. 56-57

Archivistica

Le “segrete affinità” tra archivi e architettura: il caso del nuovo Centro degli

Archivi Nazionali francesi - Cristina Cenedella

fascicolo 1-2 – pagg. 65-67 (ill.)

Le “segrete affinità” tra archivi e architettura: il caso del nuovo Archivio

Diocesano di Milano - Cristina Cenedella

fascicolo 4 – pagg. 37-38

Assistenza sanitaria

La formazione degli operatori socio sanitari in Fondazione - Carmen

Bertocchi, Silvia Mareggini - *fascicolo 4 – pag. 41*

Bevacqua, Vincenzo

Ricordiamo insieme Vincenzo Bevacqua - Giorgio Cosmacini

fascicolo 3 – pag. 49

Bioetica

Il Comitato Etico della Fondazione: ragioni di un rinnovamento - F. M. Eulisse

fascicolo 1-2 – pagg. 17-20

Caputo, Ruggero

Nel ricordo di due maestri - Carlo Tognoli

fascicolo 1-2 – pag. 88

Ruggero Caputo - Elvio Alessi, Carlo Gelmetti

fascicolo 1-2 – pagg. 88-89

Cardiologia

Ricadute e nuovi ricoveri: diventa difficile il rapporto medico-paziente se lo

splendore della tecnologia nasconde il chiaroscuro della realtà - Andrea Finzi

fascicolo 1-2 – pagg. 46-49

“Cuore e Salute”. Le scale del Duomo e la prevenzione delle malattie cardiovascolari - Fabio Magrini, Stefano Carugo

fascicolo 3 – pagg. 6-9

Ecologia

Pietro Ramellini: Linee di etica ambientale (rec.) - Elisabetta Zanarotti Tiranini

fascicolo 1-2 – pagg. 94-96

Farmacologia

La Cannabis. Non solo droga - Sergio Ferri

fascicolo 1-2 – pagg. 38-44 (ill.)

Fisica

Il testamento intellettuale e morale di Marie Curie - Ugo Amaldi

fascicolo 1-2 – pagg. 21-31 (ill.)

Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena

La Festa del Perdono 2007

fascicolo 1-2 – pagg. 3-13 (ill.)

Il Comitato etico della Fondazione:ragioni di un rinnovamento - F. M. Eulisse

fascicolo 1-2 – pagg. 17-20

Cronache amministrative

Rubrica fissa trimestrale

La Fondazione è centro di riferimento per 260 malattie rare - Faustina Lalatta,

Silvana Castaldi

fascicolo 1-2 – pagg. 26-28

Il laboratorio di Genetica Medica in un grande ospedale di ricovero e cura: tra

clinica e ricerca - Domenico Coviello

fascicolo 1-2 – pagg. 32-36 (ill.)

Il Concorso di Progettazione per il nuovo Ospedale. Urbanistica ed ospedale:

la complessità negata - Alessandro Caviglia

fascicolo 1-2 – pagg. 50-51

La Messa dei Benefattori - 2006

fascicolo 1-2 – pagg. 91-92

Sanità e managerialità per l'Ospedale Maggiore - un anno di esperienza - E. Rovis

fascicolo 1-2 – pagg. 52-55