

PROF. R. REDI

ORGANIZZAZIONE DI UN REPARTO CHIRURGICO DAL PUNTO DI VISTA PSICOLOGICO E MORALE

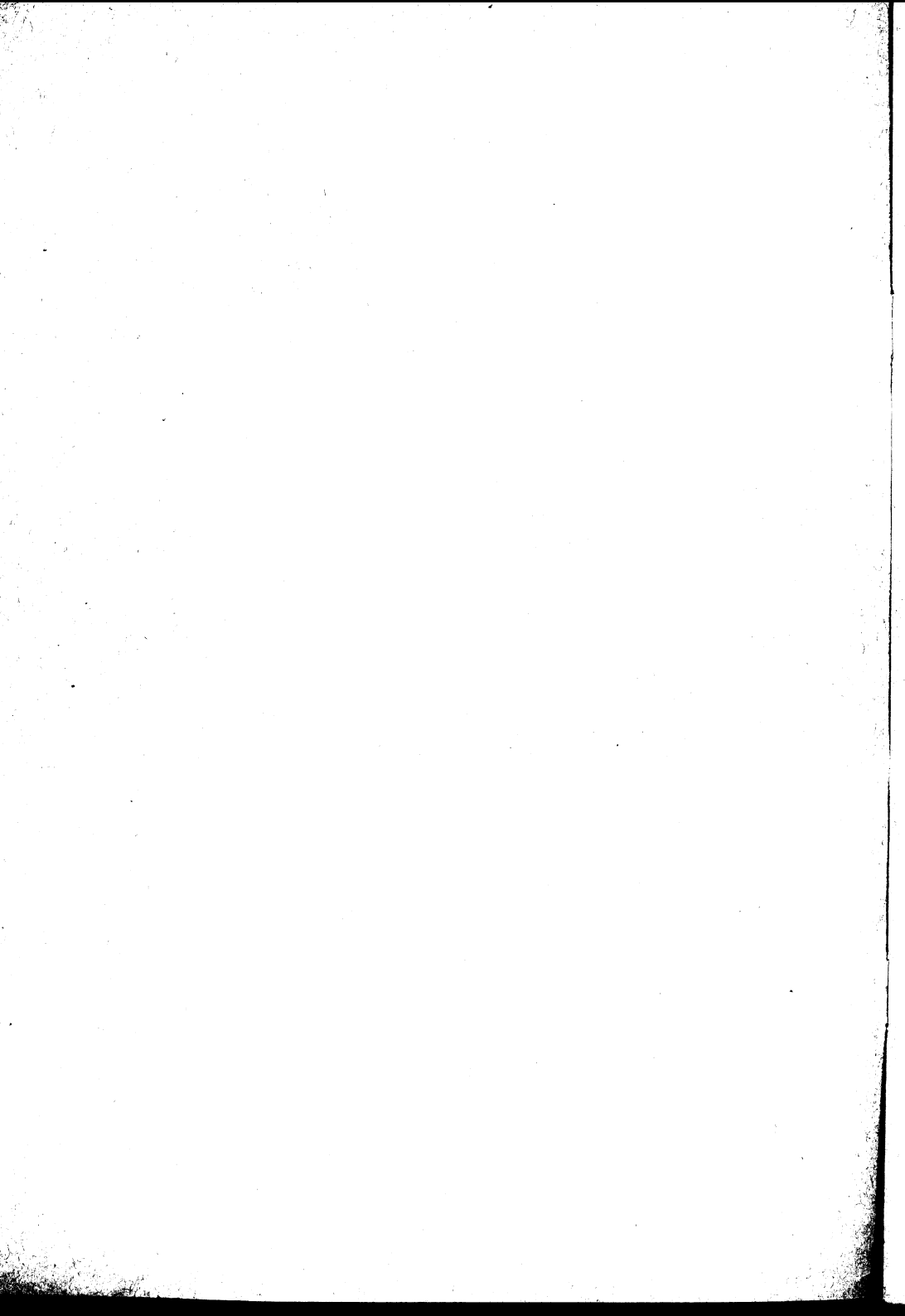
(XIX LEZIONE DEL II CORSO DI CULTURA MEDICA
CORPORATIVA: R. UNIVERSITÀ DI SIENA, 1935-XIV)

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 1 del 15 gennaio 1937-XV)

Man
B
56
MS



ROMA - STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA»



