l'Unità / domenica 26 ottobre 1975

Le operazioni a cuore aperto sono già tutte prenotate fino al 1977

Malati di cuore in lista d'attesa

La grande maggioranza dei centri di cardiochirurgia (sorti come feudi di prestigio dei « baroni ») non funziona; quelli funzionanti si contano sulle dita di una mano e sono sovraccarichi di richieste - Migliaia di decessi ogni anno, specialmente di bambini

Dalla nostra redazione

MILANO, 25

Probabilmente è il più giovane cittadino italiano sottoposto ad un intervento chirurgico: lo hanno operato diciotto ore dopo che era venuto alla luce. Ora è in una culla termostatica nel reparto rianimazione del Centro di cardiologia e cardiochirurgia «De Gasperis» dell'ospedale di Milano-Niguarda. Sul torace garze e tracce di tintura di iodio; il respiro è regolare, un bimbo come tanti altri: fa impressione vederlo circondato da tubi e tubicini, sormontato dai monitor che registrano ininterrottamente i dati più significativi dell'attività del suo fragile corpo di tre chili.

Quel respiro glielo ha restituito un intervento compiuto dal prof. Alessandro Pellegrini, 43 anni, milanese, primario della divisione di cardiochirurgia del «De Gasperis». Il neonato presentava infatti una malformazione al cuore, l'atresia della valvola polmonare: significa che la valvola aveva un grave difetto (i tre lembi erano saldati fra di loro) per cui il sangue non poteva raggiungere se non in quantità minima i polmoni e ossigenarsi. Un'operazione certamente non complessa ma ardita proprio per l'età del paziente.

Poco più in là c'è una bambina bionda di dieci mesi, tranquilla con il succhiotto in bocca. «Aveva una stenosi aortica, lo stesso male della bambina che è morta sull'aereo mentre andava a farsi operare in America», dice Pellegrini. Un bambino di diciotto mesi («va molto bene» commenta il cardiochirurgo) è stato operato per una delle più gravi malformazioni, la trasposizione dei grossi vasi. Significa che l'aorta nasce dal ventricolo destro anziché da quello sinistro e l'arteria polmonare dal ventricolo sinistro anziché da quello destro.

Emanuela Pasqualoni, 14 mesi di vita, è morta in volo su un «jet» che la portava a Houston, nel Texas, dal prof. Cooley, uno dei più celebri cardiochirurghi del mondo. «Bisogna andare in America per salvare la bambina» hanno detto ai genitori, lui camionista, lei casalinga. E' entrata in scena un'associazione nazionale cardiopatici indigenti (in Italia esiste anche questo) presieduta da un personaggio dai trascorsi burrascosi, Mario Cini di Portacannone, gran fornitore (a quanto si dice anche in ambienti di «addetti ai lavori») di malati italiani a Cooley e ad altri «maghi» americani. E' stato uno dei tanti viaggi della speranza, fatti di appelli, di umilianti «collette», uno dei capitoli più amari della nostra vita. Il dolore, la sofferenza, la speranza si intrecciano con il «miracolismo», la reclame a buon mercato e conquistata in modo ignobile da certi personaggi, la speculazione. Un collega che di solito è bene informato ha scritto che alcuni malati di cuore italiani hanno dovuto pagare una tangente di cinque milioni per essere operati con urgenza dal celebre Barnard (quello dei trapianti), senza che il cardiochirurgo lo sapesse. Anche noi giornalisti abbiamo colpe pesanti. Qualche tempo fa un autorevole quotidiano ha mobilitato un'intera regione in una «colletta» per portare negli Stati Uniti un ragazzino malato di cuore. La lu visitato, sottoposto ad esami già fatti in Italia e rispedito indietro senza essere operato, perché l'intervento non era possibile. La stessa spietata diagnosi era già stata fatta in Italia e il «mago» americano avrebbe potuto confermarla limitandosi a leggere la cartella clinica senza atroci delusioni per la famiglia e spreco di denaro.

«Professor Pellegrini, ma è proprio necessario andare in America o in Svizzera per essere operati al cuore? E' un'esigenza o una mania visto i tipi di interventi che si fanno anche qui, nel suo centro?».

