



Università degli Studi di Napoli Federico II

ANDREA DI LIETO

Giuseppe Tesaro l'architetto della Puericultura prenatale moderna



CIC Edizioni Internazionali



Con il patrocinio dell'Università degli Studi di Napoli Federico II

ANDREA DI LIETO

Giuseppe Tesauro
l'architetto della Puericultura
prenatale moderna

Presentazione di Alfredo Paladini



CIC Edizioni Internazionali - Roma, 2007

Coordinamento editoriale: Arianna Ribichesu

Copertina di Fabrizio Fiorbianco (Studio Grafico Ciotola - Napoli)

© Copyright 2007



Corso Trieste, 42 – 00198 Roma
www.gruppocic.com

ISBN 978-88-7141-780-6

Tutti i diritti riservati. È vietato riprodurre, archiviare in un sistema di riproduzione o trasmettere sotto qualsiasi forma o qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte di questa pubblicazione senza l'autorizzazione scritta dell'Editore. È obbligatoria la citazione della fonte.

Finito di stampare nel mese di ottobre 2007 dalla Litograf - Todi (PG)

*a Fiorella, Donatella
ed ai miei genitori Antonio ed Anna*

INDICE

Presentazione	7
Introduzione	11
L'auscultazione del cuore fetale	17
La Puericultura prenatale di Pinard	30
Giuseppe Tesauro: la vita professionale ed accademica	40
Il periodo formativo francese	48
Tesauro e la riproduzione umana	55
Tesauro e la Puericultura prenatale	69
Tesauro ed Eugène Douay	74
La "Fucina del sapere": la Clinica Ostetrica e Ginecologica di Sant'Andrea delle Dame	79
Tesauro e l'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e Infanzia	93
L'Università degli Studi di Napoli Federico II e la Scuola Medica Salernitana	107
L'attività scientifica, clinica e didattica della Clinica Ostetrica e Ginecologica di Sant'Andrea delle Dame	138
Tesauro Presidente della Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia	154
Tesauro e l'anossia feto-neonatale	173

Tesauero e il Nuovo Policlinico	183
Tesauero e i problemi immunologici della gravidanza	195
Tesauero e il Centro Studi Rh e la Banca del sangue	198
Tesauero e il carcinoma del collo dell'utero	210
Tesauero e la Diagnostica radiologica ginecologica	215
La produzione scientifica e gli scritti in onore di Tesauero per il XXV anno di insegnamento	217
Tesauero e la televisione a circuito chiuso nell'insegnamento della Ginecologia ed Ostetricia	221
L'incontro con Giuseppe Moscati	228
Tesauero e il professore Antonio Cardarelli	236
L'Associazione Medici Cattolici	241
Festeggiamenti per l'ottantesimo compleanno	244
La Puericoltura prenatale moderna: il Futuro remoto	251
Conclusioni	270
Bibliografia	277
Indice dei nomi citati nel testo	284
Curriculum di Andrea Di Lieto	294

PRESENTAZIONE

Ho accettato con viva soddisfazione la proposta di Andrea Di Lieto di presentare questa monografia, che vuole ripercorrere le idee, le realizzazioni, le opere progettate e volute dal professore Giuseppe Tesauero, Allievo, illustre Docente e Rettore dell'antico e prestigioso Ateneo Federico II.

Andrea Di Lieto, professore di ruolo di I Fascia è stato prima Allievo del professore Tesauero ed in seguito ha percorso, con grande serietà e dedizione, tutte le tappe accademiche presso la cattedra di Puericoltura prenatale e poi di Ginecologia ed Ostetricia, da me dirette, nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Egli ha avuto la sensibilità di raccogliere particolari interessanti e riferimenti storici e bibliografici, relativi non solo alla Ginecologia ed Ostetricia ed alla Puericoltura prenatale, ma anche alle doti morali e umane ed alle capacità organizzative ed amministrative del Maestro.

L'Autore ha dato, agli Allievi, agli Allievi degli Allievi ed a coloro che Lo conobbero, l'occasione per ricordare i grandi meriti, le felici intuizioni, le suggestioni anticipatrici e la lungimiranza, che hanno elevato il Maestro Tesauero ad artefice indiscusso di opere e di realizzazioni scientifiche e cliniche, che sempre tutti gli hanno dovuto riconoscere.

Giuseppe Tesauero è stato una persona talmente eclettica, poliedrica, con unanimi riconoscimenti nazionali ed internazionali, che questo libro, certamente, non riesce a definirla in maniera completa.

Egli era un uomo severo, dalla volontà ferrea, non sempre accettato di buon grado da molti, ma il suo fare era diretto all'ottenimento di risultati eticamente validi, alla ricerca dell'assoluto e del vero, alla donazione sincera ed al rispetto dell'umanità sofferente.

Dotato di un carisma eccezionale, trasmetteva il suo prestigio anche a chi gli stava intorno, facendo sentire altresì, anche ai suoi collaboratori, l'orgoglio di appartenere ad una struttura universitaria efficiente e funzionante, portata ad esempio e mai discussa, proprio per la sue capacità e per il suo rigore tecnico e scientifico.

La sua lungimiranza lo portava sia a prevedere ciò che un giorno avrebbe trovato una sua giusta collocazione in una comunità scientificamente avanzata, che a contestare, in maniera spesso veemente, i facili entusiasmi del momento, anche se prospettati da grandi personalità del mondo scientifico ed accademico.

Oggi è facile parlare di Puericoltura prenatale, Medicina fetale, Medicina dell'età prenatale e Gravidanze a rischio, ma quanti anni prima il professore Tesauro aveva avuto l'intuizione di introdurre perfino l'insegnamento di Puericoltura prenatale nel nostro settore scientifico-disciplinare di Ginecologia ed Ostetricia!

Primo in Italia, fin dal 1949-50, si adoperò per la diffusione delle conoscenze sul fattore Rh e per la divulgazione a tutti i livelli dell'importanza della citologia cervico-vaginale nella diagnosi precoce del carcinoma del collo dell'utero.

Quante critiche, che oggi nessuno si sentirebbe di avanzare, gli sono state rivolte perché l'indirizzo della nostra Scuola aveva esteso l'indicazione al taglio cesareo a molte situazioni di pericolo, anche se solo potenziale, per il feto.

Egli d'altronde si oppose sempre, e il tempo gli ha dato ragione, alla diffusione dei grandi interventi demolitori nella chirurgia oncologica ginecologica, oggi notevolmente ridimensionati anche a causa della discutibile qualità di vita delle pazienti operate. Talvolta tale presa di posizione suscitava in noi, giovani Aiuti, più portati alle novità ed alla intraprendenza, un intimo atteggiamento di critica e di insofferenza.

Come infine non ricordare la grandiosa opera ideata e voluta dal professore Tesauro, con tanta fermezza, da fargli avere il coraggio, pur nelle difficoltà degli anni della contestazione '68-'72, di starvi sempre al timone per raggiungere il fine che si era proposto, e cioè la costruzione e la realizzazione di quel complesso che doveva diventare il Policlinico Universitario dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.

Tesauro fu senza dubbio un Uomo ed uno Scienziato che guardava più lontano degli altri, allungando lo sguardo oltre l'orizzonte nel quale il quotidiano dibattito, spesso assolutamente inutile, sembrava volersi rinchiudere!

Egli, da fedele laico occupato nel sociale, profuse nella sua opera di Docente, di Clinico e di Ricercatore la grande dedizione per i suoi tre grandi

ideali, nei quali credeva fermamente: la Fede, l'Università e la Clinica Ostetrica e Ginecologica.

Sono rimasto piacevolmente colpito anche dal fatto che, nel libro curato dal professore Di Lieto, si faccia riferimento alla comune origine della Scuola napoletana di Ostetricia e Ginecologia sapientemente guidata da Tesauo, allievo del professore Giovanni Miranda, e della Scuola napoletana di Scienze Matematiche, rinvigorita, nell'immediato dopoguerra, dall'illustre figlio di Giovanni, il professore Carlo Miranda, raffinato Ricercatore e appassionato cultore della Teoria delle equazioni integrali, della Teoria delle funzioni armoniche e del potenziale, dell'Analisi funzionale, e delle applicazioni alla Fisica matematica e alla Geometria differenziale, e Maestro dell'attuale Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Napoli Federico II professore Guido Trombetti, Ordinario di Analisi Matematica.

Pertanto, ritengo che questo scritto su "Giuseppe Tesauo l'architetto della Puericoltura prenatale moderna" abbia il merito di essere un lavoro di vasto respiro e di una non comune profondità di pensiero, al quale ricorreranno, con profitto e intimo piacere, tutti gli appassionati di Storia della Medicina e della Ginecologia, che dovranno essere grati ad Andrea Di Lieto, per aver raccolto e messo a disposizione, anche delle future generazioni, avvenimenti e testimonianze riguardanti un personaggio che resterà, senza dubbio, nella storia delle Università italiane e dell'Ateneo napoletano.

Ben venga quindi questa monografia che, così ricca di interessanti accenni storici e bibliografici, relativi al mondo che ruotava e ruota, nella sua vibrante attualità, attorno alla nostra disciplina ed alla nostra Scuola, ricorda gli aspetti umani, i grandi meriti, la carriera, i molteplici impegni didattici, scientifici, clinici ed organizzativi del professore Tesauo, scritta per mano di Andrea Di Lieto, al quale ho finito, in tutti questi anni, con il trasmettere, inconsapevolmente, l'entusiasmo e l'ammirazione, che chi lo conosceva bene non poteva non avere per il Maestro.

Alfredo Paladini

già Professore Ordinario di Ginecologia ed Ostetricia
e Direttore dell'Istituto di Ginecologia ed Ostetricia
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Napoli Federico II

INTRODUZIONE

Giuseppe Tesauro: l'architetto della Puericoltura prenatale moderna

Questa monografia ha lo scopo di ricordare ai numerosi Allievi e di far conoscere ai ginecologi ed a tutti i cultori della Medicina alcuni momenti della vita e delle attività istituzionali del professore Giuseppe Tesauro, Docente, Ricercatore, Medico, Maestro della Scuola napoletana di Clinica Ostetrica e Ginecologica e Magnifico Rettore, per quindici anni, della prestigiosa Università degli Studi di Napoli, fondata nel 1224 dallo *stupor mundi* l'imperatore Federico II di Svevia.

Il professore Giuseppe Tesauro è uno di quei personaggi che resterà nella Storia delle Università italiane in generale e dell'Ateneo napoletano in particolare, in quanto Egli ha lasciato una traccia indelebile, che il tempo non riesce minimamente a scalfire.

Durante un suo stage di chirurgia ginecologica oncologica a Parigi dal 1927 al 1928, Tesauro restò affascinato dalla nuova branca dell'Ostetricia – la Puericoltura prenatale – tanto da farne una ragione di vita professionale ed accademica, per cui, proprio negli anni formativi della sua preparazione, metteva le basi dell'indirizzo più attuale e più moderno dell'Ostetricia evoluta in *Medicina Prenatale*.

Come il professore Tesauro ha riconosciuto in numerose occasioni, la sua vita professionale ed accademica si era intrecciata con la tradizione scientifica e culturale francese, specie per quanto riguardava la Puericoltura prenatale pre- e post-concezionale, che, rigogliosamente, maturava specialmente a Parigi agli inizi del '900, così sapientemente sostenuta dal professore Adolphe Pinard e dai suoi illustri Maestri Jean-Anne Henri Depaul e Stéphane Tarnier.

Il 29 aprile 2006 presso l'Aula Magna "Gaetano Salvatore" della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II si è svolta la cerimonia di dedizione dell'edificio n° 9 del Dipartimento Universitario di Scienze Ostetrico-ginecologiche, Urologiche e Medicina della Riproduzione del Policlinico al professore Giuseppe Tesauro.

In quell'occasione il professore Ugo Montemagno, Professore Emerito di Ginecologia ed Ostetricia, con devozione e con rispettoso affetto, ha ricordato

ai numerosi intervenuti i vari aspetti della complessa personalità del Maestro, che, con la severità del suo sguardo, insieme all'umanità delle sue parole di incoraggiamento e di sprone, contribuì, illuminato dalle sue intuizioni antiche, a trasmettere criticamente ai giovani studenti ed agli Allievi il giusto equilibrio tra teoria e sperimentazione, tra scienza di base, legata alla conoscenza, e scienza applicata, pienamente convinto che l'istituzione universitaria, allora come ai nostri giorni, doveva preoccuparsi di formare cittadini in grado di rispondere alle sfide del futuro.

Inoltre, Tesauro, dotato di un non comune spessore morale e di una grande dignità professionale, mostrava sempre agli Allievi, con l'esempio, che la loro missione di medici e di docenti doveva essere caratterizzata da una spiccata sensibilità, in modo da riuscire a comprendere al massimo i propri simili, ad ispirare al malato la fiducia necessaria, a manifestare per coloro che soffrono tutti i comportamenti, che il loro stato esigeva e a dare loro il coraggio nell'affrontare le avversità della vita.

Riconosco che è senza dubbio un compito arduo tracciare un profilo umano ed accademico, anche se incompleto, del Maestro che, per la profondità del suo pensiero e per la perspicacia del suo intuito interpretativo, merita di essere riconosciuto tra i pochi illuminati, che hanno contribuito ad imprimere all'Ostetricia ed alla Ginecologia, sia italiana che internazionale, il crisma di una scienza moderna, i cui effetti mostrano un significativo riscontro ai nostri giorni, anche per quanto riguarda gli ulteriori sviluppi legati, per esempio, al campo ancora inesplorato della Telemedicina prenatale.

Ho fatto del mio meglio, attingendo sia alle fonti ed alle opere del Maestro che a quelle di Ginecologi vissuti successivamente, per poter inquadrare, nella meravigliosa cornice che racchiude l'evoluzione del pensiero medico, le idee, gli avvenimenti e i grandi artefici, che tracciarono le vie maestre allo sviluppo dell'Ostetricia e della Ginecologia.

Assolvo, perciò, con profonda commozione e con la devozione di un non immemore discepolo, al dovere, che costituisce per me anche un bisogno dell'animo, di ricordare la figura di un Uomo, il quale, al di fuori di qualsiasi esaltazione, che sarebbe irriverente per l'alta qualità e l'austera rigidità del suo carattere, rappresentò una delle più straordinarie manifestazioni delle gloriose tradizioni della Scuola Medica napoletana, rinvigorita dal vento propizio delle nuove conquiste scientifiche, realizzate nel XX secolo, durante il quale ave-

va conservato, intera, la sua riconosciuta ed indiscussa fama sia in Italia che nel Mondo intero.

In questo cammino, idealmente proteso verso la ricerca della verità scientifica, sempre in evoluzione, l'eco dei Suoi insegnamenti è arrivata fino a me, ultimo suo discepolo professore di I Fascia ancora in ruolo universitario, sia direttamente che attraverso i Suoi Allievi, Giovanni Adinolfi, Alfonso Barone, Antonio Chiantera, Domenico Berlingieri, Vittorio Danesino, Celestino Del Bianco, Luigi De Giorgi, Carlo Franza, Mario Gerli, Giacomo La Torretta, Vincenzo Lauro, Enzo Martella, Giuseppe Motta, Benito Nagar, Franco Panini, Nicola Ragucci, Mario Tortora, Sergio Tramontana, Carlo Zara ed in particolar modo Espedito Moracci, Nicola Vaglio, Ugo Montemagno, Alfredo Paladini, che sono stati i miei Maestri di Scienza e di Vita in tutti questi anni.

Ringrazio, in maniera particolare, i Professori Nino e Paolo Tesauro che mi hanno incoraggiato concedendomi l'onore ed il privilegio di prendere visione della ricca produzione scientifica e didattica, catalogata personalmente dal Maestro, con tanta apprezzabile cura e da loro gelosamente custodita.

Sento, altresì, il dovere di esprimere il mio sentimento di gratitudine al professore Guido Trombetti, Magnifico Rettore, al professore Giovanni Persico, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia ed al Consiglio di Facoltà per aver concesso il patrocinio dell'Università degli Studi di Napoli Federico II a questa testimonianza scritta su Giuseppe Tesauro, che rientra in quell'antica e nobile consuetudine dell'accademia di celebrare, in maniera idonea, le opere dei propri più illustri Docenti.

Mi sforzerò di non utilizzare un linguaggio di tipo agiografico ed uno stile di scrittura eccessivamente enfatico o celebrativo e di evitare di ricordare episodi leggendari, che alcune volte ruotano intorno ad una così forte personalità.

Dall'analisi della vita professionale, scientifica e umana del professore Giuseppe Tesauro, mi è derivato un rinnovato ottimismo sul futuro della nostra Umanità, un futuro meno opaco che, nonostante tutto, mi ispira una ragionevole speranza.

Andrea Di Lieto

Si ringraziano per la preziosa collaborazione

- Prof. Beniamino Tesauro, Professore Emerito di Chirurgia Generale - Federico II, Napoli
- Prof. Paolo Tesauro, Ordinario di Diritto Costituzionale - Federico II, Napoli
- Prof. Guido Trombetti, Ordinario di Analisi Matematica, Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Napoli Federico II
- Prof. Giovanni Persico, Ordinario di Chirurgia Generale, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Federico II, Napoli
- Prof. Alfredo Paladini, già Direttore dell'Istituto di Ginecologia ed Ostetricia - Federico II, Napoli
- Prof. Ugo Montemagno, Professore Emerito di Ginecologia ed Ostetricia - Federico II, Napoli
- Prof. Guido Rossi, Ordinario di Immunologia Clinica, già Presidente del Polo delle Scienze della vita - Federico II, Napoli
- Prof. Francesco Salvatore, Ordinario di Biochimica - Federico II, Direttore del CEINGE, Napoli
- Massimo Moscarini, Ordinario di Ginecologia ed Ostetricia - II Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università "La Sapienza", Roma
- Dott. Gianluigi Botturi - Marvecspharma Services, Milano
- Prof. Benito Nagar, Primario Emerito di Ginecologia ed Ostetricia, Cassino
- Prof. Carmine Nappi, Ordinario di Ginecologia ed Ostetricia - Federico II, Napoli
- Prof. Giuseppe De Placido, Ordinario di Ginecologia ed Ostetricia - Federico II, Napoli
- Dott. Carmine Marmo, Direttore Generale A.O.U. Federico II, Napoli
- Dott. Vincenzo Viggiani, Direttore Amministrativo A.O.U. Federico II, Napoli
- Prof. Pasquale Grella, Ordinario di Ginecologia ed Ostetricia, Università, Padova
- Prof.ssa Maria Triassi, Ordinario di Igiene - Federico II, Napoli
- Dott.ssa Marianna De Falco, Specialista in Ginecologica ed Ostetricia, Dottoranda di Ricerca in Riproduzione, Sviluppo e Accrescimento dell'Uomo - Federico II, Napoli
- Dott. Fabrizio Pollio, Dirigente Medico-Ginecologo, Dottorando di Ricerca in Riproduzione, Sviluppo e Accrescimento dell'Uomo - Federico II, Napoli

- Prof.ssa Annamaria Di Lieto, Insegnante Istituti Superiori, Roma
- Dott. Costantino Salvatore, Consigliere di Stato, Roma
- Prof.ssa Mercede Maj, Ordinario di Algebra - Università di Salerno
- Dott. Angelo Di Lieto, Storico, Catanzaro
- Avv. Paola Salvatore, Patrocinante in Cassazione, Roma
- Prof. Pasquale Martinelli, Ordinario di Ginecologia ed Ostetricia - Federico II, Napoli
- Prof. Giuseppe Zollo, Ordinario di Analisi Matematica - Direttore del COINOR - Federico II, Napoli
- Prof. Cosimo Cascione, Ordinario di Storia del Diritto Romano - Università degli Studi di Napoli, Federico II, Napoli
- S.E.R. Armando D'Onorio, Padre Abate dell'Abbazia di Montecassino
- Prof. Giovanni Adinolfi, già Direttore della Scuola Ostetrica di Caserta
- Prof. Mario Torella e Signora Iolanda Saccucci, Napoli
- Dott.ssa Maria Barone, Specialista in Endocrinologia, Caserta
- Prof. Miklòs Török, Direttore del Dipartimento di Ginecologia ed Ostetricia - Università Semmelweis, Budapest
- Prof. Salvatore Panariello, Professore Associato di Ginecologia e Ostetricia II Università, Napoli
- Prof. Carlo Balbi, Professore Associato di Ginecologia e Ostetricia II Università, Caserta
- Prof.ssa Anna Scoppetta, Insegnante Istituti Superiori, Roma
- Dott.ssa Marika Gorga, Salerno
- Prof. Diego Mansi, Primario Neurologo, Napoli
- Prof. Stefano Quattrin, Primario di Medicina Interna, Napoli
- Prof. Lucio Liotta, Primario di Pediatria, Napoli
- La Biblioteca des Amours Jeunes - Ville de Morlaix, France
- Prof.ssa Rita Cosentino, Insegnante, Napoli
- Dottori D. Catalano, G. Iannotti, M. Campanile, M. Guida, L. Improda, F. Daniele, M. Pontillo, F. Ciociola, A. Busiello, C. Votino, P. Schiraldi, F. Carbone, M.A. Di Nardo
- Sigg. Luigi Ciotola, Fabrizio Fiorbianco, Giuliana Pellegrini dello Studio grafico Ciotola s.a.s., Napoli
- Sig. Raffale Maisto - Cartosystem, Napoli

*I veri uomini di progresso sono quelli che hanno
come punto di partenza un profondo rispetto per il passato.*

Ernest Renan, storico e filosofo francese (1823-1892)

L'AUSCULTAZIONE DEL CUORE FETALE

L'era dell'Ostetricia moderna, con tutte le sue conquiste, difficoltà, incertezze, errori e implicazioni sociali, e talvolta giudiziarie, inizia in Francia nel 1821 con una scoperta sensazionale: l'auscultazione del cuore fetale, che permette all'Ostetrico di non essere più sordo agli appelli del feto, ma di mettersi in condizione di ascoltarlo.

La storia ha origine in Bretagna, dove nacquero due personaggi famosi e amici: il conte Théophile-René-Marie-Hyacinthe Laënnec (1781-1826) ed Jacques Alexandre Le Jumeau, visconte di Kergaradec (1787-1877).

Il professore Laënnec (Fig. 1), titolare della cattedra di Clinica Medica nell'Ospedale Necker della Facoltà di Medicina di Parigi, descrisse magistralmente i segni clinici e le lesioni anatomico-patologiche delle bronchiectasie, dell'enfisema, dell'infarto polmonare, del pneumotorace, dei tumori maligni polmonari, dell'ipertrofia cardiaca, dell'aterosclerosi vascolare e delle vegetazioni valvolari. Egli legò il suo nome anche agli studi sull'epatopatia cronica alcolica, che chiamò cirrosi (dal greco *κίρρος* = giallo chiaro).⁽¹⁾

Tuttavia, la grande intuizione di Laënnec fu l'utilizzo, per l'auscultazione mediata, di un cilindro, costituito prima da un quaderno arrotolato e appoggiato al torace ed in seguito da uno strumento, (cioè un cilindro di legno svasato alle due estremità e cavo all'interno, in grado di creare una camera d'aria attraverso la quale i suoni venivano amplificati), chiamato stetoscopio (*stethos* = *pectus*), *tubus acusticus*, pettoriloquio, cilindro, bastone o cornetto. Egli, dotato di un orecchio musicalmente esercitato da provetto suonatore di flauto, era in grado di effettuare, con vera arte, l'auscultazione mediata degli organi endotoracici, dei quali venivano percepiti, in condizioni sia normali che patologiche, suoni e rumori dovuti a varie cause, come, per esempio, soffi, rantoli crepitanti e subcrepitanti, cigolii, sibili, sfregamenti, ciascuno dei quali di grande significato clinico.

L'inventum novum, messo a punto nel 1816 da Laënnec ed evoluto successivamente in fonendoscopio, doveva diventare il simbolo dell'arte medica. I suoi studi molto accurati di semeiotica auscultatoria furono pubblicati nel 1819 nel "*De l'auscultation Médiante ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration*" ed hanno rappresentato una grande trasformazione della medicina passando, in meno di due secoli, dallo stato approssimativo, a quello della scienza spesso esatta.⁽²⁾

Jacques Alexandre Le Jumeau visconte di Kergaradec (1788-1877) (Fig. 2), nato a Morlaix nel 1787 da famiglia aristocratica, ebbe una vita molto difficile: rimasto orfano in tenera età, durante la rivoluzione francese, fu allevato dal nonno, che seppe, con grande acume, stimolare gli interessi del nipote. Un gesuita molto erudito, Padre Etienne Sébastien de la Tour, trasmise al piccolo Alexandre l'amore per la cultura classica greca e latina, che gli servì mol-



Fig. 1 - Théophile-René-Marie-Hyacinthe Laënnec (1781-1826).

tissimo nella sua vita professionale.

All'età di 12 anni Alexandre entrò nell'Ospedale di Morlaix ed a 13 anni assistette alla sua prima autopsia.⁽²⁾

Laënnec e Kergaradec si incontrarono a Parigi e iniziarono uno straordinario periodo di sano agonismo negli studi di anatomia patologica, associati alla clinica medica (Fig. 3).