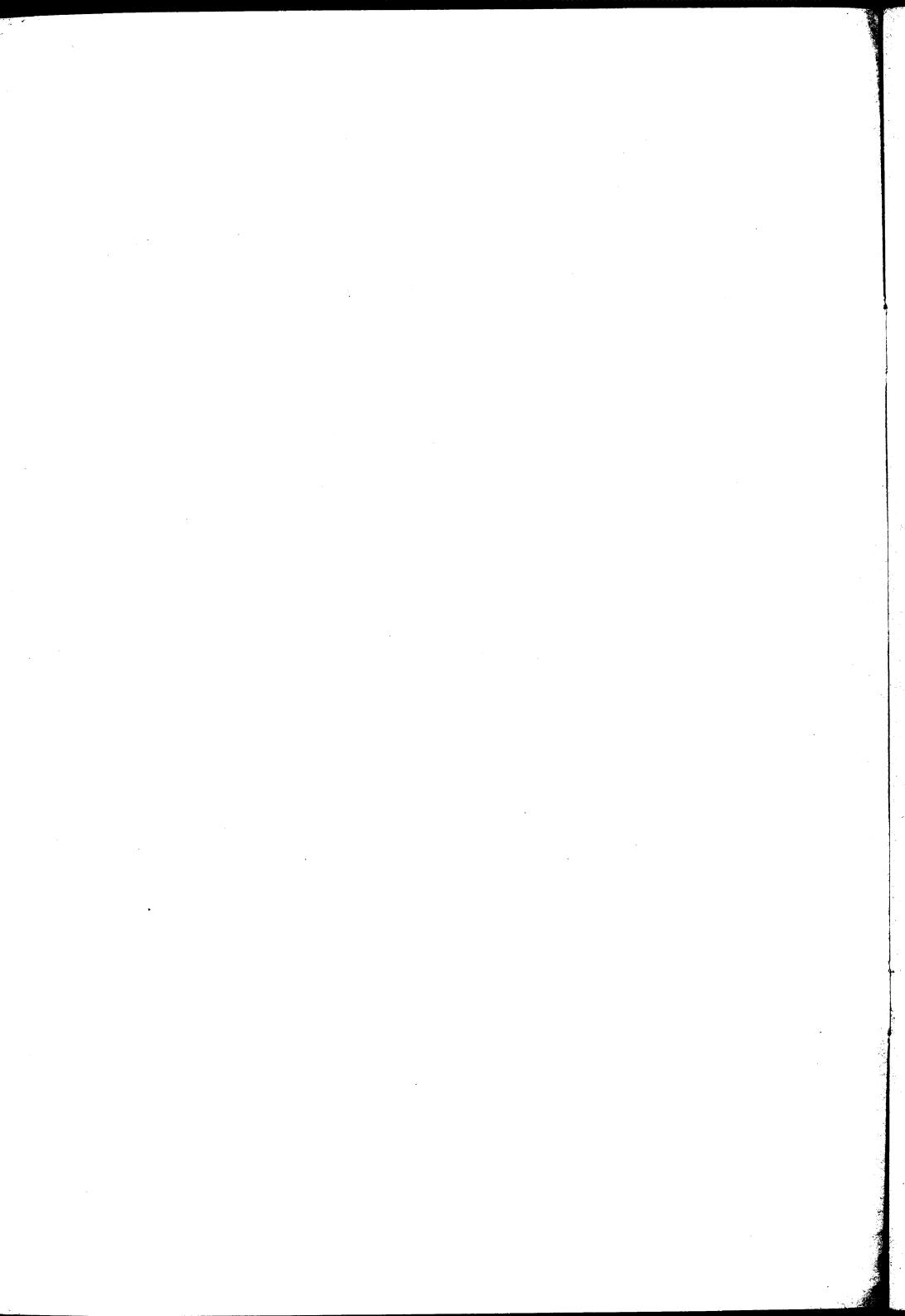
PROF. R. REDI

ORGANIZZAZIONE DI UN REPARTO CHIRURGICO DAL PUNTO DI VISTA PSICOLOGICO E MORALE

*(XIX LEZIONE DEL II CORSO DI CULTURA MEDICA
CORPORATIVA: R. UNIVERSITÀ DI SIENA, 1935-XIV)*

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 1 del 15 gennaio 1937-XV)

ROMA - STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA»



Questa è una conversazione che verte sulla vita intima, affettiva, sentimentale del malato di chirurgia e anche di altre specialità, degente nel grande Ospedale: argomento che invano cerchereste su riviste e tanto meno su trattati. Nego che questo non sia argomento chirurgico perchè tutto ciò che il cuore e l'esperienza di un chirurgo possono dire nei riguardi di un ammalato è sempre Chirurgia, anche se i trattati non parlano mai di questioni di moralità e di sentimento, come ha fatto osservare recentemente SCHIASSI.