Qualificazione

«In Italia — risponde Pellegrini — ci sono centri dove si lavora ad alto e altissimo livello, nei quali si praticano gli stessi interventi che si compiono negli Stati Uniti o in altri Paesi. Il guaio, un grossissimo guaio, è che questi centri sono troppo pochi. I numerosi malati di cuore che si fanno operare all'estero, in parte vi vengono inviati per mancanza di informazione sulle possibilità esistenti in Italia, ma in parte, ed è quella preponderante, perché nel nostro Paese i centri cardiochirurgici sono numerosi sulla carta mentre il numero di quelli che effettivamente funzionano è esiguo».

Pellegrini cita i risultati di un'indagine promossa dall'*Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri*, resi noti in occasione di un congresso svoltosi tre anni fa. All'epoca dell'indagine («l'unica eseguita nel nostro Paese», dice), i centri di cardiochirurgia erano 22 in Italia ma soltanto cinque di essi raggiungevano o superavano i cinque interventi a cuore aperto, in circolazione extracorporea, alla settimana, limite considerato come minimo indispensabile per giustificare l'esistenza di un centro. «E i dati forniti da alcuni reparti — aggiunge Pellegrini — peccavano in eccesso». Infatti da quell'inchiesta risultava che nei primi sei mesi del 1971 i vari centri di cardiochirurgia avevano compiuto 1.585 interventi a cuore aperto mentre le ditte fornitrici di materiali denunciavano una vendita di soli 1.038 ossigenatori a perdere (una parte molto importante della macchina cuore polmoni per le operazioni in circolazione extracorporea). Poiché per ogni intervento occorre un ossigenatore che non viene più usato è evidente che il numero di operazioni a cuore aperto era notevolmente inferiore a quello che emergeva dall'inchiesta.

Sorti sull'onda del «boom» del cuore seguita ai primi trapianti, senza alcuna programmazione, come simboli di prestigio di amministrazioni ospedaliere e di chirurghi, feudi per «baroni» e «baronetti» ammanigliati col potere e le clientele, molti centri non funzionano e quei pochi dove si lavora seriamente sono sovraccarichi di richieste, a molte delle quali non riescono a far fronte. «Noi — dice Pellegrini — dal 1973 al 1974 siamo passati da 1.844 a 1.983 ricoveri; gli interventi sono aumentati, in totale, da 1.506 a 1.624»; quelli sul cuore l'anno scorso sono stati di poco superiori ai 1.100, di cui 820 a cuore aperto (770 nel 1973). Come numero di operazioni a circolazione extracorporea siamo secondi in Europa, preceduti soltanto dal centro del professor Dubost di Parigi dove, però, si effettuano solo operazioni al cuore mentre noi facciamo anche altri interventi di chirurgia toracica (polmoni, ecc.). Abbiamo una lista di attesa che arriva a sfiorare il 1977, tenuto conto che in essa comprendiamo quei 300/400 casi imprevisti (neonati con gravi malformazioni, malati colpiti alle coronarie) che si registrano ogni anno. Con l'equipe del nostro centro (21 chirurghi, 9 anestesisti, 20 cardiologini) e il personale paramedico di cui disponiamo potremmo aumentare di un venti per cento gli interventi in circolazione extracorporea, arrivare a mille l'anno, se potessimo disporre, in aggiunta ai dieci letti esistenti nel reparto rianimazione, i quattro che non si possono utilizzare per la mancanza di personale qualificato».

Improvvisatori

«Che cosa si può fare?»

«Lo scarso funzionamento di molti centri dipende da due fattori, mancanza di fondi e, quindi, di attrezzature; incompetenza del chirurgo e dell'altro personale. Per quanto riguarda il primo caso, è evidente che si tratta di trovare i fondi necessari. Gli altri occorre chiuderli. In nessuna disciplina medica come la cardiochirurgia — ha scritto di recente Pellegrini — si trova una così elevata quantità di improvvisatori. Molti chirurghi, spesso in seguito a brevi e saltuari periodi trascorsi in qualità di semplici visitatori nei più noti ambienti cardiochirurgici, si sentono maturi per la cardiochirurgia». E ha aggiunto un'accusa molto grave, bruciante: «Se l'intervento viene eseguito in un ambiente dove il chirurgo non ha esperienza sufficiente, dove le cure postoperatorie vengono affidate a medici che non hanno dimestichezza quotidiana con i cardiopazienti operati, dove il personale paramedico non è abituato alle particolari modalità di assistenza di questi malati il rischio operatorio sarà paragonabile a quello esistente negli ambienti dove la cardiochirurgia rappresenta il lavoro quotidiano? La risposta è semplice: viene eseguita sull'uomo la chirurgia sperimentale».