Kergaradec utilizzava in maniera convinta lo stetoscopio nell'auscultazione del cuore e del polmone nell'adulto e in molte occasioni fu costretto a difendere, anche in maniera vigorosa, l'amico Laënnec da attacchi ingiusti. Infatti, il 15 giugno 1818, presso la *Société de Médecine de Paris* e il 24 giugno dello stesso anno presso l'Athénée Medical, cenacolo molto selettivo dell'élite medica, egli impose la presentazione dello studio critico del Trattato di Laënnec.

Nel 1819, Kergaradec cominciò ad uti-



Fig. 2 - Jacques Alexandre Le Jumeau visconte di Kergaradec (1788-1877) (Immagine concessa dalla Bibliothèque des Amours Jeunes - Ville de Morlaix-France).

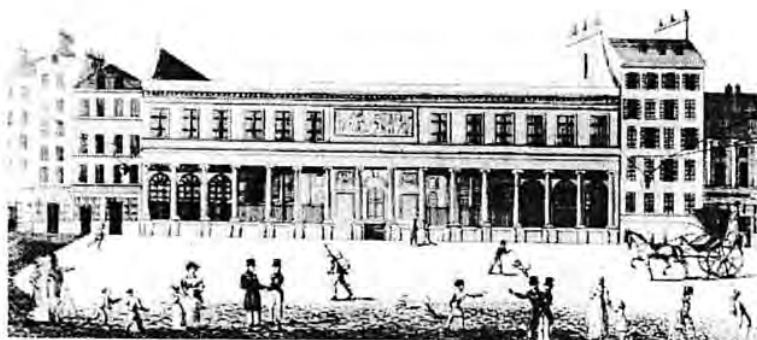


Fig. 3 - L'école de Médecine de Paris telle quel la vit Kergaradec. Extrait de la exposition Laënnec de 1981 (Immagine concessa dalla Bibliothèque des Amours Jeunes - Ville de Morlaix - France).

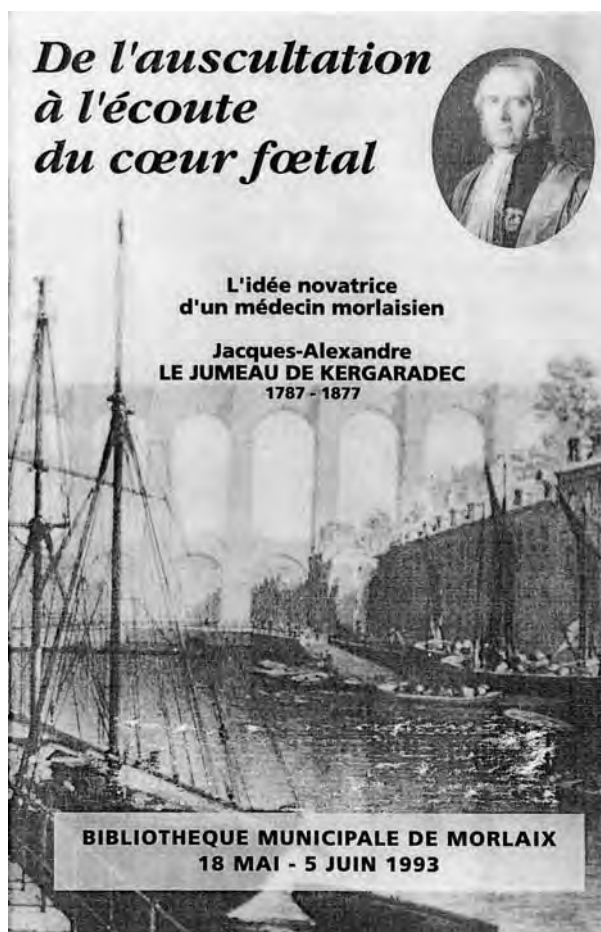


Fig. 4 - Immagine concessa dalla Bibliothèque des Amours Jeunes - Ville de Morlaix - France).

lizzare il cilindro di Laënnec per auscultare il battito cardiaco fetale.^(2, 3) Laënnec, a questo riguardo, affermò che non avrebbe mai pensato di applicare l'auscultazione mediata allo studio dei fenomeni della gravidanza e, in particolare, all'esame del cuore e delle variazioni della frequenza cardiaca nel feto e che questa brillante idea era venuta al suo compatriota ed amico Monsieur le Docteur de Kergardec (Fig. 4).

Egli descrisse, con una certa emozione, la prima auscultazione fetale da lui effettuata: la gravida era vestita e addossata al montante del letto, Kergardec mise un ginocchio a terra, come nel corso di una visita ostetrica (Fig. 5) e, con un cilindro di Laënnec (33 cm di lunghezza e 3,8 cm di diametro) – metodo che gli sembrava più pudico dell'auscultazione diretta – cominciò ad ascoltare l'addome, percependo improvvisamente il celebre “tic-tac” del cuore fetale. Egli riferì “sembra che un orologio situato vicino, mi faccia ascoltare i batti-

ti”, e pensò addirittura che “si fosse trattato forse di una illusione uditiva”.

Kergardec, pur riconoscendo di essere assolutamente estraneo alla pratica dei parti, pubblicò nel 1822 *“Mémoire sur l'auscultation appliquée à l'étude de la grossesse ou recherches sur deux nouveaux signes propres à faire reconnaître plusieurs circonstances de l'étude de gestation”*, opera nella quale raccolse una serie di osservazioni accurate, dal punto di vista semeiologico, anticipatrici, di circa 150 anni, delle moderne scoperte sulla fisiopatologia cardiocircolatoria fetale.

L'ipotesi, senza dubbio geniale, di Kergaradec era quella che, dalle variazioni nella forza e nella frequenza dei battiti del cuore fetale, fosse possibile valutare lo stato di benessere o di malattia del feto. Ad esempio, egli affermava che la doppia pulsazione era dovuta al cuore fetale ed era distinta dai battiti cardiaci materni, che l'auscultazione ostetrica era possibile dai quattro mesi e mezzo di gravidanza e che la sede del focolaio di massima ascoltazione dipendeva dalla presentazione del feto. Il suo udito era così raffinato che descrisse un caso in cui, nel corso di una prima osservazione, conteggiò una frequenza cardiaca fetale di 143-148 battiti per minuto, mentre dopo 15 giorni notò una riduzione della frequenza a 123-130 battiti per minuto, in rapporto alla graduale maturazione del sistema vagale. Egli notò che i battiti aumentavano di frequenza durante i vivaci movimenti fetali e diminuivano durante la contrazione uterina.

Oltre ai rumori cardiaci, Le Jumeau scoprì nel 5° mese di gravidanza un soffio sincrono con il polso materno, la cui origine doveva essere nella zona di inserzione placentare: perciò la denominò *rumore placentario*. Tale interpretazione fu contestata da Depaul e Pernice, in quanto il rumore era presente anche dopo l'espulsione della placenta, per cui, probabilmente, quel rumore doveva essere messo in rapporto con il flusso sanguigno nelle arterie dell'utero gravido.

Kergaradec, inoltre, sostenne con forza che l'auscultazione doveva essere realizzata non solo in gravidanza, ma anche durante il travaglio di parto. Egli sollecitava ripetutamente gli ostetrici a praticare l'auscultazione del cuore fetale, in maniera sistematica e frequente, in modo da arricchire sempre più le esperienze tecnico-scientifiche.⁽²⁾

Purtroppo, come molte volte accade agli spiriti illuminati che anticipano i tempi, gli avversari cominciarono a denigrare la scoperta di Kergaradec. Si affermava che, già nel 1818, un chirurgo Mayor (1779-1855), di Ginevra, aves-



Fig. 5 - Visita ginecologica.



Fig. 6



Fig. 7 - Sir William Harvey (1578-1657).

se ascoltato i rumori fetali espressione solo della vitalità del feto, anche se non aveva pubblicato i risultati della scoperta (Fig. 6).

Inoltre, c'è da evidenziare che, spesso, agli apprezzamenti per la felice applicazione clinica dello stetoscopio in ostetricia, si alternavano l'ironico scetticismo o i sarcasmi agro-dolci degli Ostetrici di grande fama: esempio di tale scetticismo è la lettera che Forestier, vecchio Ostetrico atrabiliare (ancora fedele alla terminologia introdotta da Ippocrate e Galeno), membro dell'Accademia Reale di Chirurgia di Parigi, scrisse a Kergaradec. In essa, dopo aver criticato la giovane età di Kergaradec e sottolineato che non era un Ostetrico, ma un internista, Forestier definì lo stetoscopio ostetrico un ninnolo, espressione e sinonimo di ignoranza, in quanto il vero Ostetrico *“deve trovare alla punta del dito il proprio orecchio, il proprio occhio e tutta la propria scienza”*.⁽²⁾

Laënnec e Kergaradec non furono i soli ad essere derisi e osteggiati dai contemporanei. Sir William Harvey (1578-1657), scopritore della circolazione sanguigna ed autore della *“Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus”* e delle *“Exercitationes de generatione animalium – de partu – de membranis ac*

humoribus uteri – de conceptione”, fu considerato matto e definito in senso dispregiativo *circolatore* (Fig. 7).

L'ungherese Ignaz Philippe Semmelweis (1818-1865) (Fig. 8), nella divisione di Ostetricia dell'Allgemeines Krankenhaus di Vienna, dimostrò come la febbre puerperale fosse causata da un “virus” trasmesso, dalle mani infette degli Ostetrici, reduci dalle sale d'autopsia, e come bastasse disinfezzarsi le mani per ridurne drasticamente l'incidenza.

Il medico austriaco Ferdinand von Hebra (1816-1880), riferendosi all'assurda incomprendimento dei medici nei confronti della scoperta di Semmelweis, ebbe a dire che “*Quando si farà la storia degli errori umani, difficilmente si potranno trovare esempi di tale forza. E si resterà stupiti che uomini competitivi, così specializzati, potessero, nella propria scienza, rimanere così ciechi e stupidi*”.

Purtroppo, spesso, le dottrine vigenti esigono una devozione che non tollera l'eresia, e i fatti nuovi, che minacciano la sicurezza dello status quo, possono essere attaccati con il fanatismo intollerante dell'inquisitore. Infatti, la maggior parte delle teorie di quell'epoca, anche se intellettualmente stimolanti, si basavano su di un'instabile commistione di discutibili osservazioni confuse a speculazioni non dimostrate.

Per esempio, tra le più importanti enunciazioni pseudo-scientifiche vi fu la cosiddetta teoria della *metastasi del latte* della febbre puerperale, che ricevette una forte spinta nel 1746 durante la prima epidemia documentata nell'ospedale Hôtel-Dieu a Parigi (Fig. 9).

Si credeva da lungo tempo che il latte mater-



Fig. 8 - Ignace-Philippe Semmelweis (1818 -1865) Chirurgo e Ostetrico “Il salvatore delle Madri” (Per gentile concessione del professore Miklós Török - Budapest).



Fig. 9 - Ancien Hôtel-Dieu, Parigi.



Fig. 10 - Leonardo da Vinci: anatomia femminile (Windsor, Raccolte Reali).

no fosse composto da fluido mestruale trasformato, che presumibilmente raggiungeva la ghiandola mammaria attraverso un dotto che, dalla sommità dell'utero, andava fino alla punta del capezzolo.

Anche Leonardo da Vinci, l'inventore dell'illustrazione anatomica e della cosiddetta "immagine esplosa", solitamente così acuto, aveva creduto a questa ipotetica via fisiologica e, sebbene le sue dissezioni non avessero mai dimostrato l'esistenza di tale dotto, incautamente lo aveva rappresentato in un famoso disegno sull'anatomia femminile. Il riscontro autoptico in cavità addominale di liquido lattescente e di *latte rappreso* sull'intestino, aveva indotto i dissettori ad affermare che esso avesse de-

viato dal suo normale percorso, verso le mammelle (Fig. 10).

Ovviamente, non si trattava di latte rappreso, ma di pus e di fluido infetto e biancastro, ricco prevalentemente di streptococco piogeno, classificato in seguito come streptococco emolitico del gruppo A, trasmesso dalle mani infette dei medici.⁽⁴⁾

Nonostante le incomprensioni di molti contemporanei, il libro di Kergardec venne tradotto in inglese e tedesco, favorendo il diffondersi in tutta l'Europa delle scoperte e osservazioni dell'insigne Clinico Medico, che si era permesso di invadere un campo destinato, da sempre, agli Ostetrici ed ai Chirurghi - Raccoglitori.⁽⁴⁾

I seguaci di questa metodica si moltiplicarono, apportando linfa vitale alla dottrina sull'auscultazione ostetrica.

Kergardec morì nel 1877. Egli, da clinico medico, estraneo quindi all'arte ostetrica, era stato responsabile e artefice, di fatto, di una vera rivoluzione, in quanto si era passati da una situazione in cui il feto era considerato un oggetto a quella del feto come soggetto: era stato l'uomo che, per primo, si era mes-

so all'ascolto del feto, per meglio comprenderlo e meglio proteggerlo. L'Ostetrico, quindi, non rappresentava più un *Meccanico della nascita*, ma, per la prima volta, si apriva ai campi infiniti della biologia e della fisiopatologia.

La scoperta della possibilità di auscultazione dei battiti cardiaci fetali e gli studi successivi, che da essa derivarono, permisero all'ostetrico di vincere una delle più grandi battaglie, fornendogli un mezzo diagnostico di grande importanza per un maggiore rispetto della vita fetale e, conseguentemente, determinarono una notevole riduzione delle operazioni embriotomiche.

Il seme era finito fortunatamente in un terreno molto fertile, agevolando studi sempre più approfonditi, sui rapporti tra attività cardiaca fetale e condizioni fisiopatologiche materno-fetali.

Jean-Anne Henri Depaul, Maestro di Adolphe Pinard, sottolineando, nel 1847, l'importanza dei rallentamenti transitori dei battiti cardiaci fetali, durante le contrazioni, mise in evidenza come la compressione del cordone, della placenta e le contrazioni irregolari e tetaniche dell'utero conducessero, in definitiva, a risultati identici, cioè ad una specie di asfissia, in cui il cuore è uno dei primi organi a ricevere un'influenza sfavorevole. Egli identificò alcune diminuzioni transitorie della frequenza cardiaca fetale, più frequentemente riscontrate alla fine del travaglio e dopo la rottura prematura delle membrane, associò alcune decelerazioni alle modifiche della circolazione del sangue nel distretto materno, placentare e fetale, in concomitanza o dopo contrazioni uterine, e, sottolineò che, in caso di asfissia, nell'adulto la risposta cardiaca è la tachicardia, mentre nel feto compa-



Fig. 11 - Jean-Anne Henri Depaul (1811-1883).

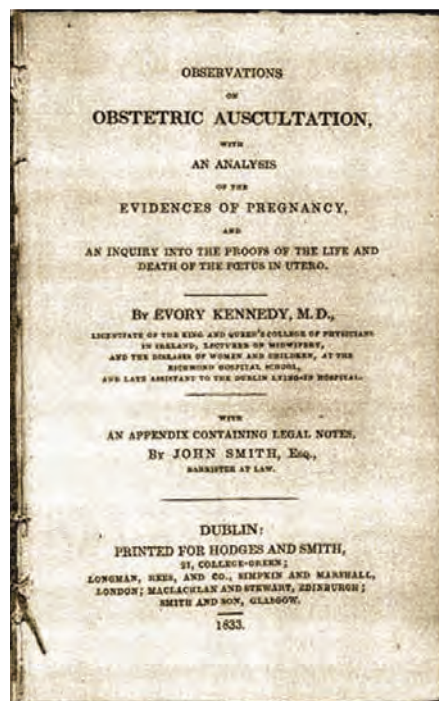


Fig. 12 - Testo di Kennedy.



Fig. 13 - Il fetoscopio biauricolare (Hillis).

re la bradicardia.⁽¹⁾

In quegli anni furono identificati i differenti gradini del distress fetale: decelerazioni sincrone con le contrazioni, pericolose se intense (Depaul, 1847) (Fig. 11), decelerazioni tardive, più pericolose (Bodson, 1831; Stofft, 1831), e progressiva o permanente bradicardia, che preannunciava la morte fetale (Depaul, 1847).^(1, 2)

Kennedy (1833) (Fig. 12) identificò la possibile influenza della pressione uterina, esercitata sulla testa fetale, an-

tipicando, di molto, le scoperte di Hon sulle decelerazioni precoci, identificate mediante un cardiocrogiaro.⁽¹⁾

Kilian (1849) propose le indicazioni cliniche, ottenute con lo stetoscopio per l'applicazione del forcipe, precisando che il suo utilizzo doveva realizzarsi quando la frequenza cardiaca fetale diminuiva a meno di 100 battiti al minuto o superava i 180 battiti al minuto⁽¹⁾ (Fig. 13).

Fischer (1867) e Schwartz (1870) descrissero una fase di bradicardia fetale, in seguito a compressione della testa fetale, mentre Jaggard (1888) notò che la temperatura materna determinava un'accelerazione dell'attività cardiaca fetale, il cloroformio deprimeva il muscolo cardiaco con la comparsa di bradicardia e l'ergotamina produceva contrazioni tetaniche, evocando una frequenza cardiaca fetale, caratteristica dell'asfissia.

Tarnier (1888) identificò alcuni rallentamenti progressivi e permanenti della frequenza cardiaca fetale, forse le decelerazioni tardive descritte da Hon circa ottanta anni dopo, seguite da bradicardia prolungata.⁽¹⁾

Nel 1890, Pinard modificò il cilindro e creò lo stetoscopio che prende il suo nome e che attualmente viene usato in tutto il mondo, per l'auscultazione del battito cardiaco fetale (Figg. 14-16).

Il XIX secolo fu molto ricco di intuizioni e scoperte scientifiche, che dovevano sovvertire il sapere e le abitudini radicate nella classe medica, spesso arroccata su antichi privilegi e comode teorie. Il chimico francese Louis Pasteur (1822-1895) enunciò nel 1857 una teoria che, ravvisava, nei germi am-



Fig. 14 - Lo stetoscopio di Pinard (in nero) ed altri tipi di stetoscopio ostetrico.

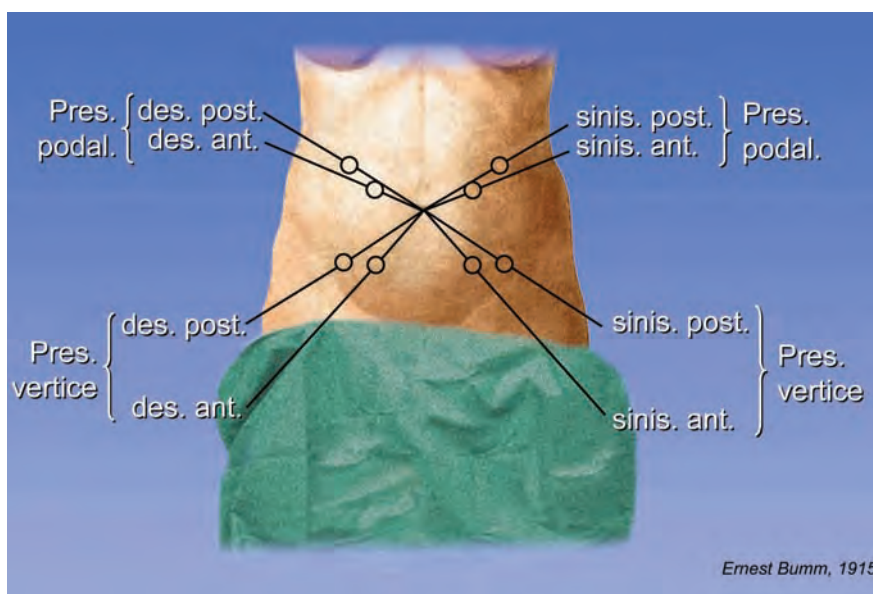


Fig. 15 - Focolai di massima auscultazione in rapporto alla posizione della testa fetale (E. Bumm, 1915).

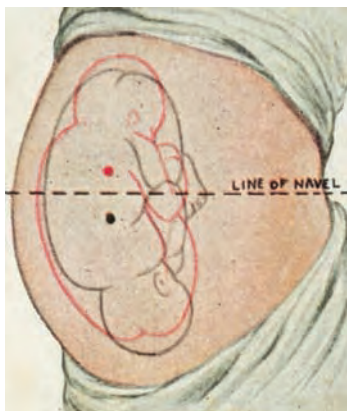


Fig. 16 - Focolai di massima auscultazione in rapporto alla presentazione fetale.



Fig. 17 - Andreas Doppler (1803-1853).

bientali, gli agenti delle infezioni. Il chirurgo Joseph Lister (1827-1912), applicando impacchi di acido fenico a cute e mucose, ottenne una riduzione della mortalità postoperatoria nei pazienti amputati. James Young Simpson (1811-1870) utilizzò, per la prima volta, nel 1847, il cloroformio per indurre una analgesia-anestesia in una paziente in travaglio di parto, tecnica sperimentata anche sulla Regina Vittoria di Inghilterra. Nel 1876, l'ostetrico Porro (1842-1902) diede inizio a Pavia ad una nuova era del taglio cesareo, effettuato con la tecnica demolitrice dell'amputazione utero-ovarica cesarea, in grado di prevenire o ridurre le complicanze mortali della setticemia puerperale.

Andreas Doppler (1803-1853) (Fig. 17), matematico, fisico e astronomo austriaco, identificò l'effetto *Doppler* del cambiamento di tonalità dovuto ad un spostamento della frequenza delle onde sonore in avvicinamento o in allontanamento, in seguito utilizzato in tutto il mondo, anche per il monitoraggio elettronico della frequenza cardiaca fetale e per lo studio ecografico del flusso ematico sistemico ed in particolare, nel distretto vascolare materno-fetale (Figg. 18, 19).

Nel 1903, Max Cremer (Fig. 20) applicò la registrazione elettrocardiografica al feto e nel 1924, l'italiano Beruti ottenne un tracciato cardiaco con la fonocardiografia, metodo ripreso

nel 1967 da Konrad Hammacher.^(6, 7)

Tra il 1953 e il 1956 si realizzano le prime registrazioni cardiotocografiche, mentre nel 1960, Sureau, Hon (Fig. 21) e Caldeyro-Barcia cominciarono ad utilizzare la cardiotocografia, anche in travaglio di parto.⁽⁸⁻¹²⁾

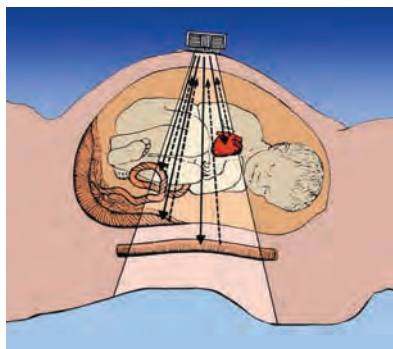


Fig. 18 - L'ultrasonocardiografia.



Fig. 19 - Eco-Doppler.

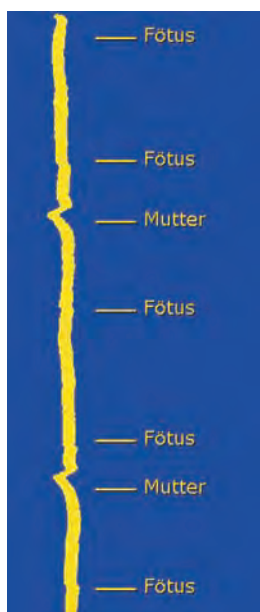


Fig. 20 - Elettrocardiogramma fetale registrato da Cremer nel 1903.



Fig. 21 - Dr. Edward H. Hon con il suo originale monitor per la registrazione del battito cardiaco fetale (1956).

LA PUERICULTURA PRENATALE DI PINARD

Adolphe Pinard (1844-1934) (Fig. 22) per primo sottolineò che i compiti della moderna Puericultura prenatale dovevano essere la ricerca e l'applicazione di tutte le conoscenze relative alla riproduzione, alla conservazione ed al miglioramento della specie umana. L'osservanza dei precetti della profilassi prenatale, nel quadro di una migliorata e razionale assistenza alle gravide, avrebbe, in tal modo, contribuito, in maniera determinante, alla riduzione dell'indice di mortalità e morbidità perinatale, che in quell'epoca erano molto alti. Egli, preconizzando i moderni concetti sull'igiene e sulla profilassi della gravidan-



Fig. 22 - Adolphe Pinard (1844-1934).

za, affermò la necessità di un'adeguata assistenza alle gravide per assicurare condizioni igieniche più idonee, indispensabili per se stesse e per i propri figli, sostenne l'obbligo dell'allattamento materno, invocò altresì la protezione e l'attenzione continua, da parte dei genitori e dello Stato, per tutti i bambini.

Pinard, definito l'ostetrico più umano, più appassionato e più *sociale* tra il XIX secolo e l'inizio del XX secolo, per la sua opera è consacrato come il precursore dell'*Ostetricia sociale*.

Egli sosteneva che ogni individuo adulto e sano aveva due doveri nei confronti della società: produrre, cioè lavorare, e riprodursi, idea espressa anche da Emile Zola nella *Fecondité*.