Voi tutti sapete che nei primi anni del Medio Evo sorsero quei « Pellegrinai », quegli « Ospitali », in cui si curavano poveri e pellegrini per pura carità. Il concetto di carità per le cure mediche e chirurgiche dell'ammalato ha continuato ad alitare negli ospedali, nelle amministrazioni e nel pubblico fino quasi ai tempi nostri, ed è, senza dubbio, recentissima concezione quella della Previdenza e della Assistenza sociale. Tutto questo significa che oggi il compito dell'assistenza sociale non è più soltanto quello di combattere l'episodio del morbo o del trauma, ma bensì di proteggere l'uomo da tutte quelle offese che possono menomare la sua attività: in questo modo si curano gli interessi dell'individuo e quelli della relativa Corporazione.

In tal modo questo concetto certamente umanitario e grandemente pratico, protegge ed assiste il civis, fino dalla nascita, nella adolescenza, nella maturità e nella vecchiaia, curando sollecitamente ogni sintoma di malattia, e assicurando infine con tutti i mezzi la *restitutio ad integrum* dell'unità uomo per un pronto ritorno nelle file: elemento quindi di continuità e di efficienza.

Siamo così passati dal concetto della cura caritatevole, al diritto umano a tutte le cure possibili atte a mantenere la sua integrità fisica,

diritto che diviene un dovere civico — nel concetto corporativo — nei riguardi e per i bisogni della Società.

Non voglio dimenticare peraltro che noi ci accingiamo a professare questa dottrina corporativistica, rimanendo e volendo rimanere decisamente latini: si comprende quindi come in ogni iniziativa del genere il popolo nostro tenda a non meccanicizzare troppo e a considerare sempre anche il lato morale e sentimentale di ogni questione, a vedere nell'essere umano sottoposto a queste cure, l'individuo, cellula di un tessuto, ma nel senso latino e non in quello nordico.

Detto questo sarà più facile osservare che nella organizzazione moderna degli Ospedali e specialmente dei reparti chirurgici o affini, mentre si è tenuto conto al massimo grado di tutti quei fattori tecnici, architettonici, igienico-sanitari che assicurano ai nosocomi un perfetto funzionamento e i migliori risultati terapeutici, non si vede studiata di pari passo la questione della psiche del malato. Si può anche dire senza tema di esagerare che, mentre nel ramo tecnico abbiamo raggiunto le più alte mete, nel ramo dei problemi psichici dell'ammalato siamo rimasti al punto dell'epoca pre-listeriana e forse anche più indietro.

Chi di voi non ha visto mai nei reparti ospedalieri di qualsiasi città ammalati troppo tristi, troppo lasciati a se stessi, soli col proprio dolore e con i propri pensieri; oppure chi non ha notato in altri ammalati inopportuna allegria che danneggia e disturba i più gravi? Pensando a questa immensa comunità creata dal caso, dalle varie infermità umane, formata di uomini così diversi per abitudini e per carattere, comunità più squisitamente sensibile perchè malata, più profondamente bisognosa di cure morali oltre che materiali, vien fatto di por mente a miglioramenti, a innovazioni, a suggerimenti

di ordine psicologico e morale, in modo da rendere il periodo di degenza meno triste, meno sterile e di far sì che il ritorno dell'essere umano al proprio posto e al proprio lavoro, significhi non tanto una *restitutio ad integrum* ma addirittura un *miglioramento*.

Non sono queste chimere e se — a prima vista — sembrano irrealtà e mète irraggiungibili, tali non appariranno se le inquadreremo tra le necessità spirituali di un popolo che sta trasformandosi e migliorandosi ogni giorno di più.

Incominciamo col considerare un Ospedale chirurgico invece che dal di fuori al di dentro (architettura, igiene, tecnica, malato), dall'interno all'esterno (malato, tecnica, ecc.). Non soffermiamoci troppo sulla questione delle costruzioni, la quale del resto ha raggiunto un grado altissimo d'importanza; lasciamo agli ingegneri specializzati di discutere se sia meglio il padiglione o il grattacielo, per quanto il medico e il chirurgo dovrebbero sempre far valere la loro opinione in siffatte questioni. Dopo il IV Congresso Internazionale degli Ospedali tenutosi a Roma nel maggio 1935 gli scambi di idee fra igienisti, sanitari e ingegneri specializzati sono stati molto più frequenti e cordiali.