Di fronte al caso della bambina morta in aereo mentre viaggiava verso la salvezza, il problema della chirurgia del cuore si ripropone in modo drammatico, come del resto molti altri riguardanti la salute, rivelando spaventose carenze, incompetenza, mancanza di programmi, deficienze che favoriscono le cliniche private e la speculazione.

Il sottosegretario alla Sanità, Pinto, ha detto una mezza verità, e cioè che nel nostro Paese esistono centri di chirurgia ottimamente attrezzati, dove tutti hanno diritto all'assistenza gratuita. Ha dimenticato di aggiungere (e quel che è più grave e che forse non lo sa) che i centri funzionanti sono troppo pochi, che migliaia di bambini e di adulti malati di cuore muoiono ogni giorno perché la malattia è diagnosticata in ritardo o aspettando la chiamata dal reparto di cardiochirurgia.

Secondo dati attendibili, ogni anno nascono in Italia diecimila bambini affetti da gravi malformazioni al cuore, quattromila muoiono nel primo anno perché non assistiti, dei restanti seimila molti perdono la vita prima di poter arrivare in sala operatoria. Ogni anno sono circa 16 mila i malati di cuore per i quali è necessario un intervento chirurgico, mentre le operazioni di questo tipo eseguite nel nostro Paese sono in media ottomila l'anno; quattromila pazienti finiscono nelle liste d'attesa, gli altri vanno all'estero o sperano in bene. E' un vergognoso fenomeno che, a conferma delle gravissime carenze del nostro sistema sanitario, fa il paio con la strage dei malati di reni che non vengono sottoposti per mancanza di servizi al «lavaggio del sangue» (duemila morti l'anno, più o meno).

Ennio Elena

È in coma da 34 anni

TARPON SPRINGS (Florida), 25

Da 34 anni una donna assiste la figlia, oggi quarantenne, entrata in coma in seguito ad una anestesia sbagliata. La signora Esposito abita a Tarpon Springs (Florida) con la figlia Elaine e il marito, inabile per un vizio cardiaco. Intervistata dopo le polemiche sul caso di Karen Anne Quinlan (la ragazza per la quale i genitori hanno chiesto l'autorizzazione a staccare il motore del polmone artificiale che la tiene in vita), la signora Esposito ha detto di respingere «con orrore il solo pensiero di vedere morire la figlia». Tuttavia, ha aggiunto, «non condanno chi la pensa diversamente: ognuno ha i propri sentimenti in situazioni di questo genere».

Elaine Esposito aveva sei anni quando fu sottoposta ad un intervento chirurgico per una appendice perforata: anestetizzata non si è più risvegliata e i medici non hanno lasciato alcuna speranza ai suoi genitori. Attualmente pesa 34 chili, ha il collo paralizzato e il polmone destro inattivo; ogni ora la madre le fa cambiare posizione per evitare la formazione di piaghe. NELLA FOTO: Elaine con la madre.

Se la vita dipende da un pulsante

La vicenda della giovane americana Ann Karen Quinlan, i cui genitori chiedono che sia lasciata morire perché in coma da sei mesi, fa discutere: è giusto staccare la corrente? L'esperienza non aiuta a dare una risposta - Il parere dei medici da noi intervistati

Chiusa nella sua culla di plastica e acciaio Anna Karen Quinlan, ragazza americana che, da sei mesi in coma resiste, grazie a una macchina respiratrice, non sapra mai, nella sua inerte indifferenza, che il suo Paese e il mondo intero stanno sollevando angosciosi dilemmi intorno al suo caso. «Sono, questi clamori attorno all'eutanasia, come degli attacchi isterici, a livello subliminale, che poi scoppiano all'improvviso davanti a un fatto emozionante», dice Giorgio Bressa, dell'istituto di psichiatria dell'Università di Roma. Ma, a parte il caso di Karen quale consistenza autentica, quale problematica reale coinvolge la questione del lasciare vivere e del lasciar morire, la questione cioè della eutanasia, il cosiddetto diritto alla «morte pietosa», data per alleviare a una persona, destinata comunque a morire, il prolungarsi di inutili sofferenze?

Nel caso della ragazza americana, per stare più vicini possibili al fatto che, in questo momento appassiona la opinione pubblica, la questione dell'eutanasia in senso stretto (dare la morte per evitare al malato le sofferenze) «non esiste — dice Luigi Cancrini, incaricato di psicologia clinica, sempre all'Università di Roma — in quanto la ragazza non soffre. Caso mai, è una eutanasia per gli altri, una eutanasia richiesta dalle persone che soffrono per lei, una forma di difesa e di liberazione che proviene dall'ambiente esterno. Karen, non dimentichiamolo, rappresenta anche un grosso costo».