Pinard fu allievo di Cusco, di Alfred Richet e di Stéphane Tarnier (1828-1897), il grande Maestro dell'Ostetricia, nonché artefice della perinatologia in Francia (Figg. 23, 24), Direttore della Maternità dal 1867 al 1889, e professore della Clinica Ostetrica Universitaria di Parigi dal 1889 al 1897.^(13, 14)



Fig. 23 - Stéphane Tarnier (1828-1897).



Fig. 24 - Forcipe di Tarnier con maniglia traente (1885).

Con Depaul (1811-1882), Chef de Clinique e Maestro dell'auscultazione ostetrica, Pinard fu nominato Agrégé a 34 anni nel 1878, Ostetrico degli Ospedali a 38 anni nel 1882, professore di Clinica Ostetrica a 45 anni nel 1889, e infine Membro dell'Accademia di Medicina a 48 anni nel 1892. La sua carriera, intrapresa tardivamente, doveva dunque divenire molto rapida, tanto da dirigere la Clinica Baudelocque, che gli darà un insegnamento prestigioso fino al 1914, data del suo ritiro.

Pinard è ricordato anche per gli studi applicativi alla palpazione addominale del feto in utero (Fig. 25) che, successivamente, nel 1890, Leopold e Panzer in Germania avrebbero ben codificato, per alcune preziose manovre ostetriche nel podice incompleto, per lo studio degli effetti favorevoli della rottura delle membrane nella placenta previa e per il ricorso alla sinfisiotomia nei bacini viziati.

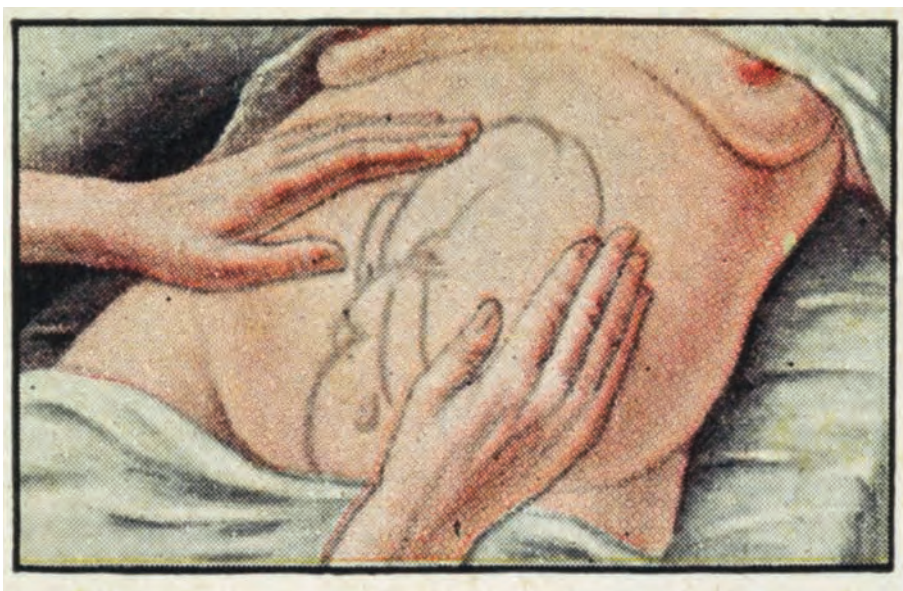


Fig. 25 - Palpazione esterna delle membra fetali.

La palpazione *misuratrice* di Pinard permetteva di effettuare una *prova di travaglio di parto* nei bacini ristretti (Fig. 26): quantificando il confronto tra il bacino osseo e l'estremo cefalico mobile, identificando in tal modo, tempestivamente, se quel travaglio poteva evolvere e concludersi, con un parto spontaneo, o essere risolto con un taglio cesareo, e rigettò, definitivamente, l'applicazione del forcipe allo stretto superiore, troppo pericoloso per il feto e traumatizzante per la madre.

Nel trattamento della metrorragia da placenta previa marginale e laterale, Nicolas Puzos (1686-1753) aveva utilizzato il *metodo Puzos* cioè l'ampia rottura e la lacerazione delle membrane. Pinard, condividendo pienamente l'uso

di questo metodo, riconobbe che esso era più dolce e più sicuro delle terapie comunemente utilizzate, quali il tamponamento vaginale o il parto forzato. Il parto, quindi, avveniva dopo un travaglio attivato dalla Natura, ma aiutato dall'Arte dell'Ostetrico, mediante la rottura delle membrane.^(15, 16)

La sinfisiotomia delle ossa pubiche, auspicata con alcune indicazioni nel 1597 da Séverin Pineau, ripresa da Jean-René Sigault, nel 1777, che la riteneva superiore alla *sectio cesarea*, fortemente avversata da Jean-Louis Baude-locque (1748-1810) fino alla sua morte e in seguito caduta nell'oblio, fu utilizzata di nuovo da Ottavio Morisani (1835-1914) in Italia, nel 1863. Il suo allievo Pier Giuseppe Spinelli (1862-1929) fece conoscere questo mezzo di ingrandire il bacino a Pinard nel 1891, che, aiutato da Varnier (1859-1902), chiese a Louis-Hubert Farabeuf (1841-1910) sia uno studio anatomico preciso della sinfisi pubica e sia consigli per sezionarla. Pinard e Varnier praticarono numerose sinfisiotomie dette a cielo aperto, non senza complicazioni come emorragia, fistole vescicali, disturbi della deambulazione e con il 7-8% di mortalità materna nel 1900, sicché la sinfisiotomia fu completamente abbandonata a favore del taglio cesareo.

Tali erano le massime di Pinard:

- *Il neonato deve nascere a termine*
- *Si deve procedere al parto senza il minimo rischio per la madre e con il minimo traumatismo per il feto*
- *La testa fetale è il miglior pelvimetro*
- *L'embriotomia su feto vivo deve essere considerata superata.*

Queste regole si rapportavano alla condotta da tenere nei bacini ristretti e furono largamente esposte dal Maestro dell'Ostetricia francese, nel Congresso di Amsterdam nel 1899.

Ma l'opera sociale di Pinard fu altrettanto significativa e piena di contenuti.

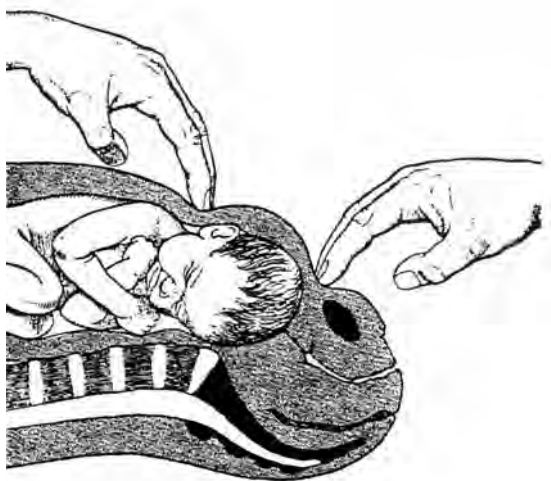


Fig. 26 - La palpazione misuratrice di Pinard.

Il termine di *Puericulture* fu proposto inizialmente da Caron nel 1864. Abbandonato presto fu ripreso da Pinard, che lo impose e lo definì: il bambino – *puer* – deve essere protetto dal periodo intrauterino alla pubertà, per cui furono individuate varie fasi della Puericultura, in rapporto al concepimento ed alla nascita.

1) La puericultura prenatale preconcezionale

Pinard sosteneva, anche con vigore, che nell'ambito della Puericultura prenatale preconcezionale, i genitori dovevano essere responsabili e riflessivi, in possesso di adeguate nozioni sulla procreazione, e, grazie all'Educazione nazionale realizzata da istitutori e istitutrici, riteneva necessario rilasciare alla coppia un certificato prenuziale.

2) La puericultura prenatale post-concezionale

Pinard era convinto della necessità di un'igiene rigorosa della gravidanza: bisognava seguire regolarmente le future mamme, proteggerle, ed evitare le complicanze. Il parto prematuro doveva essere prevenuto, subito, con il riposo obbligatorio delle gestanti.

Nel maggio del 1891, Pinard tenne una lettura magistrale alla Sorbona sull'importanza dell'assistenza alle gestanti indigenti e fece un rapporto sulla

condizione delle ostetriche. In quel periodo c'era l'abitudine solo di fornire cure mediche durante e dopo il parto. Dal 1892 egli, con l'aiuto di una Ostetrica francese Madame Becquet, aprì a Parigi il primo "Rifugio" (*Refuge de L'Avenue du Maine*) – iniziale prefigurazione delle *Maisons maternelles* – in cui le donne gravide abbandonate e senza mezzi, potevano attendere il sopraggiungere del parto, essere sorvegliate



Fig. 27 - Hôpital Cochin, Clinique Baudelocque - Paris.

e riposarsi. I parti erano eseguiti nell'Ospedale Baudelocque (Fig. 27), dove si evidenziò che il ricovero ed il riposo nelle gravidanze, in fase avanzata, riducevano l'incidenza della eclampsia e di altre complicanze della gravidanza e favorivano la nascita di neonati più sani ed a termine.

Questo nuovo approccio prenatale diede anche l'opportunità di controllare le gestanti con sproporzione feto-pelvica, correggere le presentazioni anormale, ricercare la causa e la terapia più opportuna per le patologie renali e tentare, con i mezzi a disposizione, di garantire il normale sviluppo del feto, chiamata da Pinard *la puericoltura intrauterina*. A questa seguiva la *puericultura extrauterina* che si occupava dell'igiene materna e infantile, insistendo sulla necessità di non separare la madre dal bambino e sull'allattamento al seno. Gradualmente furono aperti ostelli e in seguito dipartimenti prenatali e servizi per la tutela della maternità in molti ospedali.⁽¹⁶⁾

Nel Regno Unito il primo ostello di questo tipo fu aperto da Haig Ferguson, ad Edimburgo nel 1899 e il *primo servizio per la tutela della pre-maternità* da Ballantyne nel 1902, sempre ad Edimburgo.⁽¹⁸⁾

Nel corso della prima guerra mondiale, Pinard fu persino costretto a impedire il lavoro nelle fabbriche alle gravide, chiamate a rimpiazzare i combattenti. I risultati di tali misure si dovevano dimostrare ben fondati: i neonati di madri che non avevano lavorato negli ultimi due-tre mesi avevano un peso superiore di almeno 300 grammi, rispetto a quelli nati da madri che avevano lavorato fino al parto.

Nel 1898 Pinard chiese che *i poteri pubblici intervenissero per proteggere, durante gli ultimi tre mesi della gravidanza, insieme la futura madre e il bambino*. Amico della *Puericoltura*, il Senatore Strauss, depositò in tal senso un progetto di legge, che sarà realizzato più tardi nel 1913, ma già nel 1912 fu organizzata l'*École pratique de Puériculture*.



Fig. 28 - Pierre Budin (1846-1907).

3) La puericoltura durante la nascita

Essa sottolineava in principio la necessità di ottenere una nascita senza rischi in un luogo appropriato. Unitamente a Stéphane Tarnier (1828-1897) e Pierre Budin (1846-1907)⁽¹⁹⁾ (Fig. 28), Pinard ebbe una parte preponderante nella creazione dei primi specialisti ospedalieri, gli Ostetrici, anche se l'organizzazione dell'insegnamento ostetrico di qualità per i medici e le ostetriche dovevano essere ancora ripartiti egualmente sul territorio francese. Ma purtroppo non era stata ancora approvata una nuova regolamentazione relativa all'assistenza medica gratuita.⁽²⁰⁾

4) La puericoltura dopo la nascita

Essa richiese una particolare attenzione da parte di Pinard, che, pur limitando la cura ai primi due anni, consigliava comunque la sorveglianza dei bambini fino alla pubertà. Diventavano prioritarie l'igiene accurata e una alimentazione sana, con latte materno (*Maternité du sein*) e, in caso di necessità, con latte di mucca fresco e non infetto, bollito e filtrato.

I bambini dovevano essere controllati da un punto di vista sanitario dalle ostetriche e da medici competenti e, soprattutto, non dovevano essere separati dalla madre, per essere affidati alla balia. Pinard affermava che questa sostituzione era il frutto della miseria sociale o dell'egoismo delle classi agiate o ancora dei medici complici, capaci perfino di favorire il ricorso a balie mercenarie *al fine di proteggere l'egoismo feroce delle madri* ⁽²⁰⁾ (Fig. 29).



Fig. 29 - La principessa egiziana Sebeknakht mentre allatta il suo bambino. L'atteggiamento del gruppo è lo stesso che si ritrova nelle raffigurazioni delle donne del popolo, con il bambino che si appoggia nel cavo della coscia flessa e la madre che sostiene la testa del lattante (Brooklyn Museum N. 43.137).

Dal 1903 al 1907, un progetto legislativo voleva ridurre da sette a tre mesi la durata dell'allattamento materno. La legge Roussel, così modificata, rappresentava un danno sociale: Pinard mise tutte le energie in un combattimento omerico, al fine di ottenere il ripristino della legge e il suo rafforzamento.

Pinard, inoltre, promosse e sostenne una *Charte de Maternité et de l'Enfance*, che permetterà di lottare contro i flagelli dell'aborto criminoso, dell'infanticidio e dell'abbandono dei bambini e farà conoscere al mondo le massime intoccabili:

- *Ogni madre sana deve allattare suo figlio*
- *Il latte della madre appartiene al bambino* (il cartello fu esposto presso la Clinica Baudelocque di Parigi)
- *Il latte e il cuore della madre non si possono sostituire mai!*

Così Pinard, senza accordare concessioni, facendo prova di un vero apostolato, lottò per tutta la vita per creare il progresso sociale che egli desiderava di tutto cuore. Ciò l'obbligherà ad entrare in Parlamento dove, per il suo carattere particolare, ebbe pochi successi.

Charles Pajot (1816-1896), di cui è conosciuto il forcipe snodabile, iro-



Fig. 30 - Adolphe Pinard - caricatura.

nizzava volentieri su Pinard, sostenendo che “è un felice mortale che ha dovuto nascere con la cuffia, ma caustico e con il sorriso beffardo e sdegnato di Voltaire” (Fig. 30).

Nel giugno 1904, nella prefazione del suo libro “*La Puériculture du premier âge*” (Fig. 31), dedicato ai suoi tre figli, Pinard ringrazia coloro che gli avevano permesso di insegnare alle adolescenti della scuola di Boulevard Péreire “*quello che non è permesso di ignorare: il bebè, appena più grande della vostra bambola, non sa che succhiare e dormire. È tutto nudo: come un pulcino ha messo le piume e come un anatroccolo sa nuotare e immergersi. Bisogna dunque sapere tutto di lui*”. Inoltre, con spirito tipicamente francese, guardando le sue giovani infermiere, egli affermava con una punta di complicità che “...*questo latte, il gatto non può bagnare il suo muso, il trasporto è facile e poi, madames, che incantevole contenitore!*”

Le qualità morali di Adolphe Pinard ne fecero un vero santo laico nell'esaltare il matrimonio e la procreazione, nel difendere il feto e il bambino, insieme alla madre e alla donna in quanto tale. Fu un padre di famiglia esemplare, vero patriarca, e le sue idee, rivoluzionarie per l'epoca, sorpresero anche i suoi proseliti passionali ed esigenti.

Egli aveva per la prima volta avviato un progetto di sviluppo sociale, avanzato nella cura prenatale routinaria di tutte le donne gravide e, nello stesso tempo, aveva sollecitato la creazione di un centro di insegnamento superiore, per il completamento dell'educazione dei futuri medici in igiene ed in medicina preventiva per i feti ed i neonati.

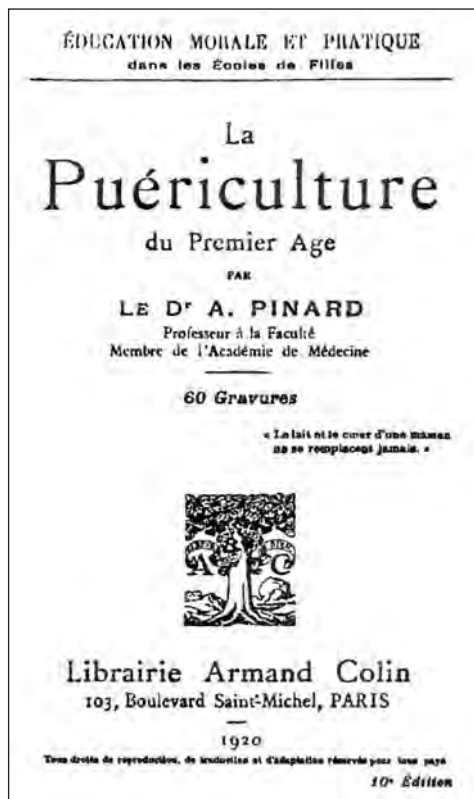


Fig. 31

Nel corso della sua lunga carriera fu ammirato, ma spesso mal compreso, e le sue idee sociali ricevettero in Francia un'accoglienza modesta, tanto che solo alcuni uomini politici e alcune ammiratrici cercarono di mettere in pratica i suoi concetti.

Come riconosciuto da Dumont (1994), in una pubblicazione su *“Le cent-cinquantenaire de la naissance d'Adolphe Pinard”*, le idee di Pinard si diffusero più velocemente in Italia, in America Centrale e del Sud che in Francia.

L'Ostetricia sociale e la Puericultura pre- e post-natale fecero il loro cammino non rallentando mai il loro progresso. In realtà il precursore aveva anticipato il futuro.

Il professore Fruhinsholz nel necrologio di Pinard scrisse: *“Adolphe Pinard, Puériculteur français”* e non *“Accoucheur”* (ostetrico), proprio per sottolineare che la sua opera sociale era privilegiata e che per tutta la sua vita aveva considerato come rilevanti gli aspetti dell'Ostetricia riguardanti la funzione riproduttiva e i suoi risultati, cioè il feto, il neonato e il lattante.^(16, 17)

GIUSEPPE TESAURO:

LA VITA PROFESSIONALE ED ACCADEMICA

Giuseppe Tesauo (1898-1988) nacque ad Avellino il 21 giugno 1898, si laureò brillantemente *cum laude* in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Napoli, il 7 luglio 1920. Dal 1916 al 1921 frequentò l'Istituto di Fisiologia umana diretto dal professore Filippo Bottazzi, dapprima come interno e poi come assistente di ruolo.

L'immagine dei laureandi dell'Anno Accademico 1919-20 (Fig. 32) im-



Fig. 32 - Laureandi dell'Anno accademico 1919-20.

mortale una bella e suggestiva cerimonia, che si organizzava di solito nel complesso monastico di Santa Patrizia, tuttora sede di alcuni dipartimenti della Seconda Università di Napoli.

In prima fila figurano i professori rigidamente in posa con il bastone ed il cappello panama di “ordinanza”, quasi tutti con baffi, alcuni con il pizzetto e altri con barbe fluenti. Non sono riuscito a identificare tutto il collegio docente della Facoltà di Medicina e Chirurgia di quell’anno, in quanto le truppe germaniche, in ritirata, bruciarono l’Archivio centrale dell’Università Federico II di Napoli. In base a riferimenti indiretti si riconoscono, comunque, i professori Leonardo Bianchi (Clinica Neurologica), Filippo Bottazzi (Fisiologia), Antonio Cardarelli (Clinica Medica), Pietro Castellino (Clinica Medica), Luigi D’Amato (Clinica Medica), Rocco Jemma (Clinica Pediatrica), Giovanni Miranda (Clinica Ostetrica-Ginecologica), Giuseppe Pianese (Anatomia Patologica).

Nella foto, oltre ai Docenti, sono allineati sulle varie gradinate, gli studenti prossimi alla laurea, decisamente seri e consapevoli delle difficoltà, che avrebbero incontrato, in tempi brevi, per potersi realizzare nelle varie discipline dell’arte medica.

Nella penultima fila e terzo a destra si scorge un composto giovane Giuseppe Tesauro (Fig. 33), mentre in prima fila rigido nel suo colletto inamidato, si nota un giovane Gaetano Scoppetta di Amalfi (Fig. 34),



Fig. 33 - Giuseppe Tesauro.
(1898-1988)



Fig. 34 - Gaetano Scoppetta.
(1898-1986)

fratello di mia madre. Tesauro e Scoppetta, da compagni di corso di laurea divennero colleghi ed amici per oltre 70 anni!

Da neolaureato, Tesauro continuò a frequentare l'istituto di Fisiologia Umana sotto la guida di Filippo Bottazzi, che con la sua non comune personalità, aveva contribuito a determinare una svolta decisiva alla ricerca sperimentale in Italia.

Gaetano Scoppetta, invece, frequentò l'Istituto di Anatomia Umana Normale e Topografica dell'Università degli Studi di Roma, diretto dal celebre anatomista professore Vincenzo Virno, conseguendo la Libera Docenza in Anatomia. Ma la passione di Gaetano Scoppetta era stata sempre l'attività della Sala operatoria per cui, come per tanti chirurghi dell'epoca, volle prima approfondire lo studio e la pratica dell'anatomia comparata nella sala settoria. Egli sposò Donna Maria Pignatari, Pediatra, una delle rare (quattro) Colleghe del loro Corso di Laurea.

In seguito Gaetano Scoppetta vinse il concorso di Assistente e, dopo quattro anni, quello di Aiuto presso la Divisione di Chirurgia degli Ospedali Riuniti di Roma. Poiché in quegli anni non esisteva il posto fisso, dopo ancora quattro anni vinse il concorso di Primario Chirurgo presso l'Ospedale Civile di Chieti, dove svolse la sua opera in numerose specialità dalla ostetricia operatoria per via laparotomica alla chirurgia oncologica ed alla traumatologia.

Sono sempre grato, oltre che ai miei Genitori, a Zio Gaetano per gli affettuosi stimoli e le premurose sollecitazioni a intraprendere gli studi universitari sempre con serietà e dedizione e di conseguire la specializzazione in un settore che mi potesse essere più congeniale. Egli mi consigliava sempre di affrontare con coraggio e perseveranza la lunga e difficile carriera universitaria che, nonostante i tanti ed inevitabili sacrifici e rinunzie, mi avrebbe potuto riservare anche apprezzabili soddisfazioni professionali.

Nell'ottobre del 1985, Egli mi regalò il Trattato completo di Ostetricia del dott. Ernesto Bumm, Professore Ordinario e Direttore della Clinica Ginecologica dell'Università di Berlino, tradotto e pubblicato in italiano, nel 1915, dal professore Cesare Merletti, Direttore della Scuola Ostetrica della L. Università di Ferrara, con la prefazione del professore E. Truzzi, Direttore della R. Clinica Ostetrico-ginecologica di Padova. Zio Gaetano, nella dedica, mi raccomandava di conservarlo gelosamente, essendo un testo di grande prestigio sia per i contenuti scientifici che per gli splendidi e suggestivi disegni,

su cui aveva studiato insieme al giovane Giuseppe Tesauero. Quel testo rappresentava un prezioso documento tale da far apprezzare ancora di più il progresso compiuto dalla Scienza Ostetrica in sessanta anni.

Quante volte ascoltando i suoi racconti della vita universitaria, verso la fine della prima Guerra Mondiale, rimanevo sempre affascinato dalle descrizioni anatomiche che, anche nella fase avanzata degli anni, ricordava perfettamente, in maniera quasi fotografica e dall'ascolto di vecchie *filastrocche* mnemoniche (ora cadute nell'oblio) riguardanti, per esempio, le diramazioni delle arterie iliache interne ed esterne.

Rammento con quanta ammirazione mio zio ricordava *Peppino* Tesauero e con altrettanta affettuosa stima Tesauero parlava di *Gaetanino* Scoppetta, fino agli ultimi giorni di vita terrena. Essi continuarono a frequentarsi, oltre che come componenti di Commissioni di concorso, anche in incontri informali, nel corso dei quali ricordavano simpatici episodi, in maniera gioiosa e priva di formalismi, poiché erano rimasti, anche se avevano seguito strade diverse, con il proprio bagaglio di trionfi, di successi e di inevitabili sacrifici e delusioni, i Colleghi ed amici di sempre.

Il professore Giovanni Miranda, Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Napoli, si rivolse al professore Bottazzi affinché gli indicasse un giovane medico preparato e brillante, in grado di svolgere in maniera adeguata ed apprezzabile la ricerca scientifica presso la Clinica: la scelta cadde sul neolaureato dott. Giuseppe Tesauero, per cui, quest'ultimo abbandonò la Fisiologia, per chiedere la protezione di Lucina, la dea delle partorienti.

Il professore Guido Maria Piccinini dedicò una nota a Tesauero, in occasione del suo 25° anno di insegnamento, riferendo che già nei suoi primi anni di Assistente presso la Cattedra diretta dall'insigne professore Miranda, aveva dato segno di una spiccata capacità ad esaminare anche alcuni aspetti della Storia della Medicina.