Quello che il medico e il chirurgo chiedono a questo proposito è che il locale sia strettamente aderente ai bisogni reali della medicina e della chirurgia, che vi sia proporzione fra polmoni e corpo, che l'Ospedale non sorga con criteri affini a quelli sui quali deve fondarsi un'industria e che infine non vi siano sperequazioni enormi fra Ospedale e Ospedale.

Ma è nella distribuzione più intima degli ambienti e nel loro arredamento che si deve ascoltare la parola del chirurgo e forse anche di *quel chirurgo*, tanto nel campo tecnico quanto in quello psicologico-morale. Se un corridoio risulterà storto, se due finestre non saranno simmetriche, poco importa: necessiterà invece che il tetanico non senta nessun rumore. E se per nascondere quel viale per il quale abitualmente si procede al trasporto delle salme, e dove guardano anche le finestre delle corsie, occorrerà alzare un muro, *improduttivo* per l'amministrazione, *brutto* per l'architetto, io so che i miei malati non vedranno mai un trasporto funebre e questo mi basta.

Così pure se qualche cucinetta vicina alle sale degli operati permetterà loro di gustare vivande calde e non stracotte, ma porterà ad una spesa un po' maggiore, si potrà supplire costruendo meno lussuoso il cortile d'onore o riducendo qualche vano del reparto amministrazione.

E quando mi diranno che al piano di sopra delle stanze degli operati, hanno collocato, *puta caso*, la Pediatria, perchè tornava comodo ed era economico, io domanderò a questi signori

perchè non vanno ad abitare al piano di sotto di una scuola di pianoforte!

In questo senso si deve far sentire l'autorità del chirurgo che si rafforza pensando all'enorme responsabilità non tanto degli atti operativi quanto del decorso post-operativo.

Tocchiamo un secondo problema, quello che riguarda la selezione del malato; osserveremo allora come vi è chi non vede che settici e asettici, mentre c'è chi distingue traumatizzati, addominali, articolari, ecc., si giunge perfino alle famose suddivisioni dei fratelli Mayo, in epatici (vie intraepatiche e vie extraepatiche), ecc. Tutto questo è giusto, ma io penso che nella selezione dell'ammalato, che oggi si fa molto bene mediante suddivisione di stanze da otto, da cinque, da tre e da un letto, oltre a questo concentramento, decentramento, isolamento relativo ed assoluto per ciò che riguarda la varietà morbosa, il chirurgo deve tener conto anche di altri fattori; il chirurgo deve essere anche psicologo. Per ciò il paziente che ha subito un esame diagnostico piuttosto indagoso e doloroso (broncoscopia, cistoscopia, puntura lombare, ecc.) non è bene che torni fra i degenti di prima: egli spaventerebbe gli altri che debbono sottomettersi a simili od anche a più semplici esami, con resoconti e con descrizioni molte volte esagerate. Il paziente operato per esempio di stomaco, che ha un decorso normale, è bene che stia a contatto con altri operati consimili, tutti in decorso normale, ma non dovrà mai trascorrere i primi giorni che seguono all'operazione con altri addominali che debbono subire lo stesso atto operativo. Ho visto tante volte un vomito, una lavanda gastrica, un rialzo termico, un dolore, dar luogo a delle vere crisi di panico in altri pazienti che attendevano il loro turno!

Talora invece il curante potrà servirsi di un paziente in via di guarigione, già ritornato alla speranza ed alla vita, per infondere coraggio ed essere di salutare compagnia per un altro paziente le cui condizioni non siano giunte ancora a quel punto. Ho visto con questo sistema rinascere la fede in ammalati di osteomielite, sfiduciati e avviliti, che, al solo conversare con un altro paziente della stessa malattia in via di guarigione, hanno ripreso completamente coraggio e fiducia.

Così pure un fattore di armonia e di benessere non trascurabile è l'assegnazione del letto al paziente, nella qual cosa si dovrà tener conto del carattere, dello stato sociale e dell'età. Si vede in genere che una certa affinità di carattere e di stato sociale producono una relazione di buon vicinato fra letto e letto con un vantaggio non trascurabile nell'umore del malato che ha cer-

tamente una grande importanza nel decorso della malattia.

Diremo quindi che a regole ben definite di carattere tecnico sanitario e topografico, per la disposizione e la divisione dei letti e delle corsie, corrispondono altre regole, di carattere psicologico-morale, non definibili, ma relativamente ben intuibili dal chirurgo ormai pratico della vita ospitaliera.