Ma, appunto, quale problematica, quale consistenza? La domanda — ce ne accorgiamo subito — quasi non ha senso, una volta all'interno del centro di rianimazione del Policlinico di Roma, in un'atmosfera spoglia, in mezzo a macchine silenziose e complicate, dove un'equipe di medici specialisti lotta a tu per tu ogni giorno, con la morte. L'assistente del direttore del centro, dottoressa Seremelli, non ha un filo di retorica: «Non c'è dilemma. Noi siamo qui per cercare di conservare la vita con tutti i mezzi di cui la scienza e la tecnologia, associate insieme, possono oggi disporre. Conservare la vita, non conosciamo alternative».

E' un reparto che contiene 20 letti, oltre duemila presenze l'anno, un costo di oltre 30 milioni per ogni letto attrezzato. Giungono qui dice la dottoressa, persone in fin di vita non sempre in coma (anche se in maggioranza lo sono) non sempre gravissime ma tutte comunque colpite da acutissime "defaillances" biologiche, vale a dire in procinto di morire. Il centro di rianimazione con le sue macchine serve proprio a questo: a "tamponare" e neutralizzare, creare surrettiziamente quelle funzioni che l'organismo non ha nessuna possibilità di esplicare da solo e che lo porterebbero a morte certa. E' una vita artificiale, in attesa che vera vita riprenda a battere.

«Virtualmente, dice la dottoressa, coloro che varcano questa soglia non sono senza speranza, dovrebbero essere recuperabili; comunque, una volta che un essere umano è arrivato qui, una volta iniziata la terapia intensiva, noi la conduciamo "sino in fondo", senza interruzioni».

Di tutti coloro che arrivano al centro, purtroppo, oltre il 35 per cento non esce più vivo. «Ma noi, nonostante lo spettacolo quotidiano, non vi siamo assuefatti, è uno choc e un senso di amara sconfitta ogni volta».

«Può essere questione di ore, a volte di giorni, o di mesi, persino di anni. Ci sono particolari casi di mieloleucoencefalopatia (una malattia del sistema nervoso) che possono continuare anni. Non esiste uno standard di tempo. Basta pensare che persino per il coma da epatite fulminante, esiste un filo di possibilità di recupero. E i coma cerebrali? In questi casi c'è respiro, c'è funzione digestiva ed escretiva, ma manca del tutto la vita di relazione: ebbene, chi può dire se è inutile o no? Noi abbiamo avuto casi di coma cerebrali durati mesi, e poi ti risalti in modo positivo. Quanto alla entità dei danni che possono essere causati all'organismo da un coma cerebrale prolungato, nessuno può stabilirlo».

Le « macchine »

Le «macchine della vita» qui intorno a noi, parlano il loro linguaggio concreto: cuori fermi che possono essere rimessi in funzione con lo stimolatore elettrico, reni bloccati che tornano a vivere con la macchina della dialisi, respiratori di ogni tipo e dimensione immettono aria e ossigeno in un corpo che da solo è incapace di farlo; un pacemaker tiene in vita un cuore che non vuole più battere, una macchina cuore polmoni sostituisce in pratica sia l'uno che gli altri in un organismo momentaneamente fuori combattimento. C'è una specie di grosso cilindro azzurro vicino a noi, che si apre mediante uno sportello circolare tipo quello delle astronavi. Il dentro c'è un lettino con molti strumenti: è la camera iperbarica, una apparecchiatura che serve per trattare embolie, avvelenamenti da gas, tutti quei casi cioè in cui è necessario dare ossigeno pressurizzato. «Là dentro, insieme al malato, c'è anche il medico, combattono insieme, la battaglia decisiva».

Lo domandiamo di nuovo: sino a quando? «Dopo un encefalogramma piatto da ventiquattro ore noi possiamo staccare il respiratore, la legge ce lo permette e noi avremmo la facoltà di farlo. Ma in genere, nemmeno in questo caso, ci affrettiamo; aspettiamo ancora, il segno ultimo, cioè la cessazione della vita in un altro organo: per esempio il blocco del cuore o del rene. Allora è finita».