Infatti, nel luglio 1926, il giovane Assistente Tesauero esponeva all'Accademia Nazionale Medica e Chirurgica una nota dal titolo: "*Rivendicazione storica del Metodo di Albini per la trasfusione di sangue*". Tesauero riferì, in proposito, che il professore di Fisiologia di Napoli Giuseppe Albini (1827-1911) "*con una esattezza quasi antiveggente delle ulteriori indagini scientifiche, praticò una prima trasfusione di sangue di agnello in una signora anemica per ripetute ed abbondanti metrorragie. Si servì, per quella volta, di un emodromometro, ma, nel-*

la comunicazione che ne fece alla Reale Accademia delle Scienze fisiche e matematiche, il 7 dicembre 1872, annunciò di avere ideato un'altra forma di cannula". Nel 1873 espose nella stessa sede la descrizione della cannula e del processo operativo per la trasfusione diretta del sangue illustrando e compiendo *in vivo* anche un'esperimento su due cani.

La Commissione giudicatrice per la stampa, composta da tre nomi illustri, Pianese, Pane, Jappelli senior, ritenne che: *"Il lavoro del Dr. Giuseppe Tesauro ha il valore di una vera e propria rivendicazione storica, e porta anche allo studio dell'interessante argomento un utile contributo. In esso l'Autore, dopo aver fatto notare quando frequentemente occorre procedere alla trasfusione del sangue nella pratica ostetrico-ginecologica, ricorda con riverenza il metodo per la trasfusione diretta del sangue da agnello ad uomo, escogitato da Giuseppe Albini, inventore di un apposita cannula fin dal 1872. Il Dr. Tesauro aggiunge che le ricerche di Albini non hanno oramai che un valore semplicemente storico, ma che tuttavia molte delle sue conclusioni conservano ancora intatto l'alto valore scientifico. L'Autore espone infine la tecnica preferibile per la trasfusione del sangue trattato e ne discute con molto acume le indicazioni. La nostra Commissione si compiace con il Dr. Tesauro, che ha ricordato il nome e l'opera di Giuseppe Albini e propone che il lavoro sia inserito negli Atti. Napoli 24 luglio 1926"*⁽²¹⁾ (Fig. 35).

Dunque da questa lusinghiera valutazione scaturiva la qualità di un lavoro

storico da una parte e sperimentale dall'altra, entrambe di notevole importanza e di spessore scientifico.

Nel giro di pochi anni, Tesauro divenne Aiuto della Clinica Ostetrica e Ginecologica della Reale Università di Napoli, dal 1921 al 1935, conseguendo la Libera Docenza in Clinica Ostetrica e Ginecologica, con Decreto Ministeriale del 1° dicembre 1926 e con conferma definitiva il 17 marzo 1932.

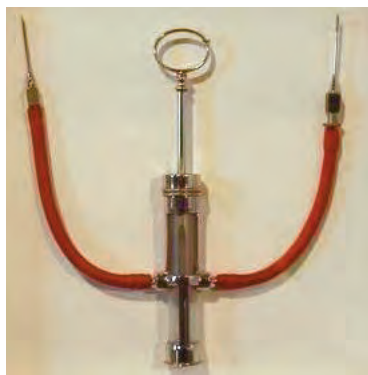


Fig. 35 - Cannula per emotrasfusioni.

Tesauro venne eletto Socio Aggregato Residente nella Reale Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli nella seduta del 26 luglio 1926 (Decreto Reale 15 settembre 1926) e, dall'anno 1930-31 al 1934-35, ebbe l'in-

carico ufficiale del corso di Operazioni ostetrico-ginecologiche presso la Scuola di Perfezionamento in Ostetricia e Ginecologia della Reale Università di Napoli. Successivamente, fu incaricato per un anno (1935-36) dell'insegnamento presso la Cattedra di Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Sassari e, dopo aver diretto, per otto anni (1936-43), la Clinica di Messina, nel 1943 ritornava alla sede originaria, alla sua Napoli ed alla sua Clinica Ostetrica (Fig. 36).

Giuseppe Tesauero, all'opera di illustre e prestigioso Docente, Ricercatore e Maestro associò una notevole attività di coordinamento nei vari settori della vita universitaria. Le sue alte capacità organizzative ed amministrative, derivategli da una innata attitudine, ma anche dalla profonda conoscenza della legislazione universitaria e sanitaria, si manifestarono in moltissimi consessi come: il Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, il Consiglio Nazionale delle Ricerche, il Consiglio Superiore di Sanità, il Consiglio Centrale dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e Infanzia. Fu Presidente della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, della Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia, della *International Fertility Association*, della Commissione per le riviste di elevato valore culturale presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, dell'Accademia Nazionale Medica Chirurgica, della Società Nazionale di Scienze, Lettere ed Arti di Napoli, ed in questa veste dedicò le cure migliori per l'affermazione dell'Accademia, consapevole del patrimonio spirituale che l'Istituzione tutela e della necessità di custodirne e tramandarne la vitalità. Fu anche componente del Consiglio di Amministrazione della scuola Infermieri "*Elena d'Aosta*" di Napoli.

Nell'ambito accademico fu Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Messina dal 1938 al 1943 e Rettore della prestigiosa Università degli Studi di Napoli Federico II, fondata nel 1224 da Federico II di Svevia, dal 1959 al 1975 (Fig. 37).



Fig. 36 - Giuseppe Tesauero, 1951.

Notevole fu l'impegno che Giuseppe Tesauro profuse nella sua opera di Rettore e grande fu la dedizione che Egli ebbe per l'Istituzione, alla quale guardò sempre con rispetto e fedeltà (Fig. 38).

Le principali iniziative possono così sintetizzarsi: la continuazione della rea-



Fig. 37 - Pier Paolo Quaglia e Guglielmo Melisurgo, sec. XIX, prospetto dell'Università di Napoli Federico II con il grande rilievo di Francesco Ierace, raffigurante la Fondazione dello Studio di Napoli da parte di Federico II.

lizzazione della nuova sede di Ingegneria a Piazzale Tecchio, con i relativi laboratori in Via Claudio, la realizzazione dell'imponente nuova sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia, destinata alla II Facoltà di Medicina e Chirurgia (l'originaria Facoltà Medica, diventata I Facoltà di Medicina e Chirurgia, rimase nel centro storico), la ristrutturazione ed ampliamento del Collegio Miranda per gli studenti, l'istituzione dei primi Centri di calcolo elettronico, la riutilizzazione dell'edificio di Via Mezzocannone per le esigenze della Facoltà di Scienze Matematiche, Fisiche e Naturali e di Economia e Commercio, gli interventi connessi ai problemi delle Facoltà di Giurisprudenza e di Lettere e Filosofia, l'avvio per la nuova sede della Facoltà di Scienze Matematiche, Fisiche e Naturali a Monte S. Angelo.

Il Rettore Tesauro ha lasciato perciò profonda traccia di sé nella storia dell'Ateneo Federico II, in un periodo caratterizzato da profonde contraddizioni e da contrasti talvolta accesi, specie quelli legati al vento del 1968, particolarmente impetuoso nella comunità universitaria partenopea, che, se da un lato furono importanti per la crescita dell'istituzioni deputate alla formazione ed alla ricerca, provocarono, secondo alcuni storici, conseguenze devastanti nelle scuole e nelle università di tutta l'Europa.

Lo scrittore messicano Carlos Fuentes, nel 1999, ha affermato che *“Le speranze degli anni '60 si sono trasformate nella disperazione del Duemila”!*



Fig. 38 - Giuseppe Tesauro, Magnifico Rettore.

IL PERIODO FORMATIVO FRANCESE

All'inizio del XIX secolo la Medicina Clinica francese aveva destato un crescente interesse sia in Europa che in America del Nord e in America Latina. In tale epoca, in numerosi Paesi, erano state fondate riviste professionali, che avevano diffuso la fama dei medici parigini. I frequentatori erano in maggioranza giovani medici, che subivano il fascino dei professori (non esistendo ancora le specializzazioni) celebri nei vari settori scientifico-disciplinari come la Patologia, la Chirurgia e l'Ostetricia.

Al loro arrivo a Parigi i medici stranieri potevano scegliere tra le varie cliniche della città e di solito restavano sbalorditi nel vedere la quantità di reparti che esse offrivano. Erano anche stupiti e stimolati dal carattere oggettivo della scienza francese, così diversa dalle dottrine speculative, che continuavano a diffondersi negli altri Paesi. La Chirurgia e l'Ostetricia, campi di tipo più pratico, attraevano in modo più specifico gli osservatori americani che soggiornavano a Parigi. In questo periodo, infatti, i progressi della chirurgia francese si avvantaggiavano di due elementi favorevoli: l'esperienza accumulata durante le guerre napoleoniche e, fattore ancora più importante, l'influsso della patologia locale.

I medici stranieri tirocinanti, dopo aver trascorso il periodo di frequenza nei reparti degli ospedali e delle cliniche, ritornavano nei loro paesi per predicarvi la *buona novella*. L'efficacia di questo sforzo missionario variava a seconda della recettività professionale e culturale personale, nonché dei rispettivi paesi di origine.

Nel 1926 il dott. Giuseppe Tesauro conseguì la Libera Docenza in Ostetricia e Ginecologia e il 4 settembre del 1927 sposò Donna Maria Grazia Benedetti (Fig. 39). Nel giro di pochi mesi egli ebbe l'opportunità di avere una borsa di studio dal Ministero dell'Interno (Direzione Generale di Sanità Pubblica), per recarsi all'estero e compiere approfonditi studi sul carcinoma uterino.

Per votazione unanime della Facoltà Medica di Parigi del 15 dicembre 1927, ottenne una regolare nomina di Assistente straniero e prestò, pertanto, servizio per uno stage formativo di chirurgia ginecologica presso la Clinica Ginecologica dell'Università di Parigi dell'Ospedale Broca, diretta dal professore Jean Louis Faure (1863-1944), il Maestro della Chirurgia ginecologica oncologica mondiale (Fig. 40), sotto la personale guida del professore Eugène Douay.

Il professore Faure è stato tra l'altro l'ideatore di quella robusta pinza a morso corto e curvo, utilizzata nell'isterectomia addominale o vaginale, specialmente per la forcipressura delle arterie uterine, conosciuta nel mondo come la *pinza di Faure* (Fig. 41).

Faure dichiarò, nell'attestato, che il dott. Tesauro *“ha preso parte in qualità di assistente ai lavori del reparto ed alle operazioni chirurgiche. Le operazioni che egli ha fatto mi hanno dato ampia soddisfazione. Ha collaborato alle ricerche scientifiche del reparto ed ha pubblicato lavori originali”*. Inoltre – lo stesso Faure aggiunge – *“in numerosi lavori personali ha dato prova di grandi qualità di lavoro e di osservazione, di maturità di intelletto e di giudizio”*.

Nello stesso tempo il dott. Tesauro lavorò sulle complesse problematiche connesse alle neoplasie maligne nella sezione di Istologia Patologica dell'Institut Pasteur diretta dal professore Peyron, il quale attestò che *“nel corso dei suoi lavori, il Dr. Tesauro ha dato prova di larga cultura e soprattutto di qualità di spirito critico, che mi permettono di pronosticare assai favorevolmente lo sviluppo della sua carriera universitaria”*.

I risultati delle ricerche compiute in questo periodo furono presentati da Tesauro, con grande successo personale, a Parigi all'*Association Française pour l'Étude du cancer* ed alla *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*.

In quel periodo parigino, sotto l'ala affettuosamente protettiva di Douay, Tesauro ebbe la gioia di diventare padre di Beniamino, attualmente professore Emerito di Chirurgia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.



Fig. 39 - Donna Maria Grazia Tesauro.



Fig. 40 - Jean Louis Faure (1863-1944).



Fig. 41 - Pinza di Faure.

Inoltre, durante la sua permanenza nell'Ospedale parigino, Tesauo restò così affascinato dalla Puericoltura prenatale – nuova branca dell'Ostetricia – e dalle concezioni rivoluzionarie di Pinard, da incentrarvi la sua vita professionale ed accademica, gettando le basi della *Medicina Prenatale*, attuale moderno indirizzo dell'Ostetricia.

Tesauo, in qualità di Vice Presidente della SIGO, svolse il discorso inaugurale del XXXVIII Congresso, tenutosi a Trieste dal 2 al 4 settembre 1947 ⁽⁴⁹⁾. In quella occasione ricordò, con la particolare devozione di allievo, che si era verificato un vuoto molto doloroso nelle file dei soci onorari. Il 26 ottobre 1944, il professore Jean Louis Faure, il grande Maestro della ginecologia francese, aveva chiuso a Belfont Belcier (Saint-Emilion) la sua luminosa attività di clinico insigne, di operatore, di letterato, di filosofo appassionato della professione, nonché di Autore del libro *"L'ame du chirurgien"*. Molti rammentavano lo spirito vivo e la battagliera tenacia di Faure nel sostenere le sue teorie, nei congressi e nelle accademie, mentre alcuni più fortunati lo rivedevano nelle vecchie sale del suo Hôpital Broca, dove accorrevano allievi da tutte le parti del mondo e dove egli riservava sempre agli italiani l'accoglienza più cordiale. Egli, da abile chirurgo, spesso affermava, anche con veemenza, che la discussione sulla bontà della via addominale o vaginale, in caso di isterectomia di un utero non prolassa-

to, non doveva avvenire tra addominalisti e vaginalisti, ma tra quelli che sapevano praticare una isterectomia vaginale e quelli che non la sapevano fare, ma che, non prestando molto interesse a questa loro incapacità, insistevano nel metterla al bando!⁽²²⁾

Nel discorso inaugurale pronunciato al Congresso Nazionale di Ginecologia ed Ostetricia di Napoli nel 1951, riconobbe, ancora una volta, di essere *debitore* ai Ginecologi francesi per l'insegnamento che aveva ricevuto durante il suo periodo formativo a Parigi.

Agli inizi del XX secolo, andava maturando, specialmente a Parigi, la componente sociale dell'Ostetricia che, per la prima volta nella storia, affrontava il problema dell'assistenza alle gestanti, al fine di tutelare la gravidanza e favorirne la regolare evoluzione.

La vita ed il benessere del feto e della madre finalmente assurgevano a pari dignità e cominciava a farsi strada un'efficiente organizzazione sociale, fondata sulla preparazione psicologica al parto e sulla più razionale assistenza alla partoriente (vedi in Italia il diritto di ogni partoriente ad essere ricoverata nelle Maternità a carico degli Enti assistenziali), al fine di ridurre la morbilità neonatale e materna, la mortalità materna e la nati-mortalità.

Tale mutato interesse nei confronti della gestante e del feto si rifletteva anche nell'opera degli artisti dell'epoca. In quegli anni, lo scultore norvegese Adolph Gustav Vigeland (1869-1943) soggiornò a Parigi ed approfondì temi che domineranno nel tempo la sua produzione artistica: il rapporto tra l'uomo e la donna, il feto e i bambini. La sua sensibilità e il rispetto nei confronti del prodotto del concepimento, si manifestarono, anche, nella creazione di una statua, unica al mondo, che rappresenta un feto⁽¹⁹⁻²⁰⁾ (Figg. 42, 43) in utero, con presentazione di vertice, attualmente esposta al Vigeland Park di Oslo.

Nel parco sono presenti anche numerosi complessi statuari, che ritraggono un'immagine, quasi ossessiva, della madre che allatta i propri piccoli, rappresentazione in pietra di tutte le massime contenute negli scritti del *Puericulture* Adolphe Pinard.

In quel periodo, la storia tecnica della medicina era stata affiancata, in misura sempre più crescente, dalla storia sociale della medicina, che, pur rispettando l'aspetto tecnico, era piuttosto portata a considerare la medicina come uno dei grandi elementi del contesto sociale delle singole epoche: un elemento che, nel suo sviluppo, veniva influenzato dal contesto medesimo, e, al tempo stesso, lo influenzava.

Il professore Luigi Mangiagalli (1849-1928) (Fig. 44) *il principe dell'Ostetricia e della Ginecologia*, nonché il fondatore della Università di Milano, nel discorso tenuto il 14 novembre 1906 per l'inaugurazione degli Istituti Clinici di perfezionamento in Milano, sottolineò che la “*dimostrazione più meravigliosa è*



Fig. 42 - Raffigurazione in bronzo del feto in utero di Adolf Gustav Vigeland (1869-1943) (Vigeland Park - Oslo).



Fig. 43 - La puericultura nell'arte di Adolf Gustav Vigeland (Vigeland Park - Oslo).

che gli stessi ministri di morte possono diventare artefici di guarigione di quelle stesse malattie che hanno fatto divampare. Conosciuta così la causa prima delle malattie infettive, contagiose, diffusibili, trasformata radicalmente l'igiene, ne veniva sempre più manifesto l'ufficio sociale della medicina che rapidamente subiva una doppia evoluzione, una scientifica per cui si penetrava sempre più di biologia, l'altra sociale, per cui ogni giorno sempre più interveniva nella vita pubblica, non chiedendosi più ad essa di limitare la sua azione protettiva all'individuo, ma di estenderla a tutta la collettività: e la medicina diventava così la gran madre che veglia sull'individuo dalla nascita fino alla morte e vigila sulla salute e sulla vita collettiva e fa sì che il diritto stesso si modifichi e si compenetri di una filosofia più umana” ⁽²³⁾.

Il progresso e il benessere della popolazione dipendevano e dipendono, in grado non trascurabile, dal livello della scienza medica e dalla misura in cui essa va incontro agli interessi della collettività.

Nei decenni successivi in Francia, in Inghilterra e negli Stati Uniti si diffuse una medicina sempre più aperta agli aspetti sociali, tanto che il Docente di Storia della Medicina presso il *John Hopkins Institute of Medicine* professor H.E. Sigerist (1891-1957) rivendica il carattere del tutto speciale della storia della medicina. Essa, infatti, non può fare a meno di prendere in considerazione i rapporti tra medicina, medico e società, dal momento che, a differenza di tutte le altre scienze, la medicina ha un'essenziale dimensione pragmatica e sociale. Sigerist affermava, con convinzione, anche se provocatoriamente, che *“la medicina non è una branca della scienza e non lo sarà mai. Se la medicina è una scienza, allora è una scienza sociale”*. ⁽²³⁾

Nel 1931 Tesauero frequentò con una borsa di studio l'*Institut für Krebsforschung an der Charité* di Berlino, diretto dal professore Ferdinand Blumenthal, e pubblicò due lavori sui tumori sperimentali. Il professore Blumenthal scrisse che non solo il professore Tesauero si era reso padrone di tutta la tecnica delle ricerche sperimentali sul cancro degli animali, ma aveva portato a termine



Fig. 44 - Luigi Mangiagalli (1849-1928).



Fig. 45 - Universitätsfrauenklinik di Berlino.



Fig. 46 - Walter Stoeckel (1871-1961).

lavori scientifici che, eseguiti con particolare accuratezza, avevano favorito un progresso scientifico molto importante, perché rappresentavano un arricchimento delle conoscenze sul problema delle ricerche sperimentali sul cancro.

Nello stesso periodo frequentò la *Universitätsfrauenklinik* di Berlino, diretta dal professore Walter Stoeckel (Figg. 45, 46) (il Maestro della chirurgia vaginale, che aveva modificato l'intervento di isterectomia vaginale totale allargata per carcinoma del collo dell'utero introdotta da Friederich Schauta (1849-1919), il quale scrive che *“il professore Tesauero ha assistito a numerose operazioni apprendendo la tecnica da me preferita delle operazioni vaginali, ha seguito assiduamente il servizio clinico, specialmente nella sala parto e nel reparto Röntgen. Durante il suo soggiorno ha elaborato, sui temi da me propostigli, due ottimi lavori su periodici da me diretti”*, di cui uno sulla eclampsia e l'altro sulla terapia della placenta previa.

Con una borsa di studio della Reale Accademia d'Italia - Fondazione Volta, Tesauero si trasferì a Londra dal 1° luglio al 31 agosto 1933 presso l'Istituto dell'*Imperial Cancer Research Fund*, frequentando alcuni Servizi Ostetrico-ginecologici universitari ed ospedalieri di quella città, come il *Cancer Hospital*, il *King's College Hospital*, il *Maria Curie Hospital*, il *Middlesex Hospital*, il *St. Bartolomew's Hospital* ed il *London Hospital*.

TESAURO E LA RIPRODUZIONE UMANA

Tra la fine del 1800 e i primi del 1900 anche in Italia, come in tutti i Paesi più evoluti, la condizione socio-economica delle donne era di drammatica disparità.

Nel 1903 venne convocato il primo Consiglio Nazionale delle donne italiane, articolato in vari settori sui diritti sociali, economici, civili, e politici.

In seguito le donne vennero relegate, per quanto possibile, entro le mura domestiche, secondo lo slogan: “*la maternità sta alla donna come la guerra sta all'uomo*”, scritto sui quaderni delle “Piccole Italiane”. Le donne e i loro figli erano tutelati in tutto il territorio nazionale dalla fitta rete di Consultori dell’*Opera Nazionale per la protezione della Maternità e Infanzia* (O.N.M.I.). Le mogli prolifiche venivano insignite di apposite medaglie e l’educazione demografica e il controllo delle nascite erano formalmente vietati dal Codice Rocco, che li considerava un *attentato alla integrità della stirpe*. Le donne infertili potevano essere curate con qualsiasi mezzo pur di dare *Figli della lupa* e si considerava l’inseminazione artificiale un valido mezzo terapeutico.

In occasione del XXXV Congresso della Società di Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, tenuto a Perugia dal 16 al 18 ottobre 1938, Tesauro, in qualità di Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica di Messina, presentò un’articolata e armonica relazione sulla sterilità femminile, in tutti i suoi molteplici aspetti: eziologico, anatomo-patologico, diagnostico, terapeutico e sociale, che ha rappresentato alta dottrina per decenni (24).

La sua presentazione, di oltre 100 pagine, sulla sterilità femminile fu inserita integralmente negli Atti del Congresso. In essa Tesauro mise a fuoco i vari aspetti della fisiopatologia della riproduzione femminile, prendendo in esame l’analisi statistica, i fattori etiologici, come il fattore costituzionale, l’alimentazione, le influenze climatiche, specie nelle aree delle colonie italiane, le disendocrinie, le alterazioni della funzionalità ovarica e le anovulazioni, le al-

terazioni della cellula uovo e della progressione dello spermatozoo, i fattori infettivi (gonococchi, sepsi da germi piogeni, lue, infezione tubercolare), le ovariti virali e batteriche, le malformazioni congenite dell'apparato genitale femminile, le ipoplasie uterine, le stenosi istmiche e cervicali. Problemi ancora da chiarire erano quelli legati alle difficoltà di annidamento dell'uovo, che, perfino attualmente, nella tecnica della fecondazione medicalmente assistita, rappresentano forse una buona parte degli insuccessi di *pregnancy rate*.

La diagnostica clinica e strumentale, la profilassi e la terapia medica e chirurgica della sterilità femminile completarono brillantemente la relazione di Tesauro.

Egli concluse che un compito specifico dei Ginecologi era quello di poter contribuire alla cura della sterilità di coppia e di impegnare la propria attività professionale nel promuovere la riproduzione umana (Tesauro G. Sulla sterilità coniugale. Atti XXXV Congresso SIGO - 1938).

Pende, Alfieri, Uselli, Clivio, Scaglione, Fornero, Gaifami, Revoltella, Dosena, Acconci, Bompiani, Maurizio, Massazza, Cappellani, Viana e Cattaneo, parteciparono esaurientemente al dibattito apprezzando, in maniera convinta, lo spessore e i contenuti della relazione di Tesauro.

Alla fine della discussione, l'assemblea degli iscritti SIGO approvò, all'unanimità, un documento conclusivo che metteva in evidenza:

1. La necessità che tutte le Cliniche ginecologiche universitarie e, dove fosse risultato necessario, anche i grandi Reparti ostetrico-ginecologici ospedalieri, fossero attrezzati in modo da espletare completamente le funzioni di Centri di accertamento e di cura della sterilità.

2. L'assoluta esigenza di uno studio completo e diligente di ogni caso di sterilità, del quale l'esame ginecologico rappresentava uno degli elementi fondamentali, per indirizzare la cura in modo veramente razionale ed efficace.

3. Gli eventuali pericoli di un trattamento ormonale non indicato e non bene indirizzato; i successi possibili con interventi chirurgici ginecologici effettuati con le indicazioni più opportune; i trattamenti da estendersi anche alle classi meno abbienti, in grado di ricevere un'adeguata assistenza *con caratteristiche d'urgenza* nelle Cliniche e nelle Sezioni ospedaliere specializzate.

4. Bisognava favorire i corsi di Ortogenesi, di Puericultura prenatale e di Profilassi ginecologica infantile e prepuberale, eventualmente istituiti ed attivati dal Ministero dell'Educazione Nazionale e inclusi nei programmi di in-

segnamento presso le Cliniche Ostetriche e Ginecologiche e le Scuole Ostetriche.

Tesauro è stato il primo in Italia ad avere intravisto il grande sviluppo futuro, teorico ed applicativo, della Fisiopatologia della Riproduzione, tanto che organizzò nel 1956, a Napoli, il *II World Congress on Human Fertility and Sterility* (Fig. 47).