Nella seconda metà del 1700 troviamo negli Ospedali degli infermieri, dei sottoinfermieri, dei giovani di infermeria, dei giovani di mediceria, degli unzionari e dei sottounzionari, dei servi mercenari di infermeria. Questa divisione di compiti e di servizi, questa differenziazione di personalità diverse che debbono avvicinare in modo diverso l'ammalato, mi piace e penso che la semplicizzazione ad infermiere-infermiera della seconda metà dell'800 e dei primi del '900 non è stata certo a vantaggio dell'ammalato. Fortunatamente gli attuali criteri tendono a modificare radicalmente questo stato di cose, ad integrare con nuovo personale specializzato i vari bisogni e le varie necessità che comporta l'ammalato.

«Le condizioni psichiche dell'infermo sono particolarmente delicate. Spesso il dolore fisico lo porta alla insofferenza nervosa: donde la necessità da parte di chi lo assiste di pazienti e amorevoli cure. Gli ammalati sono come dei fanciulli: un nonnulla può urtarli, un nonnulla commuoverli. Un gesto, una parola, un pensiero gentile possono destare nel loro animo un tesoro di gratitudine e, talvolta, giovare anche più delle cure materiali»; così scriveva recentemente il poeta Luigi Orsini, e mi sembra che queste parole mettano a punto la questione.

C'è bisogno in una sala chirurgica di persone dedite completamente all'igiene del locale, come pure c'è bisogno di altre persone, provenienti da una classe sociale media, e che per educazione familiare siano particolarmente affinate nello spirito e nei modi, unendo alla capacità tecnica l'affabilità premurosa.

I moderni mezzi di terapia esigono assolutamente che l'ammalato e particolarmente l'operato abbia vicino una persona di una certa educazione, di una certa cultura, in possesso di quelle nozioni specifiche che assicurano al malato un decorso ideale. Così pure, pressione sanguigna, polso, respiro, stato delle fauci e della lingua, stato del ventre, ecc., esigono esami ripetuti e accuratamente segnati sulle cartelle; senza contare fleboclisi, trasfusioni, endovenose, ecc., le quali cose, per quanto in mano del sanitario, esigono collaboratori tecnicamente perfetti. Non si possono più vedere malati nelle mani di persone, che, per quanto armate di grande pratica,

agiscono nella maggior parte dei casi meccanicamente e senza nessuna convinzione.

Ecco perchè grande è lo sviluppo oggi in Italia delle Scuole professionali infermiere e grande è il successo di questo nuovo personale, del resto largamente provato in Inghilterra, in Germania, e soprattutto negli Stati Uniti. Questo personale agisce e procede nel suo lavoro essendo edotto completamente dell'importanza e della funzione di ogni atto professionale; cosicchè godendo l'infermiera professionale di un grande ascendente sul paziente, si potrà ottenere in breve tempo affiatamento, educazione, e persuasione nei rapporti fra personale e malato.

Accenno di sfuggita, che i massaggiatori, ormai entrati a far parte del personale ospitaliero, godono la più ampia fiducia, la più grande simpatia degli ammalati, perchè in genere sono persone di una certa cultura, che — durante i massaggi — sanno conversare piacevolmente e interessare, talchè spesso riescono a persuadere i pazienti a qualunque esercizio anche se doloroso.

Il concetto quindi di questa importante questione mi sembra che debba riassumersi nel senso di favorire quanto più sia possibile la presenza di elementi che per capacità, cultura, educazione e ascendente, possano influire sul malato, tanto nel senso di una funzione educativa e persuasiva, quanto in quello di un vero conforto psichico e morale, non circoscritto da nessuna formula, ma pieno, ampio e sincero, in modo da mantenere sereno, gaio e fiducioso lo spirito del ricoverato.

Altra cosa da tenere in seria considerazione nei riguardi dello stato d'animo del malato è il problema dietetico! E si badi che mi riferisco a quello chirurgico forse un po' meno importante di quello medico. In molti, se non in tutti gli Ospedali, la dieta è in serie, oramai stabilita da anni, variata spesso e ristretta da esigenze di bassa amministrazione.