«Lo strazio degli altri, la prolungata angoscia di quelli "fuori", dei parenti, dei padri, delle madri, scorre su queste pareti senza lasciare tracce, come attraverso un filtro che le depuri. «Soffrono con i loro cari, senza staccarsi, lottano con loro. Ci chiedono, in generale, fate tutto il possibile, tenetecelo in vita, in qualsiasi modo. E quando non ce la facciamo, quando il momento è terribile, nonostante tutto è giunto loro lo piangono come se l'evento così temuto e presente per tanti giorni e a volte, per tanti mesi, restasse in realtà sorprendente e sconosciuto. Nessuno si rassegna alla morte di una persona che ama. No, almeno qui da noi, nessuno ci ha chiesto di "troncare"».

C'è stato solo un caso, quello di un bambino; il padre angosciato, incapace di sopportare più a lungo il suo dolore, ha chiesto ai medici di finire "quello strazio". «Noi abbiamo continuato, naturalmente, ci sono voluti mesi e mesi, ma il bambino, sia pure dopo un ulteriore anno di ospedale, si è salvato. E, naturalmente, non rifiutiamo mai di applicare la rianimazione neonatale sui bambini nati con forti handicap».

Non esiste, dunque, la morte «pietosa», la morte «con dolcezza». Esiste solo la morte. Ma, allora, dove nasce, e dove affonda le sue radici, il problema della eutanasia che, tuttavia, ricorre ogni qualvolta scoppia un caso clamoroso?

L'eutanasia

«Un fondamento c'è — risponde Giorgio Bressa — se non altro perché se ne parla, perché è un fatto sociale. Ma, intanto, è un fatto che deve essere posto fuori dall'ambito medico e scientifico, perché il problema dell'eutanasia non interessa il medico, che ha il compito di conservare la vita anche se, singolarmente, il problema può affacciarsi alla sua coscienza di uomo sotto il profilo etico, religioso, morale). Ma quello che è da escludere, al di là della vicenda particolare di Karen, e per così dire quella che sembra essere una richiesta di generalizzazione di istituzionalizzazione della eutanasia. Inutile dire che sono più che contrario. Sarebbe imboccare una strada assai pericolosa. A parte Karen, pensate un po' non ci sono forse i lunghi degenti in ospedale psichiatrico i cosiddetti "matti" che da quaranta anni, dal fondo di manicomi orribili vegetano in una non vita assai più non vita di quella di Karen? Sopprimerli, anch'essi? E gli oligofrenici, la grande schiera dei minorati psichici? Non danno forse "fastidio", non "disturbano"? In realtà, vista nella sua vera luce, la eutanasia non è che un problema sociale, puro e semplice».

«E' un problema — dice Luigi Cancrini — che si pone molto più di quanto si crede, tutti i giorni, al di là dei casi clamorosi. Oggi c'è un grosso dibattito, ad esempio, in presenza di certi tumori giunti all'ultimo stadio e che danno grandi sofferenze al malato; ma è un dramma, un tormentoso quesito che spesso il medico risolve da se, nella propria coscienza. L'imprevedibilità assoluta e la pratica impossibilità di una scelta nel caso del coma cerebrali, sempre per fare esempi, consigliano invece, in circostanze del genere, di non prendere mai una decisione arbitraria. Quanto alla angoscia "degli altri", di quelli che stanno intorno al malato per quanto penosa non dovrebbe mai essere un motivo valido per invocare la eutanasia. Una liberalizzazione della quale, peraltro, sarebbe assurda».

«Decisamente contro» — dichiara Alberto Giordano, psichiatra del Centro di igiene mentale della provincia di Roma. Le sue argomentazioni sono serrate e drammatiche. Proveremo a riassumerle. 1) Non esistono matematiche certezze, anche in presenza delle più gravi malattie, di assoluta non guaribilità o di impossibilità di prolungare la vita, con tutto quello che vi è implicito. 2) Ci è sempre una possibile quota di errore anche nelle diagnosi più perfette: viste persone sopravvissute per anni alle diagnosi di morte imminente (anche nel caso di tumori definiti inoperabili, e bisognerebbe non dimenticare la vicenda di Giovanni Ghirotti, della sua strenua e tutt'altro che inutile resistenza, tanto è vero che ora si profila una via per curare lo stesso morbo di Hodgkin). 3) Più che all'eutanasia, come si invoca da qualche parte, ad esempio nel caso dei bambini nati con forti handicap, sarebbe assai meglio che la società puntasse sulla prevenzione, ciò che farebbe scendere molto in basso le evenienze di nascite infelici».