Al *I World Congress on Human Fertility and Sterility*, tenutosi a New York nel maggio del 1953, aveva partecipato il professore Tesauro unitamente ai professori Mario Tortora, Vittorio Danesino, Raffaele Nappi ed Enzo Martella. Abraham Stone riferisce che la popolarità del Congresso si evinceva dal fatto che erano presenti 1300 medici registrati!⁽²⁵⁾

La serata di gala si svolse presso l'Hotel Commodore di New York. Nel 2001, per un caso fortuito, un nipote del professore Tesauro è venuto in possesso di una foto dell'evento nel corso di un'asta a Buenos Aires. In essa si può notare in primo piano il professore Tesauro, con la Signora Maria e con gli allievi professori Mario Tortora, Raffaele Nappi, Vittorio Danesino ed il figlio Beniamino, mentre al tavolo della presidenza spiccano i professori Art Campos da Paz (Brasile), Presidente dell'I.F.A., il Vice Presidente Edmondo G. Murray (Argentina) e il Segretario Generale Carlo D. Guerriero (Fig. 48).

Il *II World Congress on Human Fertility and Sterility*, tenutosi a Napoli nel 1956, fu uno dei più importanti svolti in Italia ed in quella città (Fig. 49). I congressisti (quasi duemila) provenivano da 65 Paesi diversi del Nord e Sud America, dell'Europa, dell'Asia e dell'Africa. Le relazioni erano contenute in 2.800 pagine in tutte le lingue. A metà congresso tutti i convenuti, di qualsiasi comunione, si recarono a Roma, con un treno speciale a rendere visita al Santo Padre Pio XII.

L'Osservatore Romano di domenica 20 maggio 1956 (Fig. 50) riportò in prima pagina la notizia “*Questa mattina il Santo Padre si è degnato di ricevere, nell'Aula delle Benedizioni, un ingente numero di scienziati, clinici, e sanitari, i quali si accingono a prendere parte al “Secondo Congresso Mondiale della Fertilità e Sterilità” che si tiene a Napoli, guidati dal Presidente del Comitato Or-*



Fig. 47 - Logo dell'*International Federation of Fertility and Sterility*.



Fig. 48 - I Congresso Internazionale di Fertilità e Sterilità. Serata di gala all'Hotel Commodore. New York, 28 maggio 1953. Il professore Tesauro con la moglie, il figlio Beniamino e gli allievi Tortora, Nappi, Danesino.

dinatore del Congresso professore Giuseppe Tesauo, dell'Università di Napoli ⁽²⁶⁾.

Con lui erano presenti il professore Luigi Gedda, Presidente del Segretariato Internazionale dei Medici Cattolici - il quale insieme con il professore Tesauo ha presentato a Sua Santità i distinti scienziati e clinici -, Nob. professore Riccardo Galeazzi Lisi, Accademico Pontificio Onorario, il professore Antonio Gasbarrini dell'Università di Bologna, il professore Augusto Mallarello dell'Università di Roma, e altri Dirigenti della Unione Medici Cattolici Italiani.

Nella distintissima accolta di illustri perrsonalità, appartenenti ad ogni Na-



- | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|
| 1. Alfonso Barone | 11. Giacomo La Torretta | 21. Pasquale Montesano |
| 2. Achille Marone | 12. Celestino Del Bianco | 22. Vittorio Danesino |
| 3. Gioina Conte Guida | 13. Signora Tesauo | 23. Antonio Carbonara |
| 4. Carlo Guida | 14. Maestra Bergonzoli | 24. Alfredo Fanelli |
| 5. Ugo Montemagno | 15. Ost. Licon | 25. Mariano Persico |
| 6. Mosè Napolitano | 16. Signora Anzisi | 26. Francesco Zullo |
| 7. Gaetano Anzisi | 17. Franco Calcagno | 27. Enzo Ferrari |
| 8. Giovanni Adinolfi | 18. Giuseppe Tesauo | 28. Antonio Ventura |
| 9. Mauro Liardo | 19. Salvatore Ciaramella | 29. Ambrosio |
| 10. Maione | 20. Arcangelo Colacurci | 30. Ost. De Filippis |

Fig. 49 - Il professore Tesauo con la moglie Donna Maria e con i suoi Allievi.

Il Congresso Internazionale di Fertilità e Sterilità. Mostra d'Oltremare. Napoli maggio 1956.

SECONDA EDIZIONE

LINE 35



CITTA DEL VATICANO

[illegible]

Vous Neus avez exprimé, Monsieur, le désir de voir Neus présenter nos hommages à l'occasion du dixième Congrès Mondial de la Femme et de la Santé, que vous tenez certainement à Naples. Nos vœux s'adressent avec empressement à votre santé et vous disons le plaisir nous particulier, que Neus éprouvons à recevoir une groupe imposant de sœurs et de pratiquants de tout pays divers. Vous vous apprêtez à étudier un sujet difficile et délicat, parce qu'il concerne l'une des fon-

C'est avec plaisir que nous vous remercions de votre envoi. Nous sommes très intéressés par votre travail et nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre revue. Nous vous remercions également de l'attention que vous portez à notre revue.

point de vue médical.

Il est bien évident que la nature et la méthode, lorsqu'elles abordent un problème de leur spécialité, ont le droit de concentrer leur attention sur ses éléments proprement scientifiques et de le résoudre en fonction de ces seules données. Mais lorsqu'on entre dans la voie des applications pratiques à l'homme, il est impossible de ne pas tenir compte des répercussions que les méthodes proposées auront sur la personne et son destin.

dunt, masticationesque procurantur
 Hanc operam rutilantem altissimae
 Nostrae quoque allocationis altissimae
 Virgineae Societatis ceterum partem
 punitis, die VIII mensis Octobris
 anno MDCCCLXII praeside, in
 hanc Epiphaniam, verba: De reate, le
 23-Officiis a deinde 24-ae le 25-ae 1722
 (Acta Ap. Sedis, vol. XVI, p. 1749,
 n. 489, 17 quatuor). Masticatio di-
 recte procurata et utilitatem sper-
 nit. Etiam sic licet, scilicet quod
 non sit tunc de reate. (Dilecti et
 Indilectissimi vol. XV, pag. 374).
 Cum vero Nobis altissimae sit, praeside
 Antistitumque consensumque plaribus
 in locis invenerit, opportunum di-
 cimus hanc eam, quae hunc moni-
 tum, commensurate altis istum
 medicare.

[illegible]

60

(Germania), Douairre Odette (Francia), Ferriera do Amaral (Brasile), Figueroa Casas Pedro (Argentina), Gevers Rudolph H. (Olanda), Green Armytage V.B. (Inghilterra), Jhavery C.L. (India), Joffe Debora (Sud Africa), Lambillon J.G. (Congo Belga), Kouros Nicolas (Grecia), Malcovati Piero (Italia), Maurizio E. (Italia), Nouel Carlos (Venezuela), Rozin (Israele), Roland Maxwell (USA), Semm Kurt (Germania), Stubbs C.H.G. (USA), Vaglio Nicola (Italia), Voza Francesco (Italia), Weisman Abner I. (USA), Williams W.W. (USA).

Nell'udienza svoltasi alle ore 11 l'Augusto Pontefice, accolto dal deferente omaggio di tutti gli intervenuti, ha rivolto alla distinta adunanza un sapiente discorso nel quale, rispondendo ad alcuni quesiti presentati dai medesimi Congressisti, ha illustrato, con la luce del suo Apostolico Magistero, esponendo le precise norme della legge morale approfondendo taluni aspetti del difficile e delicato argomento".⁽²⁶⁾

Sua Santità innanzitutto apprezzò moltissimo le intenzioni dei partecipanti a presentargli i loro omaggi, in occasione del *II Congresso Mondiale della Fertilità e Sterilità di Napoli*, esprimendo il piacere, del tutto particolare, di ricevere un gruppo così importante di scienziati provenienti da Paesi diversi.

Egli affermò che la sterilità coniugale involontaria, alla quale si cerca di porre rimedio con approfondite ricerche, ostacola spesso il fine principale del matrimonio e provoca nella coppia un malessere profondo e, anche, per un pudore istintivo, ma pericoloso, per la solidità dello stesso matrimonio. Per far fronte all'impossibilità della medicina moderna di trattare con successo molti di questi casi patologici, era stata istituita, nel 1951, l'Associazione Internazionale di Fertilità e Sterilità.

Già nel *I World Congress di Human Fertility and Sterility* tenutosi a New York nel 1953, gli organizzatori ed i partecipanti avevano approvato alcune specifiche ed urgenti soluzioni: richiedere ai governi ed alle agenzie private di provvedere a fornire adeguati supporti agli istituti clinici e di ricerca nel campo della fertilità umana, stimolare gli specialisti ad approfondire i vari aspetti della fertilità umana come un'importante branca della scienza medica, migliorare l'insegnamento della fisiopatologia della riproduzione umana nelle facoltà mediche, identificare cliniche specializzate, in cui fossero presenti medici competenti per il controllo della coppia infertile.

La mozione finale del Congresso di New York aveva segnalato che la sterilità coniugale involontaria sollevava un problema economico e sociale di gran-

de importanza, che contribuiva all'abbassamento dell'indice di fertilità delle popolazioni e poteva influenzare la vita e il destino dei popoli.⁽²⁶⁾

Sua Santità affermò che bisognava promuovere la natalità per assicurare la vitalità di una nazione e la sua espansione in tutti i campi: una natalità elevata manifesta, di norma, le energie creatrici di un popolo o di una famiglia, essa illustra il coraggio degli uomini davanti alla vita, con i suoi rischi e le sue difficoltà e sottolinea la loro volontà di costruire e di progredire.

Era pienamente vero che lo zelo manifestato per portare avanti le ricerche sulla sterilità matrimoniale e i mezzi per vincerla, presentavano un aspetto scientifico degno di attenzione, coinvolgendo alti valori spirituali ed etici, di cui ognuno avrebbe dovuto tenere conto.

Non era difficile comprendere perché il desiderio insoddisfatto della paternità o della maternità era sentito come un sacrificio penoso e doloroso per i genitori, animati da sentimenti nobili e sani. La sterilità involontaria del matrimonio poteva divenire un danno pericoloso per l'unione e la stabilità stessa della famiglia.

Il *II World Congress on Human Fertility and Sterility* di Napoli rispondeva, come il precedente di New York, alla volontà di sviluppare al massimo le conoscenze raggiunte sulla fisiopatologia della riproduzione, di diffonderle tra i medici di tutti i Paesi del mondo, di favorire anche un coordinamento di ricerche su alcuni punti delicati, in modo da ottenere risultati più significativi.

In quel consesso furono presentati numerosi risultati di ricerche sperimentali e cliniche, sui fattori endocrini e metabolici della fertilità e della sterilità, sulle cause di natura professionale legate anche alle intossicazioni croniche, sui nuovi metodi di diagnosi e terapia della sterilità maschile e femminile, sulla diagnostica nell'ovulazione e nella spermatogenesi, sul trattamento dei loro disordini, sul trattamento chirurgico della sterilità e sugli aspetti medico-legali e sociali dell'inseminazione artificiale, raccomandando lo sviluppo di un esame prematrimoniale, come misura preventiva per l'infertilità, un miglioramento nel trattamento delle malattie veneree ed una più adeguata educazione sessuale.

Inoltre, si ribadì, in maniera ancora più convinta rispetto a quanto già approvato a New York, la necessità di realizzare, allo scopo di ridurre la mortalità perinatale, neonatale ed infantile, un più valido supporto ai Centri di maternità ed alla cura dei neonati e dei bambini.

Pio XII ricordò che *“non solamente l'opera comune di una vita esteriore – come*

dicemmo in una allocuzione diretta alle Ostetriche il 29 ottobre 1951 – ma ancora tutto l'arricchimento personale, cioè intellettuale e spirituale, fino a quel che vi è di più spirituale e profondo nell'amore coniugale come tale, è stato messo per volontà della natura e del Creatore al servizio della discendenza" (Discorsi a Radiomessaggi, vol. XIII pag. 348-349). Questo era l'insegnamento della Chiesa: essa aveva rigettato il concetto di matrimonio fine a se stesso, che avrebbe minacciato di ridursi solo ad una ricerca egoistica di soddisfazioni affettive e fisiche, nell'interesse dei soli sposi.

Ma la Chiesa aveva scartato anche l'opposta attitudine che pretenderebbe di separare, nell'atto di generare, l'attività biologica dalla relazione personale dei congiunti. Il figlio è il frutto dell'unione coniugale, quando essa si esprime nella pienezza, attraverso la messa in opera di funzioni organiche, di sensibili emozioni ad esse legate, dell'amore spirituale e disinteressato che lo anima; è nell'unità di questo atto umano che devono essere poggiate le condizioni biologiche della procreazione. Mai era permesso di separare questi diversi aspetti al punto da escludere positivamente sia l'intenzione procreatrice sia il rapporto coniugale. La relazione che unisce il padre e la madre al loro figlio, ha radici in un fatto organico e più ancora nella pratica deliberata degli sposi, che si consegnano l'un l'altro, con la volontà di donarsi e di trovare il loro vero risultato nell'essere che essi mettono al mondo. Si può dunque affermare che la fecondità umana, sul piano fisico, riveste aspetti morali essenziali, che è necessario considerare, anche quando si tratta il soggetto da un punto di vista medico.

Pio XII sulle diverse questioni morali, che si ponevano a proposito della fecondazione artificiale, si era già espresso in un discorso indirizzato ai medici il 29 settembre del 1949, ribadendo che bisognava rigettare i tentativi di fecondazione artificiale umana, in quanto immorali ed assolutamente illeciti, accettando solamente l'utilizzazione di quei mezzi artificiali destinati unicamente a facilitare l'atto naturale normale. La fecondazione artificiale oltrepassava i limiti dei diritti che gli sposi hanno acquisito con il contratto del matrimonio, cioè quello di esercitare pienamente la loro capacità sessuale naturale nell'accoppiamento naturale dell'atto matrimoniale. Il contratto in questione non conferisce loro il diritto di ricorrere alla fecondazione artificiale, perché un tale diritto non è espresso, in alcun modo, nel diritto dell'atto coniugale naturale né potrebbe essere derivato. Ancora meno potrebbe essere de-

rivato dal diritto del bambino, fine primario del matrimonio. Il contratto matrimoniale ha per oggetto non il neonato, ma gli atti naturali, che sono capaci di generare una nuova vita e destinati a quella, per cui, con la fecondazione artificiale, si violava la legge naturale, in quanto contraria al diritto ed alla morale.

Se la fecondità rispondeva ad alcune esigenze dell'organismo e soddisfaceva gli istinti potenti, essa coinvolgeva il piano psicologico e morale, per cui l'opera di educazione superava ancora per la sua portata e per le sue conseguenze, quella della procreazione.

Pio XII ribadendo che la Chiesa cattolica era depositaria delle volontà divine (insegnando la fecondità superiore delle vite interamente consacrate a Dio) concluse *“che quelle considerazioni esposte in quella occasione non dovevano deludere le loro aspettative, ma avrebbero permesso di intraprendere le loro ricerche in una giusta direzione e di apprezzarne il valore. Quello che Voi auspicate non è solamente quello di aumentare il numero di uomini, ma di elevare il livello morale dell'umanità, le sue forze benefattrici, la volontà di crescere fisicamente e spiritualmente. Voi volete rendere a novello fervore l'affetto di tanti sposi che vivono tristi in un mondo deserto; lontani dall'intravedere uno sbocco, le vostre ambizioni mettono al loro servizio tutto il vostro sapere perché si risveglino queste mirabili risorse, che Dio ha nascosto nel cuore dei padri e delle madri per aiutarli a salire verso di Lui, insieme a tutte le loro famiglie. Investiti da una tale responsabilità voi proseguirete con un crescente ardore, mentre Noi osiamo sperare che il vostro lavoro scientifico e le realizzazioni pratiche siano coerenti con quelle che vi abbiamo proposto”*.

Terminato il Suo discorso, parte in francese e parte in latino, ascoltato con la più devota attenzione e coronato dai più vivi consensi, l'Augusto Pontefice impartiva la Benedizione Apostolica. Quindi disceso dal trono, il Santo Padre si intratteneva con molti degli illustri personaggi presenti, che a Lui rinnovavano l'espressione di reverente gratitudine per l'alto insegnamento.

Infine Sua Santità, risalito solennemente in Sedia Gestatoria lasciava l'Aula mentre si ripeteva, entusiastico il devoto omaggio dell'eletta assemblea.

Questo intervento di Papa Pio XII per la Chiesa di Roma è stato di un tale spessore religioso, etico e tecnico-scientifico, che in numerose occasioni, è stato richiamato e condiviso dai vari Papi. In particolare nel Documento della Congregazione per la Dottrina della Fede pubblicato, il 22 febbraio 1987, con

l'approvazione di Sua Santità Papa Giovanni-Paolo II, su *“Il Rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione”*, il Prefetto Joseph Cardinale Ratzinger, attuale Papa Benedetto XVI, nel capitolo riguardante la fecondazione artificiale omologa, riportò alcune affermazioni del Santo Padre Pio XII: *“La medesima dottrina relativa al legame esistente tra i significati dell'atto coniugale e tra i beni del matrimonio chiarisce il problema morale della fecondazione artificiale omologa, poiché non è mai permesso separare questi diversi aspetti al punto da escludere positivamente o l'intenzione procreativa o il rapporto coniugale”*. Il Cardinale Ratzinger citò nella bibliografia di questo documento proprio il discorso di Papa Pio XII ai partecipanti al II Congresso Mondiale di Napoli sulla Fecondità e Sterilità umana del 19 maggio 1956 (AAS 48(1956) 470.41 C.I.C. can 1061).

Voglio inoltre citare un episodio poco conosciuto verificatosi nel Congresso di Napoli: tra i vari scienziati addetti ai lavori, Kurt Karl Stephan Semm (1927-2003) (Fig. 51), unitamente al suo Direttore Richard Fikentscher, presentò i risultati clinici di un modello sperimentale di un insufflatore elettronico di CO₂ (Fig. 52), per accertare la pervietà delle tube di Falloppio. Durante il Congresso, Semm incontrò il francese Raoul Palmer (1904-1985), il Maestro della laparoscopia, rimanendo folgorato da quel nuovo approccio chirurgico, che utilizzava l'aria per il pneumoperitoneo. Semm riconobbe subito l'applicabilità del suo insufflatore tubarico all'armamentario della laparoscopia, anche se era necessario inserire alcuni sistemi di protezione, per l'induzione del pneumoperitoneo. Egli fondò la società



Fig. 51 - Kurt Karl Stephan Semm (1927-2003).



Fig. 52 - L'isteroinsufflatore di Fikentscher-Semm.

tedesca di *Fertility and Sterility* proprio nel 1956. La scintilla era scoccata: Semm cominciò ad operare per via laparoscopica cisti ovariche, miomectomie, gravidanze ectopiche e adesiolisi, estendendo la procedura a tutto quello che si poteva realizzare nella chirurgia ginecologica e nella chirurgia addominale, quali colecistectomie e appendicectomie mediante l'utilizzo dei suoi strumenti. Nel 2002 Semm ricevette il prestigioso premio di *Pioneer in Endoscopy dalla Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeon*. Napoli aveva involontariamente agevolato un altro miracolo anche nel campo della ginecologia chirurgica per via laparoscopica!⁽²⁷⁾

Tesauro era consapevole del grande sviluppo che avrebbe avuto la fisiopatologia della riproduzione umana in Italia, per cui, anche in qualità di componente del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, si impegnò con forza perché nel 1968 fosse bandito il Concorso per il conseguimento della Libera Docenza in Fisiopatologia della Riproduzione umana, il primo e l'ultimo del genere, che consacrò tre nuovi docenti il professore Ugo Montemagno della Scuola napoletana ed i professori Giuseppe Benagiano e Salvatore Mancuso della Scuola di Roma.



Fig. 53 - Logo SIGO (1892).

Come Presidente della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (1959-1962) (Fig. 53) Tesauro, nel discorso inaugurale del Congresso di Roma, del maggio 1962, ricordò, tra l'altro, che, nel 1930, Ernesto Pestalozza, proprio in quell'aula, aveva letto la sua appassionata difesa dell'autonomia della Ginecologia, formata sulla base dell'Ostetricia e concluse affermando che la Ginecologia appartiene all'Ostetricia, per diritto di filiazione naturale e che *la Ginecologia ha formato la propria dottrina sulle orme degli Ostetrici*.

Lo sviluppo storico della disciplina e indicazioni di ordine pratico avevano determinato e consacrato una di-

stinzione tra Ostetricia e Ginecologia, accettata nell'uso e riportata negli ordinamenti didattici e nei libri. La pratica ostetrica era stata la prima a svilupparsi, per motivi di solidarietà umana, di assistenza alle madri nel parto e di protezione del nuovo essere. Logicamente ne era derivato un anticipo rispetto alle altre branche della medicina, nella formulazione delle norme e poi dei relativi testi.

La Ginecologia era sorta quando l'evoluzione umana aveva permesso di sentire non più soltanto la necessità della conservazione della vita e della continuazione della specie, ma di apprezzare, altresì, il benessere della salute e il bisogno di curare – sia pure empiricamente – la patologia nella donna. Solo molto più tardi si comprese che, come base della terapia, dovesse essere affrontata la conoscenza dell'anatomia e della fisiologia della donna.

Inoltre, un Comitato di esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Igiene della Maternità e Infanzia, riunito a Ginevra nel giugno del 1963, presentò un rapporto che sottolineava come l'Ostetricia e la Ginecologia erano strettamente legate e che, pertanto, legittimamente non potevano essere considerate come due discipline distinte. Infatti, a causa dei loro stretti rapporti, le due branche della specialità dovevano essere trattate in un solo e unico reparto di Ostetricia e di Ginecologia. Il Comitato esaminò anche la possibilità di realizzare un insegnamento unico, con l'uso di libri che trattassero le due parti, rilevando che l'Ostetricia e la Ginecologia erano già insegnate congiuntamente in alcune Università, ma separatamente in altre, per cui ne derivava la necessità di organizzare un insegnamento integrato ed omogeneo in tutte le sedi.

Un Comitato di qualificazione della Federazione Internazionale di Ostetricia e Ginecologia, sotto la presidenza FIGO di Tesauro, pervenne a conclusioni analoghe in una riunione tenuta in occasione del Congresso Mondiale (Buenos Aires, Mar del Plata, settembre 1964). In tale sessione, la maggior parte delle Società nazionali si dichiarò favorevole al termine più ampio di *ginecologo*, in contrapposizione al doppio termine *ostetrico-ginecologo*, approvò l'uso del termine unico di *Ginecologia* e suggerì che le Società affiliate si adeguassero alle nuove concezioni, in maniera da adoperare un'unica denominazione.

Tesauro fu, quindi, un preconizzatore della moderna Ginecologia, che interpretò in forma dinamica, quale scienza in continua evoluzione, sostenendo, con molto vigore, che il termine di Ginecologia compendia e compren-

de tutto il gruppo delle nostre discipline, come trattazione completa della fisiopatologia dell'apparato genitale femminile in tutte le fasi della vita, delle correlazioni con altri apparati ed organi, dei quadri clinici che ne derivano, e che l'Ostetricia risulta implicitamente compresa in questa definizione, come parte essenziale, che fornisce gli elementi più suggestivi per interpretare l'embriologia, l'anatomia e la fisiopatologia ginecologica.

Proprio per questi motivi dottrinali, culturali e tecnico-scientifici Delle Piane, Maurizio e Tesauro, decisero di pubblicare, nel 1966, la loro opera in sei volumi con il titolo "*Trattato Italiano di Ginecologia*".

Inoltre, Tesauro sottolineò, sempre ed in ogni consesso, che la Puericultura prenatale doveva essere di competenza del ginecologo, non condividendo l'ipotesi che essa potesse essere considerata una *Pediatria preventiva e sociale*.⁽²⁸⁾

TESAURO E LA PUERICULTURA PRENATALE

Come già riferito precedentemente, Giuseppe Tesauro, durante la sua permanenza a Parigi, rimase molto colpito dalle nuove teorie e dalle innovative realizzazioni nel campo della Medicina, intesa anche come “*Scienza Sociale*”, ed in particolare della “*Puericultura prenatale*” e della prevenzione della mortalità e morbilità perinatale.

Tesauro, a partire dagli anni '40, comprese che il ginecologo doveva occuparsi, oltre che della donna gravida, anche del feto in utero, che non poteva essere considerato solo un oggetto del parto o un corpo mobile. Era necessario studiare il feto nella camera gestazionale materna, valutare i rapporti materno-fetali, il significato della funzione placentare, preconizzando la diagnostica prenatale e la relativa profilassi.

Nel Trattato Italiano di Ginecologia, edito nel 1966 insieme a Giuseppe Delle Piane, Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Torino ed Eugenio Maurizio, Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Roma, Tesauro curò personalmente il capitolo sulla “*Puericultura prenatale*”, che rappresenta tuttora una pietra miliare sull'argomento⁽²⁹⁾ (Fig. 54).