Il problema dell'alimentazione del malato si presenta sotto vari aspetti e cioè del tipo della dieta, della qualità, della quantità dei cibi, della loro preparazione, e del loro trasporto caldo nelle infermerie. Ora, esiste sempre, come dice Soos, una posizione antitetica tra la funzione moderatrice dell'Economo e le necessità di prescrizione del curante. Senza volere accettare le idee di alcuni americani e particolarmente di Herper, i quali sostengono che il malato deve scegliersi giornalmente i cibi (alla carta), sempre s'intende fra quelli prescritti dal curante, dobbiamo riconoscere che occorre urgentemente provvedere alla sistemazione del problema dietetico negli Ospedali: ognuno sa quanto sia dif-

ficile con gli attuali sistemi, la preparazione dietetica di un paziente, per esempio, per la prova del coefficiente energetico degli alimenti! Il Soos sostiene la necessità di una riforma del servizio di cucina degli ospedali. Occorre, per l'A., un dietista da cui dipendano tutti i servizi tecnici ed amministrativi; egli chiede la decentrazione del servizio di cucina, con cucine secondarie di smistamento, in modo da preparare vivande differenti a seconda del reparto (bambini, chirurgia, medicina, ecc.). Il Soos si raccomanda che si crei questo personale specializzato e che i medici coltivino con maggiore interesse le loro conoscenze dietetiche (1).

Un ordinamento dietetico razionalmente scientifico, oltre ad essere indispensabile nel moderno ordinamento ospitaliero, oltre a rappresentare un coefficiente notevole e spesso basale nella cura del paziente, dà un senso di fiducia e di soddisfazione al malato che si sente curato intelligentemente. Non è vero che il malato non capisca; il malato apprezza o protesta per i cibi malcotti o mal fatti o scarsamente nutrienti o non adatti alle sue condizioni di salute.

La figura dell'ammalato che si aggira bighebbolando per le sale e per i corridoi o che si ferma addossato ad un termosifone per ore o che se ne sta presso il proprio letto in atteggiamento di patente fatalismo abulico non è bella, non è utile, non è necessaria. Tanto è vero che gli spiriti più irrequieti, gli esseri dotati di una certa iniziativa, e fra questi bisogna collocare in primo luogo le donne, reagiscono a questo ozio e si sforzano di aiutare i compagni, gli infermieri, le suore, di assumere quasi una funzione necessaria: le donne cercano rendersi utili in mille modi e lavorano di cucito e di calza; tutto questo spontaneamente e di loro propria iniziativa.

Una occupazione! Occupazione molto ridotta, bene appropriata, volontaria, accompagnata da piccole facilitazioni, in maniera che tutti siano stimolati ad ottenerla, occupazione senza nessun addentellato commerciale s'intende!

Mi sembra utile ricordare da quanto mai tempo gli ospedali psichiatrici abbiano adottato il lavoro come mezzo di cura e quanto buoni siano stati i risultati!

Anche recentemente al XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria, il dott. Manzoni nella sua dotta relazione accennava all'efficacia dell'ergoterapia, integrata da altri fattori ed espressa come metodo Simon. Le osservazioni concordi di tutti gli psichiatri confermano che i ricoverati durante il lavoro dimenticano — si

può dire — il proprio stato e che gli accessi, gli incidenti e le riacutizzazioni si hanno in genere la domenica. Non sto a ricordare cifre e autori perchè ormai l'ergoterapia si è affermata completamente e non v'è alcuno che la discuta più. Penso invece che — *mutatis mutandis* — qualche cosa di simile possa farsi anche per i nostri ammalati chirurgici.

Mi si dirà che la degenza di questi è troppo breve e che spesso essi sono costretti in letto: la degenza non è mai tanto breve da non permettere una benchè minima occupazione e il numero degli allettati non è poi enorme; in ogni modo anche per questi potremo trovare alcune forme di attività.

Se abbiamo già un'enorme letteratura sull'ergoterapia degli alienati, ne troviamo già in discreta copia a proposito dell'ergoterapia nella tubercolosi polmonare. Io rimando l'uditore alla bella relazione del prof. Parodi sulla Scuola professionale del Sanatorio di Camerlata (1), ove si sono ottenuti dei veri successi sia dal punto di vista terapeutico, come da quello didattico, avendo gli allievi-ammalati superato numerosi e difficili esami di elettrotecnica, fisica, meccanica, ecc. Concetti veramente moderni sull'ergoterapia dei tubercolosi possiamo trovare in « Il lavoro dei malati e degli infermi » del dott. Ichok di Clichy, mentre recentemente il dott. Marabotti ha scritto sulla cura di lavoro nei tubercolosi, pagine veramente interessanti. In America la terapia di lavoro si estende oltrechè agli alienati ed ai tubercolosi, anche ai traumatizzati e a certe categorie di operai, in modo che l'Ospedale si occupa del paziente procurando di armarlo fisicamente e moralmente per la lotta della vita: esistono così già 1450 specialisti addetti ad Ospedali o Istituti di cura pubblici.