Maria R. Calderoni

Lettere all' Unità

Se la moglie lavora e vuole dare attività al partito

Cara Unità,

sono una compagna attivista di sezione. Sono moglie di un attivista, madre di un bimbo di 7 anni (pertanto ancora bisognoso di cure) e lavoro regolarmente 8 ore al giorno. Aggiungo che a queste cose penso esclusivamente io poiché sono sola (cioè senza alcun parente a cui rivolgermi in caso di bisogno). Fatte le premesse, espongo il problema che, sono certa, interesserà non poche compagne.

Il nostro Partito è molto evoluto: si è battuto con altri per la definizione del diritto di famiglia che appunto salvaguarda particolarmente la donna. Ciò che invece, in pratica, esercitano i compagni nell'ambito delle loro famiglie è ben diverso. Spesso in sezione a riunioni varie ho sentito frasi come: «La donna in campo politico ha migliorato ma va ancora educata»; oppure: «Le donne attiviste non mancano ma il nostro obiettivo deve superare di gran lunga il numero attuale»; oppure: «Dobbiamo avvicinare maggiormente le donne per farle partecipare di più alla vita politica». Frasi altisonanti di cui gli uomini pare vadano orgogliosi e che ripetono in continuazione.

Qual è la realtà? Penso di poterla riassumere con il mio esempio personale. Ripeto che entrambi siamo impegnati politicamente per cui spesso ci alterniamo alle riunioni. Se mio marito deve andare in sezione, entrando in casa mi dice: «Per favore, prepara un po' presto che stasera sono impegnato», indi si siede e si dedica alla lettura dell'Unità mentre con un altro occhio segue la televisione. Mangia, saluta molto educatamente ed al ritorno, comunicandomi la sua enorme stanchezza, si concede il meritato riposo.

Ecco invece la mia situazione: esco dal lavoro, corro a fare le compere, vado a casa, preparo da mangiare, mi preoccupo perché il figlio maggiori deve lavarsi, oppure devo attaccargli un bottone, devo preparare gli abitini per il giorno dopo, devo preparare la cartella, devo dare un'occhiata ai compiti e devo pensare a tutto il resto. Col boccone ancora in gola devo lavare i piatti (se non riesco a farlo la sera, mi alzo più presto il giorno dopo e — prima di correre ad accompagnare il figlio a scuola e poi al lavoro — li lavo). Aggiungo che, se l'attività nel partito si vuole dare facendo le cose per benino, si è impegnati dalle 2 alle 3 sere alla settimana, più la domenica per la diffusione della Unità e gli altri vari impegni tipo manifestazioni, attivi di zona, assemblee ecc.

Mi piacerebbe molto con questa mia sollevare un ventaglio di risposte perché è ovvio che questo è un problema molto importante e se non lo si risolve, la donna nella politica avrà sempre un posto secondario (almeno in senso numerico).

MARIA PERRONE
(Torino)

La giovane madre che è morta d'aborto

Cara Unità,

ho letto recentemente la notizia di quella giovane madre di Forlì morta per procurato aborto alla quarta gravidanza. Il disprezzo è il primo sentimento che ho provato nei confronti di questa società. Lo stesso disprezzo che questa società riserva alla vita umana.

Il problema dell'aborto è un problema che il più delle volte viene affrontato in maniera non corrispondente alla realtà. Discutere infatti se introdurre o meno in Italia l'aborto è una cosa ridicola, visto che ogni anno centinaia di migliaia di donne abortiscono e molte di esse di aborto muoiono. Come ridicolo è discutere se l'aborto sia o non sia il toccasana: sono convinta che la massima aspirazione di una donna non sia quella di abortire.

Ma altrettanto privo di senso è indugiare sull'applicazione di tale norma, in nome magari di un piano di centri preventivi, che teoricamente dovrebbero risolvere il problema. Intanto che noi discutiamo la donna muore. Quindi la legge subito; contemporaneamente crediamo tutti i centri medici, assistenziali, psicologici che vogliamo.

Qualche considerazione di carattere più generale. Gli unici Paesi dove il problema dell'aborto si pone come tale, sono i Paesi dove la chiesa cattolica ha un controllo più diretto. In altri Paesi invece dove una rivoluzione, non dico socialista, ma democratico-borghese ha posto le radici per una società civile, il problema non si pone in maniera così tragica. A questo punto mi domando se sia legittima e «morale» questa pressione ideologica da parte della chiesa cattolica, pressione che incide così fortemente su buona parte del popolo italiano. Chi è cattolico nel vero senso della parola non abortisce: segue la sua morale. Ma in nome di questa morale non può incidere in maniera così tragica sugli altri.