La Puericultura prenatale è una scienza che, con mezzi opportuni ed idonei, protegge il nuovo essere, già prima del concepimento, favorisce lo sviluppo armonico dell'embrione e del feto, cerca di prevenire i pericoli al momento del parto, controlla e favorisce lo sviluppo del neonato, allontana dal bambino i rischi legati all'ambiente e guida, infine, il suo orientamento alle soglie della adolescenza (Weill-Hallé)⁽³⁰⁾.

Tesauro, fedele alla impostazione di Pinard, sottolineava che la Puericultura va distinta in pre-natale, pre-concezionale e post-concezionale, e post-natale.

Secondo Pinard, la protezione del prodotto del concepimento e del neo-



Fig. 54

nato doveva essere considerata una “*véritable mystique*”, poiché essi “*possèdent un dépôt sacré, leur descendance*”. L’ostetrico aveva il compito di osservare e studiare l’organismo femminile ed utilizzare le proprie conoscenze per indirizzare la coppia verso un concepimento che avesse le migliori possibilità evolutive. Inoltre, l’ostetrico doveva assistere la gestante durante la gravidanza ed il parto, rianimare il feto e legare il cordone ombelicale, separando il nuovo essere dall’ambito materno ed affidandolo successivamente alle cure del neonatologo.

In un documento finale approvato all’unanimità in occasione del XXXV Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, tenuto a Perugia dal 16 al 18 ottobre 1938, Tesaro auspicò che il Ministero dell’Educazione Nazionale proponesse nuovi corsi per la tutela e l’incremento della famiglia, sottolineando l’importanza della Puericultura prenatale e della profilassi ginecologica infantile e prepuberale. Questi corsi, svolti da docenti della specialità, dovevano riguardare sia la ortogenesi che la puericultura, ed essere inclusi nei programmi di insegnamento delle Cliniche Ostetriche e Gi-

necologiche e delle Scuole Ostetriche. ⁽²⁴⁾

Nell'ambito della Puericoltura prenatale, Tesauro sottolineando l'importanza delle cosiddette *interazioni prenatali*, sosteneva che lo stato fisiologico dei genitori al momento del concepimento (età, parità, condizione di salute, ecc.) potesse influenzare il genotipo e, quindi, la *qualità* della discendenza. Fra l'altro Tesauro attribuiva maggiore importanza alle condizioni materne rispetto a quelle paterne, per effetto della grande quantità di sostanza *extragenica* presente nella cellula uovo, rispetto allo spermatozoo, ed in grado di modificare le caratteristiche dell'ambiente intrauterino. La genomica del DNA mitocondriale di origine materna non era stata ancora scoperta, ma gli spiriti illuminati già avevano ipotizzato alterazioni legate a geni non nucleari.

Tra i vari fattori materni – definiti *fattori generali* – l'età e la parità esplicavano la principale influenza sul fenotipo dei figli, sui quali, secondo il professor Tesauro, la medicina preventiva non sempre poteva intervenire.

Non andavano trascurati i *fattori infettivi*: era già noto, infatti, che l'evoluzione della gravidanza poteva essere influenzata dalle infezioni in atto, attraverso lesioni dell'embrione e del feto, dovute ad infezione diretta transplacentare, ad alterazioni della funzione placentare successive a turbe circolatorie (trombosi), a processi infiammatori locali, a turbe di attività metaboliche materne essenziali per la vita del feto. Inoltre, era stato osservato che le lesioni dovute al passaggio transplacentare di agenti infettivi, erano differenti, a seconda che si stabilissero nel periodo embrionale (embriopatie, con gravi turbe dell'organogenesi) o fetale (fetopatie, con processi infiammatori a carico degli organi metabolicamente più attivi, come l'encefalo).

Tesauro, ritenendo fondamentali anche i *fattori nutritivi e le vitamine*, propendeva per un regime alimentare sufficiente, completo ed equilibrato, per assicurare una normale evoluzione della gravidanza ed un armonico sviluppo del prodotto del concepimento. La prolungata carenza di principi nutritivi poteva causare aborti, parti prematuri, sviluppo staturale e ponderale del feto, inferiori alla norma, e mortalità perinatale.

Secondo Tesauro, tuttavia, la più vasta azione preventiva poteva essere effettuata nei confronti dei *fattori chimici*, evitando il contatto della gestante con agenti potenzialmente causa di intossicazioni professionali o accidentali (ad esempio, nelle industrie) o con farmaci in grado di danneggiare il prodotto del concepimento, in virtù delle loro proprietà o in caso di sovradosaggio.

Tesauro sottolineò, infine, anche l'importanza di fattori *fisici, endocrini ed immunitari* e studiò con particolare interesse i danni che potevano derivare al feto, in caso di incompatibilità immunitaria tra la madre ed il feto. Esempio tipico è rappresentato dalla malattia emolitica del feto e del neonato, dovuta ad isoimmunizzazione materna da incompatibilità, specie nell'ambito del Fattore Rh e del sistema AB0.

Tra i *fattori accidentali* della mortalità perinatale Tesauro indicava le lesioni fetali che si verificano nel corso del travaglio e del parto per via vaginale (in particolare in relazione agli interventi estrattivi), nonché gli errori di rianimazione e la carenza o deficienza di cure neonatali e postnatali appropriate.⁽²⁹⁾

Compito dell'Ostetricia era individuare i fattori eziologici della mortalità perinatale e prevenirli, migliorando le condizioni di assistenza della gestante, sia durante il decorso della gravidanza che durante il parto.

Per quanto riguarda l'assistenza alla gravida, Tesauro ricordava sempre la grande importanza della preparazione psicoprofilattica al parto, in quanto essa non solo metteva la gestante in condizione di affrontare in migliori condizioni psichiche il parto e ricavarne vantaggi notevoli, ma favoriva l'interazione tra la gestante stessa ed il ginecologo, che aveva così la possibilità di prevenire e curare, tempestivamente, le condizioni morbose del III trimestre di gravidanza, spesso le più pericolose, ma più facilmente prevenibili o curabili. Tale profilassi doveva essere integrata con opportuni controlli prenatali, che dovevano iniziare in epoca gestazionale precoce.⁽³¹⁾

Nel 1980, Tesauro fu il primo a promuovere l'introduzione in Italia dell'insegnamento di Puericultura prenatale, oggi più opportunamente definita Medicina Fetale, favorendo l'istituzione e l'attivazione della prima cattedra italiana di Puericultura prenatale, di cui fu Ordinario il professore Alfredo Paladini, presso l'Istituto di Ginecologia ed Ostetricia dell'allora seconda Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli.

Nel corso di un Meeting Nazionale sulle Metodiche biofisiche di monitoraggio fetale intrapartum, organizzato dal professore Diego Marchesoni a Udine, il 20 e 21 novembre 2006, ho avuto modo di conversare amabilmente con il professore Pasquale Grella, già professore di Puericultura prenatale, e attualmente Ordinario di Ginecologia ed Ostetricia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova. Egli mi ha ricordato un episodio che riguardava il professore Tesauro in merito all'assistenza alla gravida,

che doveva essere ancora più accurata quando essa si presentava ad alto rischio, in quanto l'esperienza aveva dimostrato che la maggior parte delle complicazioni perinatali si concentrava nelle gravidanze esposte a manifestazioni patologiche.

Nel 1969, Nesbitt e Aubry avevano proposto un questionario per l'identificazione del rischio ostetrico, distinto, in base ad un punteggio, in tre categorie di gravide: ad *alto*, *medio* e *basso* rischio.

Nel 1971, il compianto professore Giacomo La Torretta (1922-1973), Allievo del professore Tesauro e Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Messina, aveva organizzato un Simposio di Medicina Perinatale, che aveva richiamato in quella città i maggiori studiosi italiani dell'argomento e che fu un successo personale, per l'apporto della Sua Scuola ai problemi dibattuti.

Durante la seduta finale del Congresso, il professore Tesauro, seduto accanto al professore Grella, dopo aver ascoltato tutte le relazioni scientifiche, si alzò e, con la sua ben nota voce tonante e con grande sorpresa dell'uditorio, si disse del tutto contrario su quanto avevano fino allora esposto i vari oratori.

Con la saggezza del Maestro e con la sua geniale intuizione affermò: *“Non dovete temere le gravidanze ad alto rischio, ma quelle a basso rischio, perché, una volta etichettate come tali, non meritano più una grande attenzione e rischiano di non essere seguite con la dovuta diligenza, riserbando così amare sorprese”*.

Questo monito del professore Tesauro è rimasto particolarmente impresso nella memoria del professore Grella ed è tuttora valido, come dimostrano l'esperienza quotidiana nella valutazione della responsabilità professionale ostetrica, ed, in particolare, l'attuale tendenza a derubricare, a sottovalutare e a devolvere l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio nei casi ritenuti *a basso rischio*.

TESAURO ED EUGÈNE DOUAY

Quando, nel 1962, allievi ed amici vollero offrire a Tesauro una raccolta di oltre 250 contributi, in occasione del compimento dei suoi 25 anni di insegnamento, Eugène Douay, Presidente d'onore della Società francese di Ginecologia, gli dedicò una breve nota, che intitolò delicatamente "*Souvenir*". Da essa traspare la sua anima di amico sincero che ha seguito con viva partecipazione l'attività di docente di Tesauro, che, in quella occasione, riconobbe che le parole dettate da Douay avrebbero fatto parte dei suoi ricordi più cari ⁽³²⁾ (Fig. 55).

Douay descrivendo il giovane assistente straniero, dal viso aperto e simpatico, che seguiva gli interventi di Jean Faure (brillante chirurgo della Ginecologia francese presso l'Hôpital Broca di Parigi) (Fig. 56), affermò che ben presto Tesauro era divenuto il loro migliore allievo e, per lui, un vero amico. Tesauro seguiva la clinica con assiduità, interessandosi a tutto, adottando il lavoro in collaborazione che prevedeva l'esame clinico dei malati, le ipotesi di diagnosi, la relativa terapia chirurgica e l'identificazione, per ciascun malato, di uno schema delle lesioni osservate. Al momento dell'intervento, la sala operatoria era il campo di attività del professore Faure, e Tesauro in prima fila, osservava, con grande profitto, la tecnica operatoria, brillante e rapida del Maestro della chirurgia ginecologica francese.

Negli anni '27 e '28 l'attività ospedaliera era molto attiva e Tesauro seguiva con assiduità i corsi di perfezionamento di Douay sulle applicazioni del radium e le insufflazioni tubariche. Nel laboratorio, anche il professore Champy accolse il giovane medico italiano con benevolenza e gli mostrò le ricerche che allora conduceva sulla sessualità dei vertebrati inferiori e sull'azione degli ormoni sessuali.

Il cancro del collo dell'utero ed il problema del cancro del moncone cervicale, dopo isterectomia sub-totale, all'epoca molto praticata, costituivano al-

cune delle più grandi preoccupazioni di Douay. Infatti, Egli riconosceva le difficoltà di trattamento chirurgico e radioterapico di queste neoplasie particolarmente gravi. Tesauro scrisse sull'argomento un lavoro in francese, comunicato, con molto successo, alla *Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris*.

Con molta delicatezza, Douay riconobbe nel "Souvenir" che "*Après deux ans d'études avec nous, Tesauro, dûnt nous quitter, mais il n'oublia jamais les années passées à Paris, années de travail et aussi de bonheur, car sa jeune femme était là, et elle lui donna la joie d'une paternité très désirée*".

Al ritorno in Italia, le solide qualità intellettuali e scientifiche e l'ardore nel lavoro avrebbero aperto a Tesauro le porte di una carriera medica di primo piano, tanto che Douay lo ha ritrovato spesso in Congressi in Francia ed in Italia. Quando Douay venne in Italia in occasione del 41° Congresso SIGO di Napoli, nell'ottobre del 1951, visitò con ammirazione la Clinica che il Direttore Tesauro aveva organizzato a S. Andrea delle Dame.

Douay ricordava un avvenimento che gli era molto caro. "*Nel discorso inau-*



Fig. 55 - Eugène Douay (1881-1967).

gurale del Congresso nella grande sala gotica dei Baroni del Maschio Angioino, il mio amico Tesauro si avviò verso di me ed in francese mi disse che mi era riconoscente per l'insegnamento che aveva ricevuto durante il suo soggiorno a Parigi, presso la Clinica Ginecologica della Facoltà. Questo gesto di gratitudine da parte di un eminente professore di Ginecologia verso il suo vecchio Maestro di Parigi prova la bella e sincera amicizia che ci unisce. Grazie, mio caro amico, per questa cordiale simpatia che, debbo dire, è reciproca".

Nel *II World Congress on Human Fertility and Sterility* di



Fig. 56 - L'Hôpital Broca di Parigi. Maurice Utrillo, 25 agosto 1914.

Napoli, del 1956, Douay, Presidente d'onore, affermò che *“il professore Tesauro circondato da tutti i suoi allievi, che per me sono degli amici, ha presieduto, con tutte le qualità richieste, questa grande riunione internazionale. Accanto alle relazioni scientifiche molto interessanti, ho constatato come i nostri amici italiani erano*

molto vicini al nostro cuore francese e io ancora una volta ho riconosciuto come Tesauro sapeva risvegliare questo sentimento prezioso di amicizia franco-italiana” (Parigi, 6 giugno 1961).

Gli allievi che hanno visto operare Faure, di solito, osservavano, nella sala operatoria, una nota sulla lavagna, con la fine scrittura di Douay, con il riassunto dei sintomi, un disegno delle probabili lesioni ed una diagnosi. Douay era lì ogni giorno a ripassare la *prova del malato*, così temuta nei concorsi, e, aperto l'addome, bisognava convenire che la diagnosi era confermata quasi tutti i giorni.

Dopo l'intervento, ancora Douay studiava il pezzo operatorio e ne faceva un disegno colorato, più espressivo delle nostre attuali fotografie e con una vera qualità artistica.

Anche Raoul Palmer (1904-1985) ebbe la fortuna di esser guidato da lui nei primi passi della pratica ginecologica e di seguire uno dei suoi ultimi corsi di perfezionamento, da cui rimase profondamente segnato.^(33, 35)

Questi corsi, che si svolgevano 3 o 4 volte l'anno, erano certamente quelli più interessanti e più altamente formativi nella Ginecologia in Francia, ma soprattutto erano manifestazione di prestigio e di attenzione della Francia per lo straniero. Egli aveva, in ogni corso, una quarantina di iscritti, di cui circa un terzo venivano dall'America Latina e un altro terzo dal vicino Oriente; purtroppo Palmer riconosce che i Francesi non erano i più numerosi.

Di questi corsi, si possono trovare l'essenza e lo spirito nel libretto giallo citrino di Ginecologia pubblicato tra il 1930 e il 1934 nella collezione delle consultazioni giornaliere presso Doin.

Gli strumenti e gli apparecchi legati al nome di Douay erano tutti di estrema semplicità: la pinza da biopsia, che resta la migliore, il suo ago per la puntura del Douglas, la siringa per il lipiodol nella isterosalpingografia, la più semplice di tutte, il suo insufflatore tubarico ed infine la pinza per adesiolisi endouterina e per la salpingolisi, chiamata pinza di Douay-Palmer (Fig. 57).

I temi prediletti da Douay furono la sterilità (1927, 1947), la tubercolosi annessiale (1934), la metrite cervicale policistica e l'adenoma del collo (1935), l'endometriosi (1942), l'insufflazione tubarica (1948) e il ruolo terapeutico della Isterosalpingografia (1955), l'ormonologia, che si affacciava alla porta, (mentre la psicosomatica non aveva ancora un nome), e innanzitutto, la ginecologia delle malattie organiche e dei sintomi, che, insieme ad un attento esame clinico, permettevano di pervenire ad una precisa diagnosi lesionale.

Ma per la maggior parte dei ginecologi francesi ed europei, Douay resta innanzitutto il difensore, con Cotte, della chirurgia conservatrice, in tutte le maniere (miomectomia, isterectomia sopraistmica, conservazione ovarica dopo isterectomia e la chirurgia restauratrice tubarica) e gli autotrapianti di ovaio nelle grandi labbra, che rappresentarono, quando gli ormoni ancora balbettavano, una soluzione importante per la semplicità tecnica, per la indiscutibile efficacia e sicura innocuità.

Nel 1938, in occasione del XXXV Congresso della Società di Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, Douay prese la parola esprimendo *“le sue felicitazioni per il bel lavoro presentato dal nostro Collega Tesauvo”* sulla sterilità femminile.



Fig. 57 - La pinza di Douay-Palmer.

Il Maestro della Ginecologia francese sottolineò che l'insufflazione tubarica, anche senza le caratteristiche tecniche dell'apparecchio di Donnet, aveva comunque reso grandi servizi pratici. Egli aggiunse che se l'insufflazione tu-

barica mostrava una pervietà normale, era sufficiente praticare la ligamentopessia per retroversione uterina, la miomectomia per fibroma uterino, l'ovariectomia subtotale per ovaio cistico, raccomandando di non traumatizzare inutilmente le tube rispettandone l'integrità.

Se, al contrario, l'insufflazione tubarica era negativa bisognava approfittare dell'intervento laparotomico, per ristabilire una ottimale pervietà tubarica. Allo scopo di chiarire la situazione anatomopatologica e clinica e di stabilire il grado di pervietà tubarica, bisognava sempre effettuare la isterosalpingografia.

In caso di piccole lesioni, gli esiti a distanza erano buoni, mentre in caso di lesioni gravi e di antica data, resistenti a tutti i trattamenti, erano dubbi e ingannevoli. Douay riconobbe, con la solita franchezza e serietà, che dalla sua vasta casistica operatoria sulla salpingoplastica si evinceva che, malgrado il ritorno ad una permeabilità anatomica, spesso, la perdita della normale peristalsi, dimostrata mediante la isterosalpingografia e la persufflazione chimografica secondo Rubin, rappresentava la causa di un tasso di gravidanze molto basso, circa il 5% in caso di salpingostomia.

In caso di irregolarità mestruali e di amenorrea il trattamento efficace, secondo Douay, doveva essere costituito da associazioni con estratti di ipofisi anteriore, di follicolina e luteina e con l'uso talvolta, di 10 mg di testosterone acetato, somministrato in unica unica fiala 12 giorni prima del flusso.⁽²⁴⁾

Tesauro pubblicò con commozione, sull'Archivio di Ostetricia e Ginecologia (fondato da Ottavio Morisani), di cui era il Direttore responsabile, il necrologio in cui comunicava che il 2 febbraio 1967 si era spento a La Celle Saint-Cloud presso Parigi il professore Eugène Douay, Presidente onorario della Società francese di Ginecologia. Egli ricorda che Douay era stato chiamato da Faure, professore di Clinica Ginecologica all'Hôpital Broca a ricoprire il ruolo di *Chef de Clinique* e poi, per 15 anni, quello di Direttore dei lavori scientifici.

Tesauro ricordava il professore Eugène Douay quale collaboratore instancabile di Faure: dal Maestro egli aveva appreso non solo i segreti della tecnica operatoria, ma anche la rettitudine morale, nell'esercizio quotidiano della clinica e dell'insegnamento. Con signorilità e passione, seguiva scrupolosamente il lavoro dei suoi collaboratori senza far pesare la sua autorità, limitandosi a dare suggerimenti ed insegnamenti preziosi, in tal modo era riuscito a creare, nel suo reparto, un'atmosfera di serenità e di perfetto affiatamento, che permetteva a ciascuno di svolgere responsabilmente il proprio lavoro.⁽³³⁾

LA “FUCINA DEL SAPERE”: LA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA DI SANT’ANDREA DELLE DAME

Ricordo che quando nel lontano 1° settembre 1968 fui accolto dal Maestro, come Medico interno ed, in seguito, come specializzando nell’austera Clinica napoletana, constatai che il professore Tesauro aveva fatto in modo che la famosa Clinica Ostetrica e Ginecologica di S. Andrea delle Dame raggiungesse livelli invidiabili di ordine, di efficienza, di modernità e di funzionalità, in grado di confrontarsi, degnamente, con altri Centri di eccellenza, italiani e stranieri. Essa rappresentava per tutti – docenti e studenti – una vera oasi di alacrità e ordinata attività clinica e scientifica, a cui si accedeva con una totale dedizione, solo se animati da una ferrea volontà di apprendere, dall’amore per lo studio e da un profondo senso del dovere. L’intenzionale distacco degli Allievi dalle *cose terrene* nel risoluto perseguimento della perfezione nella scienza accademica, permetteva una concentrazione tale sulle molteplici attività assistenziali, a supporto degli interessi pedagogici e della ricerca, da apparire quasi una forma di clausura.

Durante le mie prime settimane di internato ebbi il privilegio di catalogare tutto il materiale custodito presso l’Archivio, ubicato al secondo piano della Clinica Ostetrica e Ginecologica. Esso era contenuto in un enorme stanzone, con pareti tappezzate da scaffalature, alte fino al soffitto e stipate di libri antichi di Anatomia, Anatomia Patologica e di Ostetricia e Ginecologia, di documenti e atti, che risalivano al periodo della piena attività del Complesso monastico di Sant’Andrea delle Dame e di numerosissime cartelle cliniche, risalenti alla fine del 1900, quando, per merito di Ottavio Morisani, avvenne una definitiva sistemazione, con il trasferimento della Clinica in quella nuova sede, più rispondente alle esigenze dei Docenti e dei discenti.

In particolare le cartelle cliniche suscitarono la mia attenzione: erano di grandi dimensioni e scritte con una grafia da abile amanuense. L'anamnesi fisiologica e patologica, remota e prossima, i reperti clinici e tutti gli atti medici, effettuati sulle pazienti, erano vergati accuratamente con una penna ad inchiostro nero; spesso si poteva leggere, per esempio, la descrizione di un'applicazione di forcipe iniziato di mattina e perdurato oltre 24 ore, con la nascita, necessariamente con *l'aiuto di Dio*, di un feto in apparenti buone condizioni vivo e vitale. Purtroppo tutto questo interessante e unico materiale, da me catalogato, è andato probabilmente perduto, a causa del terremoto del 1980, che rese inagibile la Clinica Ostetrica per oltre 20 anni.

L'ambiente della Clinica Ostetrica era molto silenzioso, con corridoi lunghissimi, ampi stanzoni e volte alte, che non tradivano la primitiva destinazione monastica. La clinica comprendeva due distinti edifici, di quattro piani ciascuno, attigui e collegati tra loro: un nucleo principale, facente parte dell'antico complesso di S. Andrea delle Dame, ed un settore di recente costruzione. Nel 1962 la capacità recettiva era di circa 140 posti letto, spesso insufficienti a tenere fronte alle richieste di ricovero, sia nella sezione ostetrica che ginecologica. I ricoveri aumentavano sempre di più, raggiungendo i 3.000-3.300 per anno.

Al terzo piano dell'edificio più antico, erano ubicate le sale di degenza, con due reparti di Ostetricia e due di Ginecologia ed un dignitoso reparto pensionanti, sempre al completo, intitolato a Morisani; la sala da parto con tre lettini era collegata, a mezzo di apparecchi audiovisivi, alle aule (analogo collegamento era presente in sala operatoria). Le sale operatorie, oltre al complesso collegamento audiovisivo con il settore didattico, erano state dotate di due cupole, per la visione diretta degli interventi (un notevole spazio, retrostante la sala operatoria, e separata da esso a mezzo di una parete di vetro, adempiva ad analoga funzione).

Al secondo piano si trovavano il Servizio Emoteca con il Centro Rh, i laboratori di Istologia e quello di Citologia, gli archivi e gli uffici amministrativi, la biblioteca, gli alloggi del personale medico di guardia. Merita ancora una particolare menzione il museo, con interessanti reperti riguardanti le malformazioni fetali e le stenosi pelviche e la biblioteca, ricca di oltre 10.000 volumi, nella quale era possibile reperire praticamente tutte le collezioni dei periodici italiani della specialità, quelle dei principali periodici stranieri della specialità e di scienze affini, nonché ampia messe di trattati e di aggiornati indi-

ci bibliografici. L'attività scientifica della Clinica era in gran parte raccolta e pubblicata nella collezione dell'“*Archivio di Ostetricia e Ginecologia*”, rivista bimestrale, che accoglieva anche contributi di molte altre Scuole italiane e di Autori stranieri.

Sempre al secondo piano, attraverso un breve ma ampio corridoio, si accedeva alla Direzione del professore Tesauro, presidiata perennemente dal bidello Antonio, vecchia bandiera della Clinica ostetrica, esecutore fedelissimo delle disposizioni del Direttore, sempre pallido, dalle guance glabre, che perciò era stato chiamato ironicamente da un famoso allievo della Clinica “*leucocita disfatto*”.

Al primo piano vi erano gli alloggi dell'Ostetrica Maestra, delle suore ed il reparto radiologico. Al piano terra vi erano gli ambulatori generali di ostetricia e ginecologia e quelli specialistici e di particolari settori (per le operate, per gestanti luetiche, per lo studio e la cura della sterilità coniugale, per la diagnosi precoce ed il controllo postoperatorio dei tumori della sfera genitale femminile).