Da noi, molto recentemente (3 maggio 1934), la Confederazione Generale Fascista dell'Industria Italiana, a questo proposito così si esprimeva nel testo di una circolare: «... l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, che, come è noto, conduce da anni strenuamente la campagna contro la tubercolosi nel campo dei lavoratori addetti alle industrie, ha intendimento di estendere presso i dipendenti ospedali e sanatoriali l'istituzione di scuole professionali per i ricoverati — fornite di macchinari — in base ad un felice esperimento già effettuato nel Sanatorio di Camerlata. Le dette Scuole tendono non soltanto a sollevare fisicamente e moralmente i malati di tubercolosi, ma anche a svilupparne, esercitarne la capacità lavorativa, rendendoli così pronti a riprendere il lavoro dopo la loro guarigione... ».

D'altra parte non bisogna credere che l'intro-

(1) Soos: *Corso internazionale di perfezionamento di tecnica ospitaliera*: Francoforte sul Meno, 29 settembre 1932.

(1) *Difesa Sociale*, 1935, nn. 4-5-6.

duzione o almeno l'esperimento della « attività del malato » negli Ospedali civili sia un'impresa di facile attuazione. A questo proposito calza bene l'autentica storia del Manicomio di X, il cui direttore molti anni fa, volendo introdurre la terapia del lavoro, fece scavare dai ricoverati delle buche profonde e trasportare quindi la terra in determinati punti, terra che poi faceva riportare dagli stessi alienati nel punto di partenza: seguì una sollevazione generale dei ricoverati che si rifiutarono di eseguire un lavoro così stupido.

Questo fatto mi fa pensare alla meccanoterapia che, per quanto scientificamente dosata e riportata alla funzione che si propone di risvegliare, non pertanto non sfugge all'appellativo di stupida. Quante volte abbiamo visto dei motulesi che fanno o che dovrebbero fare la meccanoterapia, limitarsi a far finta di azionare le leve e i complicati meccanismi, anche sotto l'occhio del medico! Questo fenomeno è naturale e lo è per diverse ragioni. Anzitutto la massa non dispone di un'intelligenza e di una volontà così ben distribuite da capire l'importanza del movimento e la necessità di compierlo in tutte le sue fasi durante la convalescenza, onde trarne un beneficio; in secondo luogo il movimento di un arto o di un segmento di arto praticato senza scopo non piace e non interessa il paziente; in terzo luogo infine quel tal movimento non è quasi mai efficace per la *restitutio ad integrum* dell'organo o dell'apparato motore lesa.

Nulla di meglio si può immaginare che la zappa per la mano e la vanga per il piede di uno sterratore, che le pinze e il cacciavite per il meccanico, che il violino per il violinista, che i ferri da calza per la donna che lavora di maglia! In tale modo otterremo una perfetta ginnastica di quei muscoli e di quei tendini necessari al lavoratore, l'interesse per il lavoro sarà infinitamente maggiore; quasi meccanicamente e senza accorgersi di qualche piccolo dolore, il malato riprenderà i movimenti a lui e solo a lui ben noti, che caratterizzano il suo lavoro.

Difficoltà nella realizzazione? Nessuna. Non sarà difficile acquistare qualche strumento di lavoro, non sarà difficile trovare un locale (quello della meccanoterapia per esempio) ove si possano compiere queste riduzioni di lavoro, e nemmeno sarà difficile adibire una parte del giardino o tutto il giardino (che ogni Ospedale possiede, ma che non apre agli ammalati perchè non si sciupi) al lieve lavoro agricolo dei convalescenti.

Ma ci sono tanti altri pazienti chirurgici che non sono motulesi! E io infatti ho parlato di « attività del malato », di cui l'ergoterapia fa parte, cosicchè per quei malati che non dovranno rieducare organi di moto e di senso, vi saran-

no altri infiniti mezzi atti a ravvivare questo senso di vita, a trarli dal pericolo dell'ozio e dell'ipocondria.