La chiesa dice «Non è morale uccidere il germe di un uomo». Ma per la chiesa evidentemente è morale invece che una ragazza di 23 anni madre di 3 figli sposata con un postino, metta al mondo un altro figlio.

Il fatto poi che ciò sia capitato ad una ragazza giovane, che sicuramente avrà sentito parlare da più parti di anticoncezionali, pone altri problemi. Come mai lei e il marito, dopo aver messo al mondo già tre figli si sono trovati di fronte ad una quarta gravidanza? Sembrerebbe quasi impossibile, anacronistico, tanto più se pensiamo che ciò è successo in una zona dove centri di assistenza, consultori non mancano certamente. Qui si apre il discorso dell'educazione: l'educazione della donna, ma soprattutto dell'uomo. Discorso questo che è fondamentale, ma che evidentemente non è tutto. Sta qui il nodo centrale di tutto il problema che va affrontato subito. Chi infatti subisce le conseguenze veggtori è la donna; non solo perché talvolta perde la vita, ma perché il più delle volte l'aborto in questa società, con questa morale, lascia conseguenze psicologiche molto tragiche, che incidono spesso in maniera determinante sul rapporto con l'uomo. Per tutto ciò io credo che si debba affrontare subito la questione senza vecchi e falsi moralismi e con più coraggio.

Anche se in fondo sono convinta — come diceva Rosa Luxemburg — che soltanto attraverso una lotta per il socialismo si riuscirà a portare nell'agire sociale degli uomini un senso cosciente, un pensiero pianificato e con ciò il libero volere. Il famoso salto dell'umanità dal regno animale al regno della libertà.

MARIA COSTA
(Sesto S. Giovanni - Milano)

I film, la pornografia e la violenza

Cara Unità,

sul tema pornografia e violenza. A me sembra che ci sia una sola tesi che si possa sostenere oggi a proposito della censura: per dirla alla buona, se con la censura si comincia e difficile sapere dove si finisce, anche quando non si volesse respingerla per principio. Quindi diciamo pure che la libertà è sempre un rischio da correre. Quel che possiamo dire è tutto qui. E forse è sufficiente. L'argomentazione, invece (che troviamo su tutta la nostra stampa), che i film, e i mass-media in genere, riflettono e non determinano il costume fa acqua da tutte le parti. Che riflettano è vero. Ma che, di ritorno, non co-determinino è un'assurdità che dovrebbe risultare autoevidente. Ma pigliamo la pubblicità, ad esempio. Le aziende ci spenderebbero tanti miliardi se non fruttasse? E perché frutta, se non per il fatto che certi slogans, certe scenette di Carosello, inducono bisogni prima inesistenti e contrabbandano come più importanti di altri certi «valori»? Perché esiste la propaganda politica, quella mistificatoria come quella demistificatoria? Perché ci rammarichiamo quando uno spettacolo TV esalta quelli che noi consideriamo disvalori o quando il telegiornale è fazioso? Perché ci rallegriamo quando un film mette in buona luce, come è giusto, la Resistenza? Tutto ciò non ha senso se davvero crediamo che i mass-media non determinino neppure in parte i valori.

Come si può pensare che i meno culturalmente «vaccinati» non vengano danneggiati anche da certi film? E soprattutto, come può un critico d'arte o comunque un intellettuale non capire che il suo modo di fruire d'uno spettacolo non è lo stesso di cui può avvalersi uno che sia culturalmente molto più sprovveduto? Di fronte a un quadro di Picasso, tanti di noi vedono solo delle bislacche figure con tre naso e pochi privilegiati vedono qualcosa di diverso. E' possibile che certi film di atroce sado-masochistiche contengano anche messaggi di critica al sistema. Ma dire che questo lato sia quello che tutti gli spettatori colgono e scambiare ciò che è con ciò che vorremmo fosse. E' scordarci che il nostro è ancora il paese del delitto di onore e di documenti come il sesso in confessionale.

E' un problema tremendo. Io non so che cosa si debba fare di fronte a certi spettacoli. Ma mi pare di sapere almeno una cosa che si potrebbe evitare di fare: i dirigenti d'ufficio di certi produttori e di certi registi.