Come riportato in una pubblicazione di Tesauro del 1960 “*Sulla Ginecologia in Italia*”, nell'anno accademico 1959-1960 l'organico della Clinica era il seguente: professore Giuseppe Tesauro, Direttore; Nicola Vaglio, aiuto e libero docente; Vittorio Danesino, aiuto e libero docente; Giacomo La Torretta, aiuto e libero docente; Enzo Martella, assistente ordinario e libero docente; Carlo Franza, assistente ordinario e libero docente; Salvatore Ciaramella, assistente ordinario, Alfonso Barone e Celestino Del Bianco, incaricati; Vincenzo Lauro, supplente; Salvatore Auricchio, Alessandro Coletta, Alfredo Paladini, straordinari. Assistenti volontari: Giovanni Adinofi, Nicola Bartholini, Francesco Bifulco, Ferdinando Caturani, Enzo Corcione, Alfredo Fanelli, Vincenzo Ferrari, Enrico Frigeri, Aldo Graziani, Mario Malato, Ugo Montemagno, Giuseppe Pagano, Mariano Persico, Massimo Pezzani, Italo Ricciardi, Vincenzo Savoia, Mario Torella (Fig. 58).

L'organico delle ostetriche era costituito da Isolina Bergonzoli (Maestra), A. Maria Licon, Concetta Capezza, Amalia De Filippis, Maria Sallusto, Natalina Bonavolontà, A. Maria Zingaropoli, Carmela Cimmino, Iolanda Sacucci, Antonia Mannato, Maria Luisa D'Agata, Rocchina Lonardo.

Perfino le vecchie portantine della Clinica, mentre spingevano le barelle durante il tragitto dal Pronto Soccorso Ostetrico, ubicato al piano terra, al III piano dove si trovava il medico di guardia, responsabile dei reparti, della sala



Fig. 58 - Gli Allievi del professore Tesauo. Da sinistra in piedi: Lombardi, Celestino Del Bianco, Vittorio Danesino, Nicola Vaglio, Enzo Martella, Giacomo La Torretta, Salvatore Ciaramella, Tramontano, e seduti Carlo Guida, Cappello, Alfonso Barone, Vincenzo Ferrari, Stefano Parisi, Benito Nagar, Ventura.

parto e della sala operatoria, osservando la paziente, erano diventate con il tempo capaci di fare diagnosi, a volte piuttosto difficili, suggerendo e consigliando, in maniera spontanea, perfino l'eventuale percorso terapeutico. Facevano diagnosi di distacco di placenta normalmente inserita, gravidanza extrauterina, perdita ematica da placenta previa, eclampsia, metrorragia da probabile aborto volontario. Molto frequentemente, la diagnosi, senza indagini complementari ecografiche e cardiocitografiche, veniva confermata: a questo punto, fiere nelle loro divise impeccabili, affidavano le gestanti alle Ostetriche ed ai Medici di guardia, con la soddisfazione di aver contribuito, nel loro piccolo, a salvare una vita umana e di concorrere, con il proprio quotidiano impegno, al buon andamento della clinica.

La vita universitaria si svolgeva nel cuore del centro storico di Napoli, una

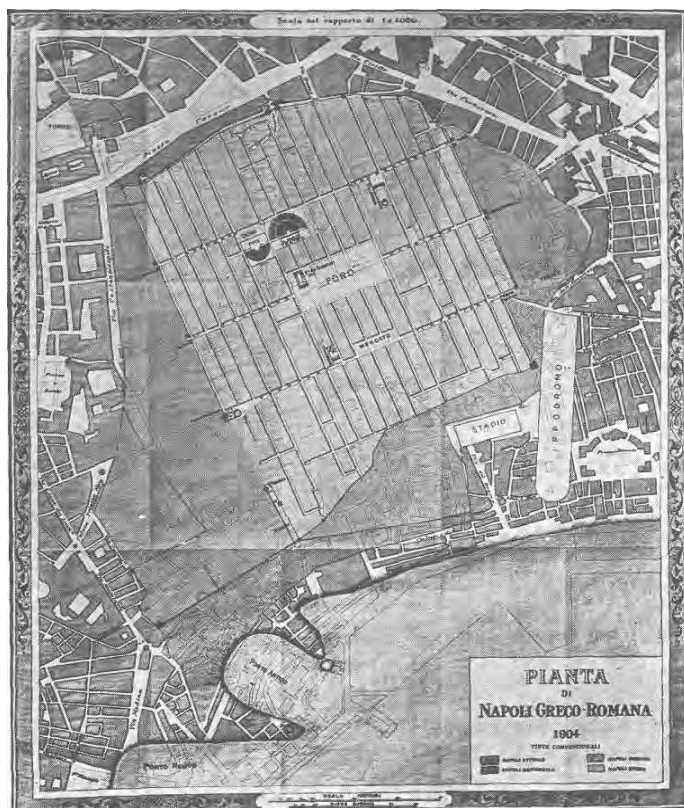


Fig. 59 - Carta topografica della Napoli greco-romana.

realtà unica al mondo, in quanto si distinguono l'insediamento greco-romano (Fig. 59) e la struttura urbana ippodamea, cioè con l'impianto viario delle *plateiae* (*decumani* per i romani) e degli *stenopoi* (*cardines* per i romani), delimitanti le *insulae*. Considerato, tra l'altro nel 1995 dall'Unesco Patrimonio Mondiale dell'Umanità, in esso si collocano pregevoli e famosi complessi monastici, come quello di “*Santa Patrizia*” e di “*Sant'Andrea delle Dame*” (Fig. 60).

La realizzazione delle varie strutture, spesso avvenuta riutilizzando elementi architettonici e decorativi, provenienti da un'area così ricca di vestigia greche e romane, conferisce tuttora a questi luoghi un aspetto *mistico*, del tutto singolare. Questa stratificazione di elementi eterogenei, assortita senza un apparente schema coerente, ma efficace nella qualità del risultato, evoca, ancora ai no-

stri giorni un'immagine di mistero e di spessore storico plurimillenario.

In via Luciano Armanni, che sale dal decumano superiore, si incontra la Chiesa di Santa Patrizia, nipote dell'imperatore Costantino, in origine sede della Chiesa dei Santi Nicandro e Marciano Martiri e di un monastero di Monaci Basiliani di rito greco. Quando giunse in visita, Patrizia *"nell'uscirsene segnò col dito una croce in una pietra di detta chiesa, dicendo: haec est requies mea"*. Alla morte, le suore seppellirono il corpo nel monastero e, ritiratesi in clausura, dedicarono l'intero complesso monastico a Santa Patrizia, mutando la regola da basiliana in benedettina.

La Chiesa di Santa Patrizia, a navata unica, fu restaurata nel 1617 e arricchita dell'altare maggiore di Ferdinando Sanfelice (1724), di un prezioso tabernacolo a cui lavorò anche Cosimo Fanzago nel 1620-21 e di affreschi di

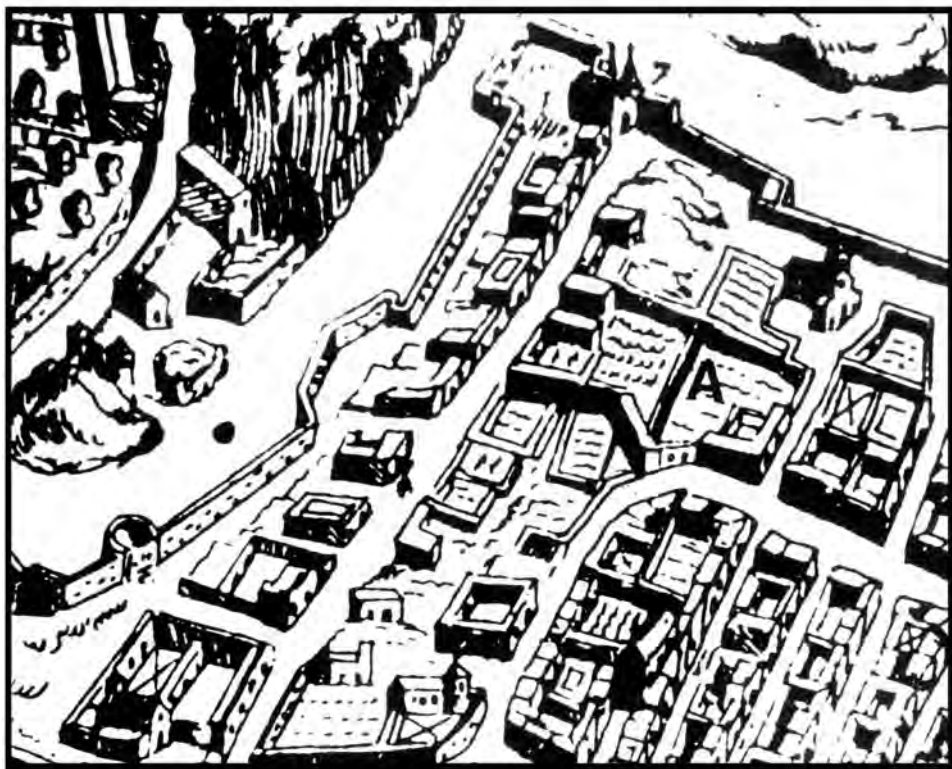


Fig. 60 - Il complesso monastico di Sant'Andrea delle Dame (A) in un particolare della pianta di Napoli di Lafrery.



Fig. 61 - Santa Patrizia, ex chiesa interna adattata ad aula universitaria.

Belisario Corinzio. Attualmente, la Chiesa di Santa Patrizia è chiusa al culto ed è stata finemente restaurata ed utilizzata come Aula congressi dalla Seconda Università di Napoli ⁽³⁶⁾ (Fig. 61), mentre il complesso monastico ospita tuttora i Dipartimenti di Anatomia umana normale, di Anatomia e Istologia Patologica, di Igiene e di Medicina Legale e delle Assicurazioni dello stesso Ateneo. Le reliquie di Santa Patrizia sono attualmente deposte nella Chiesa di San Gregorio armeno e venerate, in modo particolare, dalle donne del popolo, che hanno problemi di sterilità.

La Clinica Ostetrica e Ginecologica era ubicata nel complesso monastico di Sant'Andrea delle Dame, in via Luigi De Crecchio, intitolata al senatore di Lanciano, che era stato Rettore dell'Università di Napoli fino al 1894.

L'edificio, composto da quattro blocchi uguali con al centro il chiostro – oggi caratterizzato da filari di altissime palme – presenta le arcate a tutto sesto sorrette da pilastri in piperno, che sostituiscono le colonne marmoree proprie dei cortili rinascimentali (Figg. 62, 63).

Esso era stato edificato in corrispondenza della primitiva Acropoli greca, dove sorgevano il tempio di Demetra, il tempio di Apollo e quello di Diana. Con la presenza di tante divinità è facile immaginare quante processioni dovessero



Fig. 62 - Sant'Andrea delle Dame, veduta del chiostro.



Fig. 63 - Sant'Andrea delle Dame, chiostro.

transitare su quella Via Sacra, che si inerpica sull'Acropoli. A conferma dell'esistenza nel sito di un recinto sacro, sono state rinvenute numerose statuette votive, raffiguranti testine, figure sedute, pupi in fasce e particolari anatomici.

Si narra che le nobili sorelle Giulia, Laura, Lucrezia e Claudia Parascandolo, che vivevano ritirate in vita penitente, presso il convento di San Paolo Maggiore (dove si trovavano i loro fratelli Marco e Innocenzo), furono seguite da altre pie donne che decisero tutte di trasferirsi in luogo più grande e isolato a loro completa disposizione. Fu così che, ordinate secondo la regola di Sant'Agostino, fondarono il Monastero delle Eremitarie Agostiniane di Sant'Andrea delle Monache, detto poi di Sant'Andrea delle Dame, e una chiesa dedicata a Sant'Andrea Apostolo, consacrata nel 1639 dal Cardinale Francesco Buoncompagno.

Nel periodo della Controriforma, in cui trionfava l'edilizia religiosa, la chiesa, progettata dal Rev.mo Padre Marco Parascandolo Teatino, Fratello delle Signore Fondatrici, in collaborazione con Valerio Pagano, fu



Fig. 64 - Sant'Andrea delle Dame, altare maggiore e cona.

edificata all'interno del monastero, isolata dalla strada. Tra le opere d'arte realizzate si ricordano l'altare di Dionisio Lazzari (1676), con un ricco soffitto con tele di Giacinto Diano, con un ciclo di affreschi di Belisario Corinzio nonché un magnifico pavimento in mattonelle smaltate del 1729, di Ignazio Giustiniani⁽³⁶⁾ (Fig. 64).

Nel 1864, il Monastero fu soppresso e nel 1891 fu trasformato in Clinica universitaria. Dopo il terremoto del 1980, il reparto di Ginecologia ed Ostetricia fu trasferito in un altro padiglione, mentre tutto il Complesso monastico, dopo un lunghissimo restauro, è stato restituito alla Facoltà di Medicina e Chirurgia della Seconda Università.

Nei pressi di Sant'Andrea delle Dame vi era il Monastero di Santa Maria della Sapienza, che divenne uno dei più ricchi e rinomati di Napoli, in quanto ospitava suore delle famiglie nobili e contava su ingenti somme ricevute in



Fig. 65 - “Vecchio” Policlinico.

offerte, da investire per rendere più confortevole la vita delle suore.

Per decreto di pubblica utilità, il 14 settembre 1886, fu ordinata la soppressione del monastero, mentre le suore furono trasferite nel Monastero di Santa Chiara.

Il sindaco di Napoli Luigi Miraglia fece abbattere il monastero e l'abside della chiesa della Croce di Lucca per la costruzione delle cliniche universitarie, decisione che suscitò la ribellione degli intellettuali napoletani, guidati da Benedetto Croce e dagli studiosi di storia patria. Tra questi spiccavano Giuseppe Ceci, Salvatore Di Giacomo, Michelangelo Schipa, Francesco Torraca, Ludovico de la Ville sur Yllon, collaboratori della rivista “*Napoli mobilissima*”, che si opposero a tale scellerato decreto comunale, riuscendo a salvare solo una parte del patrimonio storico e artistico dei due complessi monastici⁽³⁶⁾ (Fig. 65).

Ancora una volta, comparivano all'orizzonte le contraddizioni di una plurisecolare capitale del Regno delle due Sicilie, contrassegnate dalla vandalica distruzione di mirabili opere d'arte, di numerosissime costruzioni e di monumenti antichi, che componevano le raffinate strutture. Delle preziose opere del Monastero di Santa Maria della Sapienza non resta attualmente che la

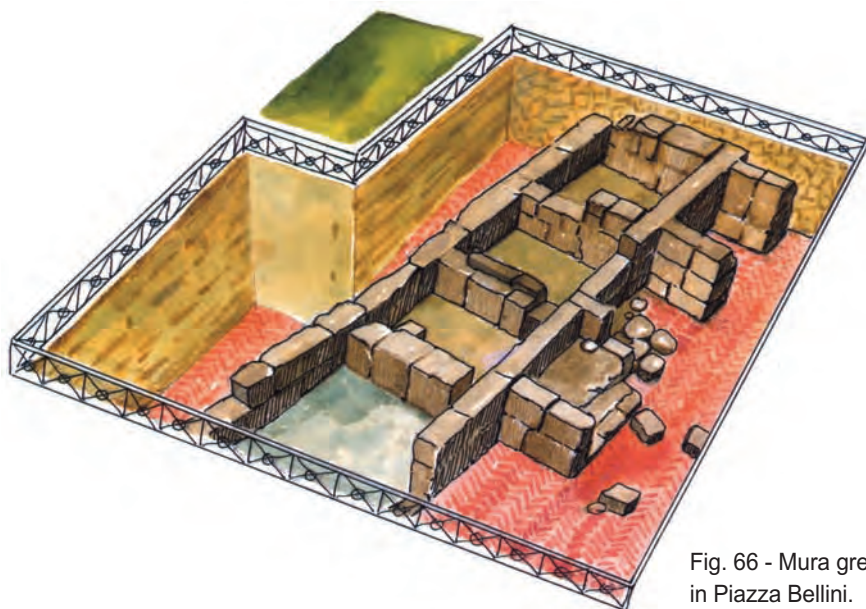


Fig. 66 - Mura greche
in Piazza Bellini.

chiesa omonima, da tempo chiusa al pubblico, con la splendida facciata disegnata da Cosimo Fanzago.

Bisogna aggiungere che le cliniche universitarie, edificate su quelle aree, poggiano tuttora le loro fondamenta sulle mura greche risalenti al IV secolo a.C., visibili in Piazza Bellini (Fig. 66). D'altronde Neapolis, pur sottomessa a Roma nel 328 a.C., aveva conservato la sua lingua greca, le sue tradizioni, i suoi costumi e fu per secoli un libero centro di incontro di popoli e culture differenti, come testimoniato dalle forti presenze di mercanti, militari e viaggiatori di Alessandria d'Egitto, di ebrei e di greci di varie località.

Le pazienti della Clinica Ostetrica provenivano prevalentemente da quel crogiuolo di razze e di civiltà che si erano stratificate nei secoli nei *decumani* e nei *cardines* all'interno delle mura della Napoli greca e romana. Esse vivevano spesso proprio in quei *bassi* malsani e sovraffollati, senza luce, freddi d'inverno e senza ventilazione d'estate, che abbiamo visto così abilmente descritti nelle opere di Matilde Serao, di Domenico Rea e nelle commedie di Eduardo De Filippo.

Alla Clinica Ostetrica si accedeva anche attraverso Via dell'Anticaglia e Via della Sapienza, il decumano superiore romano, una stradina stretta, lastrica-



Fig. 67 - Via dell'Anticaglia, con i contrafforti del teatro romano.

ta con un basalto vesuviano. Levigata da secoli di calpestio, la strada presentava un'inspiegabile curva, che girava intorno ad un antico palazzo, con strutture ad arco in laterizio, costituenti i contrafforti di rinforzo (di epoca romana) alla cavea, inglobati nelle pareti delle case attualmente abitate. L'*opus latericium* e *reticulatum* romani (*opus compositum*) segnalavano la sede del massimo Teatro maggiore coperto - l'Odéion - di Neapolis, dove Nerone amava farsi applaudire, durante le sue discutibili manifestazioni artistiche, a due passi dal Foro, dal tempio dei Dioscuri, dall'Agorà e dall'antico Macellum (Fig. 67).

Erano proprio quelle gestanti che, al momento del parto, superando spesso le inevitabili resistenze delle levatrici o mammane, si recavano alla "*Clinica e' Miranda*" - in quanto, a livello popolare, Sant'Andrea delle Dame era troppo lungo da pronunciare - per "*comprare un bambino*", in quanto, così per pudore, esprimevano l'atto sublime della nascita.

L'Ostetricia è un'arte antica, radicata in Francia nella cultura celtica risalente alle *accoucheuses* della Gallia antica di Cesare e nelle medioevali e rinascimentali *sage-femmes*, promotrici e protettrici della vita nascente, che oltre ad essere *esperte di parti* svolgevano anche una funzione religiosa. In Gallia, e successivamente in Francia, l'Ostetrica era ed è tuttora chiamata *sage-femme*

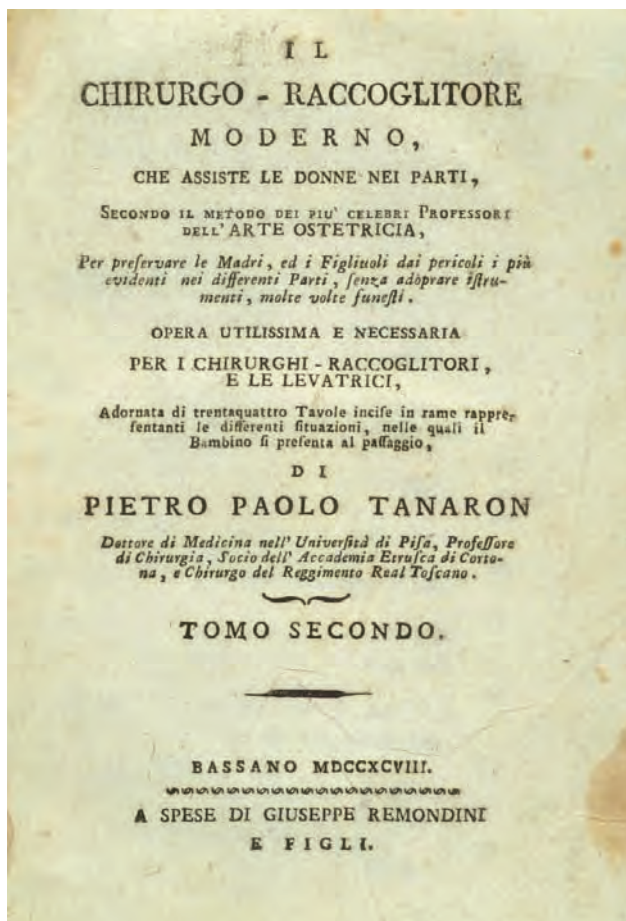


Fig. 68 - Frontespizio dell'Opera di Pietro Paolo Tanaron (1798).

o anche *Hewamm*, dal tedesco *Hebamme* (la madre che prende il neonato), termine derivante dall'antico tedesco Heviana o Hevanna (heben = tenere e ana = nonna), che poi in Italia è divenuto nel volgo *mammama* o *vammama*.

Nei secoli XVIII e XIX, il Chirurgo-Raccoglitore veniva chiamato al capezzale della gravida quando il travaglio o il parto non procedevano in maniera fisiologica e l'ostetrica o *levatrice* ravvisava la necessità di un intervento medico o chirurgico.

Pietro Paolo Tanaron nel suo libro "*Il Chirurgo-Raccoglitore Moderno - Opera utilissima e necessaria per i chirurghi raccoglitori e per le levatrici*", pubblica-

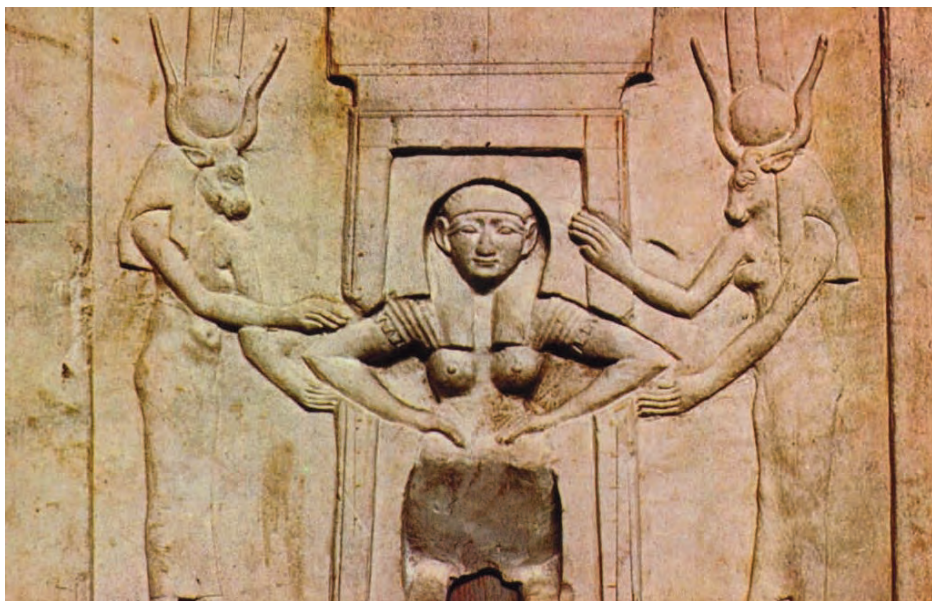


Fig. 69 - Raffigurazione di una regina seduta su una sedia da parto, assistita da due levatrici con la testa della dea Hathor, nel *mammisi*, che era un santuario consacrato al culto divino, legato al culto reale dove si celebravano misteri liturgici.

(Modello di scultura in calcare bianco, proveniente da Dendera. Museo del Cairo. N. 40.627).

to nel 1798, descrive in maniera molto accurata la condotta dell'Ostetrica e del Chirurgo-Raccoglitore sia nei parti eutocici che distocici in Italia e nell'Europa dell'epoca⁽³⁷⁾ (Fig. 68).

A Napoli molte gestanti povere, ma sempre dignitose, che vivevano in questo bacino di umanità, brulicante nelle vicinanze della Clinica Ostetrica di Sant'Andrea delle Dame, non potendosi permettere il lusso di corrispondere un onorario ad un Medico *Luminare di chiara fama* per un'eventuale applicazione di forcipe a domicilio, ritenevano più saggio ed economico ricorrere alla clinica universitaria.

Tesauro, anche in qualità di componente del Consiglio Centrale dell'O.N.M.I., si era convinto che, nella Clinica Ostetrica universitaria di Napoli, ispirandosi al primo *Rifugio* di Pinard a Parigi (iniziale prefigurazione delle *Maisons maternelles*) e delle case del parto, che si ispiravano probabilmente anche ai *mammisi* dell'antico Egitto) (Fig. 69) era convinto che le donne, sia portatrici di gravidanze a rischio che apparentemente non a rischio, potevano e dovevano essere sorvegliate e riposarsi fino al raggiungimento del parto.