L'alzarsi precocemente dal letto dopo operazioni addominali non è oggi più un esperimento, ma una realtà: si evitano così pericolose ipostasi, atonie intestinali, e sembra anche le embolie. Questi malati potranno avere subito, un giorno o due dopo che si sono alzati, qualche incombenza dapprima facile, non faticosa, ma precisa, preordinata, efficace per il genere di operazione subita. Le sale convegno, che io vorrei vedere numerose negli ospedali, permetterebbero a questi ammalati operati da pochi giorni e a quelli che debbono ancora subire l'atto operativo, di parlare ad alta voce, di discutere e anche di cantare, cosa che il malato fa con molto piacere, mentre ride della ginnastica respiratoria che non siamo mai riusciti a far praticare più di una volta o due. Altre piccole attribuzioni potrebbero essere trovate prendendo in considerazione gli innumerevoli servizi di un Ospedale e di una clinica, impiegando così gradualmente, e solamente per qualche ora, i pazienti a lavori di abbellimento, di rifinitura, verniciatura, lavori di biblioteca, di laboratorio, custodia di animali, ecc., mentre le donne potrebbero aggregarsi alle guardarobe, alle lavanderie, e eccezionalmente anche alle cucine, a seconda del grado di attività che vogliamo destinare loro. Anche se praticamente questi pazienti non producessero nulla e si limitassero più che a lavorare, a seguire il lavoro di altri, il problema della attenzione, considerata come distrazione dal pensiero della malattia, sarebbe già risolto.

Ma i non gravi e i meno gravi costretti a letto potranno giovare di qualche occupazione? Io credo che non sia difficile trovare qualche occupazione compatibile col loro stato (disegno, pittura, lettura, piccole costruzioni, accomodate facili di piccoli oggetti, ecc. ecc.). Si aggiunga che si potrebbero istituire, tanto per coloro che si alzano dal letto, come per coloro che rimangono coricati, delle conferenze molto semplici, molto pratiche e dimostrative, di meccanica, di elettrotecnica, di agricoltura; la spesa per tali insegnamenti non sarebbe affatto sensibile anche perchè io credo che le varie Cattedre Ambulanti si presterebbero gratuitamente. Io ho visto spesso ammalati chiedere libri e studiare, durante il decorso di una malattia.

Per una sistemazione simile di un reparto moderno non occorrerebbero in sostanza molte cose. Pochissimi mezzi, qualche strumento, un po' più di locale. Infatti in moltissimi Ospedali non vi sono sale da pranzo e sale convegno, non vi è possibilità di godere il sole o di starsene in un grande giardino, talora è impossibile fare

l'elioterapia. Oggi questo non può nè deve più essere.

Sostituendo così a un tetro ricovero di sofferenti una popolazione attiva, ordinatamente e scientificamente impegnata in una lieve occupazione giornaliera che tenga fissa la mente e mantenga quell'elasticità del corpo che molte volte si perde negli Ospedali, indipendentemente dalla malattia, integrando razionalmente e gradualmente il lavoro che il paziente faceva prima della lesione chirurgica — quando ciò sarà possibile — siamo certi che otterremo una guarigione clinica e funzionale all'uscita del malato dal reparto, e se anche questi dovesse rimanere qualche tempo di più degente, avremo sempre il vantaggio di restituire alla Nazione un uomo già pronto per riprendere il proprio posto di lavoro. Non solo, ma avremo evitato quello speciale stato d'animo comune agli ammalati, che volge verso lo scoraggiamento e l'ipocondria, che talora sposta il livello morale dell'individuo e che talora infine fa esplodere quelle tali sindromi nevrosiche, così ben descritte dal Menesini (1).

(1) *Rassegna Previdenza Sociale*, marzo 1935.

Anche lo svago può essere un elemento importante nella cura di varie malattie chirurgiche ed io mi domando perchè non si debba permettere qualche giuoco, in locali adatti, perchè non si estenda a tutti gli Ospedali la cuffia della radio ad ogni letto, perchè almeno una volta alla settimana non si possa concedere un'ora di libera uscita a quei malati (e non sono pochi) che hanno interessi o comunque che hanno la possibilità di uscire per la città. Più volte abbiamo sentito dire che artisti di fama hanno voluto rallegrare con la loro presenza in giorni festivi o di grandi ricorrenze le fredde sale degli Ospedali. Non vedo perchè non si potrebbe fare in modo che questo avvenisse con una certa regolarità.

Molte cose ancora dovrei dire e vorrei dire su questo argomento, molte altre mi sono sfuggite: ne chiedo venia. Forse il sentimento ha preso un po' la mano al ragionamento e alla realtà. Non m'importa di questo, perchè non è detto che un medico debba essere sempre un vocabolario scientifico e un realizzatore di formule o di dogmi. Nella nostra Italia, bella oggi come non mai, sia permesso ad un chirurgo di occuparsi anche dello spirito del malato, bisognoso di cure quanto il corpo.

316519

54095