FABRIZIA GEROLI
(Roma)

Per una vera assistenza ai disoccupati

Cara Unità,

giustamente nell'articolo sulla strategia per i contratti apparso il 12 ottobre, il compagno Stefanelli scrive che il disoccupato in Italia non è «nessuno». Questo non soltanto perché i padroni, e il governo che li rappresenta, non si impegnano in una reale politica di occupazione per tutti, ma anche perché a coloro che sopravvissuti in conseguenza di tale politica mancata restano disoccupati non viene riconosciuto nemmeno il diritto alla sopravvivenza. Infatti il giovane in cerca di primo impiego non riceve nessun sussidio, al bracciante che perde il posto vengono date 800 (dico ottocento!) lire al giorno per 6 mesi; e infine all'operaio dell'industria licenziato per la crisi vengono sì pagati i due terzi del salario ma anche in questo caso, soltanto per 6 mesi e dopo?

Però io penso, e tanti altri compagni che conosco pensano che il problema di sviluppare l'occupazione vada posto con la massima forza dal partito e dal movimento dei lavoratori e che insieme vada anche posto quello della assistenza ai disoccupati dato che questi (essendo i milioni 500 mila oggi in Italia difficilmente saranno riassorbiti di colpo tutti quanti nel frattempo debbono pur vivere).

RODOLFO MOLTENI
(Milano)

NOVITÀ
EDITORI RIUNITI

Manacorda
RIVOLUZIONE BORGHESE E SOCIALISMO
Biblioteca di storia - pp. 400 - L. 4.500 - Una serie di saggi di uno dei più qualificati storici marxisti sul rapporto tra democrazia borghese e socialismo, attraverso momenti ed episodi della crescita dell'istanza socialista all'interno delle forme politiche create dalla borghesia moderna.

Staerman
Trofimova
LA SCHIAVITU' NELL'ITALIA IMPERIALE
Introduzione di M. Mazza
Biblioteca di storia antica - pp. 368 - L. 5.500 - Un'indagine illuminante sul declino della schiavitù nell'Italia dei primi secoli dell'impero. Un apporto dei più significativi della storiografia sovietica alla conoscenza del mondo antico.

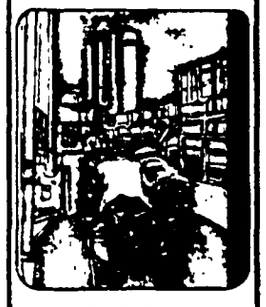
Utcenko
CICERONE E IL SUO TEMPO
Introduzione di F. Cassola
Biblioteca di storia antica - pp. 320 - L. 4.000 - La vicenda biografica di Cicerone, la sua visione della realtà, il modo in cui aderì al suo ambiente, alla sua società, alla sua epoca, nell'analisi di un insigne studioso sovietico.

Kalecki
Sul capitalismo contemporaneo
Nuova biblioteca di cultura - pp. 144 - L. 2.000 - Il problema dell'occupazione nel mondo capitalistico esaminato da uno dei maggiori economisti moderni in una raccolta di saggi dedicati ai vari aspetti della struttura e delle vicende economiche del capitalismo contemporaneo.

Bianchi
STORIA DEL MOVIMENTO OPERAIO DI LA SPEZIA E LUNIGIANA. 1861-1945
Biblioteca del movimento operaio italiano - pp. 400 - L. 4.500 - L'evoluzione del movimento operaio spezzino e le fasi più drammatiche della sua storia nella lotta contro il fascismo.

Bini De Mauro
Fanelli Lichtner
Lombardo Radice
Maraschini
DIDATTICA DELLE 150 ORE
Paideia - pp. 200 - L. 1.800 - Metodi, contenuti e obiettivi culturali delle 150 ore.

L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO IN FABBRICA



A cura di M. Lichtner - Strumenti - pp. 200 - L. 2.200 - L'organizzazione del lavoro in fabbrica nel corso dello sviluppo industriale in Italia dal 1870 ai nostri giorni.

Salinari Spinella
IL PENSIERO DI GRAMSCI
Universale - pp. 424 - L. 2.500.

Agee
AGENTE DELLA CIA
XX secolo - pp. 680 - L. 3.800 - Il mostruoso apparato repressivo e reazionario della CIA e la sua azione di provocazione e di controllo in ogni parte del mondo, nel diario di dodici anni di attività di un ex agente della CIA stessa.

Rousseau
ÉMILE
Introduzione di H. Wallon - A cura di J.L. Lecercle
Le idee - pp. 296 - L. 1.800 - Una grande utopia sull'educazione dell'uomo.