TESAURO E L'OPERA NAZIONALE PER LA PROTEZIONE DELLA MATERNITÀ E INFANZIA

Nel 1961, Tesauro, come componente del Consiglio Centrale dell'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e Infanzia (O.N.M.I.) (Fig. 70), pubblicò sull'Archivio di Ostetricia e Ginecologia, alcune considerazioni e proposte per una razionale assistenza alla gestante ed alla madre e per una migliore funzionalità dei servizi dell'Ente, in questo settore⁽³⁸⁾ (Fig. 71).

Il funzionamento dell'O.N.M.I., istituita con la Legge n. 2277 del 10 dicembre 1925, era regolato dai R.D. 24 dicembre 1934, n. 2316 e dal R.D. 5 settembre 1938, n. 2008: si prevedevano una sede centrale con funzioni di sorveglianza ed organizzazione, le federazioni provinciali con funzioni di coordinamento e direzione e i comitati di patronato comunali, che svolgevano azioni di assistenza diretta, tramite istituzioni proprie. Il Comune doveva fornire gratuitamente dei locali, quali sede dell'O.N.M.I., mentre le competenze amministrative erano affidate al segretario e agli impiegati comunali.

In altri Paesi europei ed extra-europei, funzionavano da tempo organismi, quali l'Opera Nazionale dell'Infanzia in Belgio, il Consiglio Superiore della Natalità e della Protezione dell'Infanzia in Francia, il Consiglio Superiore di Protezione dell'Infanzia in Spagna, il Children's Bureau Federal negli USA.



Fig. 70 - Logo dell'O.N.M.I.



Fig. 71 - Sede O.N.M.I. - Roma.

Agli inizi del secolo XX, il Direttore della Clinica Ostetrica di Firenze, Ernesto Pestalozza (1860-1934) (Fig. 72), aveva riconosciuto che non era sufficiente aiutare le donne a partorire, ma bisognava tutelarne la gravidanza, almeno dal quinto mese, e sostenerle fino al termine dell'allattamento. Era un modello che l'illustre Docente aveva cercato di attuare mediante un valido aiuto alle madri che, a imitazione del modello francese, forniva gratuitamente il latte vaccino sterilizzato e conservato in apposite boccette. L'unico obbligo era la visita settimanale del lattante, che veniva pesato, misurato e visitato dal medico, cui spettava anche il compito di dare gli opportuni consigli per l'allevamento. Più specificatamente, dedicati alle madri nubili, furono gli asili materni, e soprattutto la Casa della Maternità, aggregata allo Spedale degli Innocenti di Firenze, concepita per accogliere le gestanti dagli ultimi mesi di gravidanza, fino all'allattamento inoltrato.⁽³⁹⁾

La legge istitutiva dell'O.N.M.I. prevedeva, per la prima volta in Italia, la creazione di strutture veramente nuove, quali la protezione della maternità e dell'infanzia, la tutela delle lavoratrici madri, nonché la realizzazione di una profilassi e di un'educazione sanitaria con criteri moderni.

Purtroppo, malgrado le disposizioni legislative, precise e ben codificate, apparve chiaramente l'insufficienza dell'opera assistenziale erogata dall'Ente,



Fig. 72 - Ernesto Pestalozza
(1860-1934).

soprattutto per la complessità e il crescente volume dei compiti impostigli.

Nell'intento di realizzare condizioni migliori di assistenza, nell'aprile 1965 il Ministro della Sanità ed il Presidente dell' O.N.M.I. si fecero promotori dell'istituzione di una *Tessera Sanitaria Materna*, con i seguenti scopi: 1) fornire a tutte le gestanti una guida esauriente e sicura per il controllo sanitario della gravidanza; 2) realizzare un documento anamnestico ordinato, prezioso al momento dell'assistenza al parto; 3) proteggere, attraverso razionali controlli ed opportuni interventi profilattici, il feto dall'aggressione di *noxae* patogene nel

corso della vita intrauterina; 4) iniziare, infine, nel consultorio, un rapporto di fiducia con la futura madre, che doveva poi continuare a realizzarsi nel consultorio pediatrico, per il controllo della salute del bambino (Figg. 73, 74).

Gli intenti dell'Ente si sintetizzavano nel trinomio programmatico: gravidanza serena, parto tranquillo, bambino sano. Il rilascio della tessera sanitaria materna era esteso a tutte le gestanti, che facevano capo ai consultori materni dell'O.N.M.I.

La tessera prevedeva controlli periodici delle gravide, da eseguire presso i consultori: le visite prescritte erano tre, da effettuarsi al terzo, sesto e nono mese di gravidanza; erano inoltre previsti esami di routine, compreso il gruppo e tipizzazione Rh, nonché analisi particolari, da praticarsi dietro precisa indicazione medica.

Sulla tessera erano annotate le vaccinazioni eseguite alla donna, nel periodo della gestazione, i dati fondamentali riguardanti la preparazione psico-profilattica al parto, le notizie sull'andamento del parto, il decorso del puerperio e lo stato di salute del bambino, fino al quarantesimo giorno. Vi era, infine, una pagina riservata al medico di famiglia, mutualistico od ospedaliero, per la registrazione degli incidenti ostetrici o delle malattie intercorse



Fig. 73 - Manifesto dell'O.N.M.I.

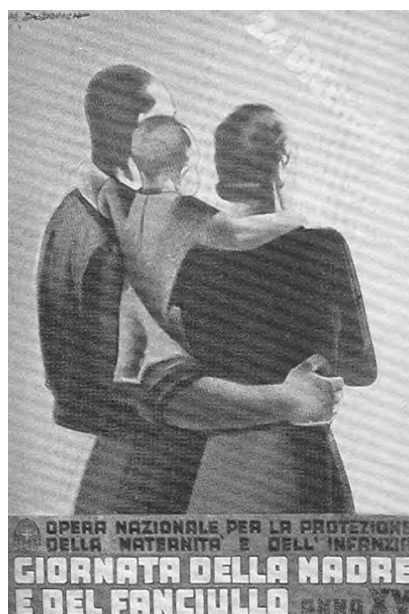


Fig. 74 - Manifesto dell'O.N.M.I.

durante la gravidanza, con indicazione della data, della diagnosi, dell'evoluzione e della terapia. Ad ogni tessera sanitaria materna corrispondevano, all'interno dei consultori, la cartella clinica ostetrico-ginecologica, che rilevava i dati fondamentali, su ogni donna, gravida o meno, che frequentava il consultorio, e la cartella ostetrica, inclusa nella precedente, che registrava le notizie relative alle singole gravidanze di ogni donna.

Si trattava, indubbiamente, di una iniziativa perfettamente allineata ai bisogni della moderna assistenza alla gestante, in gravidanza, durante il parto e nei primi giorni del puerperio; purtroppo, anche allora, le indicazioni teoriche non trovavano rispondenza nella realtà dei fatti.

Con rammarico, Tesauro riconosceva che anche nella Clinica Ostetrica e Ginecologica della Università di Napoli, le donne che si facevano ricoverare per il parto, in possesso della tessera sanitaria, erano in numero scarsissimo, confermando che non si era ancora giunti alla realizzazione pratica, di quanto teoricamente predisposto.

Purtroppo, gli sforzi degli organizzatori, relativi alla medicina preventiva in campo ostetrico-ginecologico, si arrestavano di fronte a fattori di ordine sociale, ambientale, familiare e culturale.

Della tutela delle madri e dell'assistenza delle gestanti, si interessavano anche gli Enti mutualistici, sia pure sotto il titolo "*tutela fisica ed economica delle lavoratrici*". L'INAM, in particolare, uno dei massimi

Enti mutualistici dello Stato, prevedeva l'applicazione delle leggi, allora vigenti, per assicurare, alle lavoratrici, gestanti e puerpere, un'adeguata protezione giuridica, sanitaria ed economica.

L'applicazione di tali disposizioni, però, non prevedeva affatto l'assistenza perinatale, nel senso inteso dalla moderna medicina preventiva, ma solo l'astensione dal lavoro ante-e post-partum, mentre alle lavoratrici gravide spettava soltanto l'assistenza sanitaria al parto. Inoltre, le lavoratrici madri fruivano delle prestazioni sanitarie dell'assicurazione di malattia, medico-generica e specialistica ambulatoriale, ma non un'assistenza alla gestante, in buone condizioni di salute, né controlli periodici durante la gravidanza: evidentemente l'assistenza per malattia in gravidanza o per la gravidanza, non aveva caratteristiche miranti alla prevenzione.

Tesauro, in qualità di Componente del Consiglio Centrale dell'O.N.M.I., osservava che la prima norma assistenziale, da realizzare ancora in Italia, doveva essere quella dell'assistenza perinatale, attraverso ambulatori specialistici ben funzionanti, eventualmente prevedendo l'obbligatorietà dei controlli prenatali.

Egli ricordava che, nel 1938, era stata formulata la proposta di istituire la denuncia obbligatoria della gravidanza che, pur del tutto inconcepibile, sarebbe stata auspicabile e con i caratteri della volontarietà da parte della donna, ai fini esclusivamente assistenziali, quali la prescrizione obbligatoria dei controlli, almeno per le lavoratrici assistite dagli Enti mutualistici. Questi ultimi, in particolare, avrebbero dovuto affermare la necessità di seguire, attraverso gli ambulatori prenatali, le gravide assistite o meglio stabilire la necessità dei controlli, perché, perseguendo la prevenzione, si sarebbe raggiunta anche la finalità economica di un minore carico dell'assistenza.

Passando ora a considerare l'altro aspetto del problema, cioè quale fosse il minimum richiesto per l'unità di maternità, in qualità e scelta del personale, Tesauro sottolineava la carenza di posti letto per maternità esistente nel nostro Paese. Nel 1966 moltissimi parti si verificavano al domicilio delle partorienti e, in talune regioni, si notava ancora un ingiustificato timore del ricovero in ospedale. Secondo le statistiche di allora ancora un 70% di parti avveniva a domicilio.

Tesauro sosteneva che la donna, partorendo a domicilio, veniva assistita in un ambiente non idoneo, e che, pur in caso di parto perfettamente fisiologico,

potevano sopraggiungere complicanze, anche notevoli, dovute alle caratteristiche stesse dell'assistenza ostetrica ricevuta. Così, anche il neonato spesso si trovava, alla nascita e nei giorni successivi, in condizioni di precarietà, per la deficienza dell'assistenza post-natale. Accadeva spesso che venissero ricoverate donne che avevano iniziato il travaglio a domicilio, o che avevano partorito nelle loro case, ed erano state poi inviate, di urgenza, in clinica, per complicazioni del parto o del post-partum, talvolta con conseguenze gravi.

Gradualmente, però, si stava facendo strada una nuova metodologia di assistenza, che prevedeva di far ricoverare per tempo le pazienti con gravidanze a rischio, in modo da affrontare il travaglio di parto, da ricoverate.

Il problema dell'organizzazione clinico-ospedaliera e le esigenze assistenziali ostetriche e ginecologiche in Italia, erano già state messe in evidenza nel 1962 a Roma, in occasione del 49° Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, in cui emersero significativi elementi statistici, relativi alla distribuzione in Italia dei posti letto, destinati all'assistenza ostetrica e del relativo personale, negli Istituti di cura pubblici e privati.

In un rapporto di Nuzzolillo, sui limiti della vigilanza, nei confronti delle Istituzioni di maternità nell'attuale legislazione, vi era un'esauriente disamina del problema recettivo e assistenziale: da uno studio realizzato sulla distribuzione regionale dei posti letto destinati all'ostetricia e ginecologia, si rilevava che in Italia al 31 luglio 1963, per ogni 1.000 abitanti, era disponibile un numero di posti letto, compreso dallo 0,37 in Calabria, ad un massimo di 0,95 nella Valle d'Aosta.

Complessivamente, per tutta l'Italia esistevano 0,62 posti letto di maternità ogni mille abitanti, situazione non soddisfacente e tale da non poter consentire il ricovero di tutte le gravide per il parto in un idoneo luogo di cura.

Qualora si fosse arrivati alla creazione di un congruo numero di posti letto, rimaneva comunque la necessità di istituire delle strutture solide e moderne e disporre di personale qualificato, per una forma di assistenza idonea per la gravida e per il neonato.

Per migliorare l'efficienza dell'assistenza erano da prevedersi reparti dedicati ai prematuri, modernamente dotati di tutti i sussidi terapeutici e sotto la responsabilità di un pediatra.

Era necessaria la creazione, in tutti i reparti ostetrici, di servizi trasfusionali, con possibilità di immediata trasfusione di sangue, in particolare di san-

gue Rh negativo, nonché di plasma e fibrinogeno. Si manifestava, infine, la necessità di un impianto radiologico con scopi esclusivamente diagnostici, nonché di un laboratorio di analisi.

Proprio perché consapevole della realtà *umana* che viveva intorno alla cittadella universitaria, Tesauro riconosceva quanto fosse vasto il problema da affrontare e come fossero difficili le soluzioni relative all' Italia e, particolarmente, a Napoli.

La difficoltà di attuazione di un'assistenza più idonea ed il decremento degli indici di morbilità e mortalità perinatale, risultavano chiaramente condizionati, secondo Tesauro, non solo da fattori economici, per cui si doveva disporre di congrui finanziamenti per la realizzazione su vasta scala di reparti forniti delle possibilità terapeutiche e diagnostiche necessarie, ma anche da una diffusa mancanza di una benché minima coscienza sanitaria, in larghi strati delle popolazioni.

Mentre per il primo fattore si trattava di reperire i fondi necessari e ciò poteva presentare qualche difficoltà, per il secondo fattore il problema da risolvere era molto più arduo.

Tesauro riconosceva che ogni giorno si doveva cercare di raggiungere il singolo individuo, con qualsiasi mezzo di pubblicità, compresa la televisione, per un'evoluzione della coscienza sanitaria del Paese, in possesso di un minimo di conoscenze fondamentali.

Precorrendo i tempi e con un anticipo di alcuni decenni, Tesauro considerava il mezzo televisivo come il più adatto a stimolare la formazione, nella popolazione, di quelle conoscenze, così che ogni donna potesse comprendere quanto fosse necessario recarsi dal medico, durante la gravidanza, prima di ammalarsi e non quando la situazione clinica si era deteriorata.

Con queste proposte innovative, Tesauro stava contribuendo alla fondazione di uno dei pilastri fondamentali della moderna medicina dell'Età prenatale, basata sulla valutazione e conferma dello stato di benessere materno e fetale, piuttosto che sulla diagnosi tardiva dello stato di patologia materna e di distress fetale.

Il professore Bompiani, già Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, nella prefazione al libro di Carlo Romanini sulla "*Reattività fetale*", del 1984, ricordava che in campo ostetrico si era passati, attraverso un progressivo miglioramento delle

possibilità di garantire, dapprima un'aumentata probabilità di sopravvivenza, poi una più adeguata qualità di vita al nascituro.⁽¹²⁾

La moderna Scienza Ostetrica mira a conoscere, sempre meglio e con maggiore profondità, le condizioni di vita intrauterina. Bompiani riconosceva che l'applicazione delle metodiche cardiotocografiche ed ecografiche apriva le porte alla nuova semeiotica fetale, il cui obiettivo era ed è la conferma del benessere, piuttosto che la dimostrazione di un distress fetale, confermando in pieno, a distanza di anni, le felici intuizioni di Tesauro sull'argomento.

L' O.N.M.I. da tempo aveva dedicato la parte prevalente della sua attività alla protezione dell'infanzia, riducendo, ai minimi termini, la sua funzione relativa alla tutela della maternità, in aperto contrasto, con i fini istituzionali dell'Ente. La quasi totalità dei mezzi dell'Opera era destinata alla protezione dei bambini, mentre la madre era considerata come nutrice e allevatrice del figlio. Ben poco era stato fatto e si faceva per la funzione dell'Ente relativa alla maternità, Tesauro invece fece acutamente osservare che compiti, così limitati, corrispondevano a quelli dell'Amministrazione Comunale.

L'insufficienza dell'azione direttiva ed esecutiva dell'Opera, nel campo della maternità, era stata riconosciuta ed ammessa varie volte, sia pure con qualche riserva, nelle discussioni svoltesi in occasioni diverse in seno al Consiglio Generale ed alla Giunta, anche se alcuni ne attribuivano la ragione alla deficienza di iniziative e di proposte specifiche in merito. In uno studio iniziato per la riforma dei regolamenti dell'Opera, il Consiglio discusse ed approvò un nuovo schema di ordinamento proposto dal Presidente professore Caronia, in cui erano previste *“istruzioni e direttive per la protezione e l'assistenza materiale, morale e sociale delle madri e dei minori, per i ricoveri, affidi, ecc.”*.

Tesauro, presente nel momento giusto ed al posto giusto, illustrò al Consiglio Generale come le condizioni del Paese richiedessero urgenti provvedimenti nel campo della protezione della maternità, per soddisfare non solo le esigenze dovute alle acquisizioni della scienza e della tecnica in questo campo, ma anche quelle elementari di prima necessità.

L'assistenza alla madre doveva essere intesa in maniera molto più estesa, sia dal punto di vista sociale che tecnico.

Nelle statistiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Italia figu-

rava con le cifre più alte di natimortalità, con 32,5 nati morti su 1.000 nascite di bambini viventi, e di mortalità perinatale, con 52,6 casi su 1.000 nascite di bambini viventi. Tesauro sottolineava che la mortalità perinatale e quella neonatale erano l'elemento obiettivo di giudizio che colpiva di più il profano, ma occorreva ricordare che gli studi aggiornati, sulle malattie nervose e mentali, avevano dimostrato come nell'eziologia di lesioni nervose e cerebrali si riscontrassero, con alta percentuale, fattori prenatali ed intranatali. Erano malattie e disturbi che si manifestavano non solo nell'immediata fanciullezza, ma anche nell'adolescenza, nella gioventù o più tardi, come nel caso dell'epilessia.

Ispirandosi alla conoscenze maturate in Francia, la patria di Pinard, Tesauro sosteneva che l'alta incidenza della mortalità perinatale in Italia era dovuta, per la massima parte, ad errori gravi e palesi deficienze, nell'assistenza alla gestante e alla partoriente.

Per le stesse ragioni, accanto all'elevata mortalità dei bambini nelle prime ore e fino alla prima settimana, in Italia vi erano ancora madri che morivano per rottura d'utero, in travaglio di parto, per eclampsia, per placenta previa e per altre complicazioni della gravidanza e del parto, che potevano e dovevano essere evitate da una buona assistenza, che avrebbe ridotto tali eventi, a casi isolati.

Proprio la personale quotidiana constatazione delle deficienze, osservate in quarant'anni di lavoro, negli Istituti e nei Reparti ostetrici, obbligò Tesauro ad insistere sulla necessità di sviluppare, maggiormente, l'assistenza materna da parte dell'O.N.M.I.

Non era necessario invocare nuove disposizioni, ma tradurre in pratica quelle già previste dal Testo Unico delle Leggi, sulla protezione ed assistenza della Maternità e dell'Infanzia.

Del resto, nel progetto di iniziativa del Ministero della Sanità, all'articolo 1 era detto testualmente: *“L'Opera cura la prevenzione delle cause che possono comunque pregiudicare il normale andamento della gravidanza, del parto o del puerperio”*. Le espressioni e i contenuti ripetuti nell'articolo 3 del progetto di legge approvato dal Consiglio dell'O.N.M.I., riguardano i seguenti punti:

1. Estensione dell'assistenza a tutte le donne

L'assistenza doveva essere riservata non solo alle madri nubili, alle vedove,

alle donne abbandonate dal coniuge (o il coniuge lontano per qualche ragione) alle donne prive di alloggio o del minimo conforto offerto dalla civiltà, ma indistintamente a tutte le donne.

Nella riunione della Giunta esecutiva del 27 aprile 1959 e nelle successive riunioni del Consiglio, a proposito del progetto di riforma, Tesauro propose nell'articolo 3 la sostituzione dell'espressione *stato di bisogno* con altra meno restrittiva, anche perché il Regolamento, riferendosi agli Ambulatori ostetrici dell' O.N.M.I. ed agli Asili di Maternità, non faceva menzione di queste restrizioni.

Tesauro sottolineava peraltro, che, trattandosi di istituzioni pubbliche o private, per la protezione e l'assistenza della maternità, lo stesso Regolamento specificava che vi dovessero essere accolte tutte le donne inviate dall'Opera Nazionale, *“senza riguardo al luogo di appartenenza ed agli speciali requisiti stabiliti dai rispettivi Statuti”*.

Ma, per una reale efficace protezione della maternità, ci si doveva riportare al concetto, secondo il quale tale protezione riguardava anche la donna, che poteva diventare gravida, e cioè la Puericultura prenatale *preconcezionale*. La protezione della maternità, da parte dell'Ente, doveva, dunque, iniziare dalla pubertà e proseguire per tutto il periodo riproduttivo.

Nelle Istruzioni, per il funzionamento dei Consultori materni e pediatrici, era esplicitamente detto che ai Consultori materni dovevano essere ammesse le donne dall'età pubere a quella critica, di qualsiasi condizione sociale, che avessero bisogno di consigli, riguardanti le condizioni ed il funzionamento della sfera genitale.

Era necessario che l'assistenza avesse inizio almeno all'epoca del matrimonio e nelle Istruzioni era espressamente detto che, quando al Consultorio materno si fosse presentata una donna sterile, richiedendo consigli e assistenza, il Dirigente doveva, personalmente, accertare la causa della sterilità, o predisporre il ricovero della donna, in adatto reparto, per gli accertamenti e le cure eventuali.

La creazione di Centri, con personale e mezzi adatti allo scopo, o l'invio di queste donne a Centri specialistici funzionanti, doveva essere il primo passo da effettuare, nella direzione dell'assistenza alla maternità, intesa in senso socialmente e scientificamente moderno.

2. Assistenza alla gravida

Una volta iniziata la gravidanza, l'attività assistenziale si doveva articolare attraverso i seguenti punti:

- Assistenza durante la gravidanza
- Preparazione e assistenza al parto
- Assistenza al puerperio e all'allattamento.

Ispirandosi ai dettami della scuola francese di Pinard, Tesauro sostenne con forza che l'assistenza alla gestante doveva essere completa, cioè medica e sociale insieme. Dal punto di vista medico doveva iniziare con la prima visita e le indagini volte ad accertare la diagnosi di gravidanza ed il regolare andamento di questa. Si doveva assicurare alla gravida una continuità di sorveglianza, da effettuare con visite ostetriche, eventualmente ripetute, e con tutte le indagini necessarie (urine, pressione sanguigna, reazione di Wassermann, peso corporeo, ricerca del gruppo sanguigno e del fattore Rh, ecc.).

Tale assistenza si svolgeva presso i Consultori O.N.M.I. in misura limitata ed insufficiente: spesso la prima visita rimaneva unica, perché la donna, scoraggiata dalla superficiale e scarsa assistenza, non ritornava a nuova visita anche perché veniva completamente abbandonata, al momento del parto.

Inoltre il Testo unico precisava che l'Opera Nazionale doveva favorire la diffusione dei metodi scientifici di igiene prenatale, mediante la istituzione di Ambulatori per la sorveglianza e la cura delle donne gestanti e doveva organizzare speciali servizi di propaganda, per diffondere la conoscenza delle varie questioni, connesse alla protezione e all'assistenza alla maternità.

Tesauro sosteneva che una parte importante poteva essere affidata alle Ostetriche, con mansioni di assistenti visitatrici, le quali dovevano recarsi al domicilio della gestante, oltre che per controllare l'andamento della gravidanza, per rilevare le condizioni di vita, dal punto di vista igienico generale ed in rapporto alle particolari necessità della futura madre. Queste assistenti visitatrici avrebbero, altresì, iniziato le pratiche per il tempestivo ricovero della donna nei Reparti di Maternità.

Ciò richiedeva un'adeguata preparazione delle ostetriche, che, del resto, si cercava di ottenere, con varie modifiche al piano di studi per il Diploma.

Là dove l'assistenza fosse stata deficiente, l'O.N.M.I. avrebbe dovuto fon-

dare istituzioni di assistenza materna, case di maternità, con l'obbligo di provvedere, nei limiti dei posti disponibili, all'assistenza delle gestanti che avessero compiuto l'VIII mese di gravidanza, delle partorienti e delle puerpere fino a 4 settimane dopo il parto, specie se prive di un'abitazione idonea.

Tesauro si interrogava: *“Quanti di tali asili materni, previsti dall'articolo 6 e i cui compiti erano stabiliti dall'art. 59 e quanti Centri di assistenza materna previsti dall'art. 123, sono stati istituiti dal 1926 ad oggi?”*

Dal punto di vista sociale, l'assistenza alla gravida doveva comprendere anche la distribuzione di tutti i medicinali necessari, con assegnazione di alimenti ed eventuale integrazione vitaminica, alle donne indigenti o che fossero costrette a sospendere una loro attività lavorativa, in qualche modo remunerata.

3. Preparazione ed assistenza al parto

L'assistenza al parto tendeva a valorizzare la preparazione della gestante e della partoriente, basata sull'insegnamento di tutto ciò che riguardava la gravidanza ed il parto stesso, di modo che la donna, arrivava al parto fiduciosa e con quella tranquillità, che le derivava dalla nozione precisa di ciò che sarebbe avvenuto e di ciò che essa avrebbe dovuto fare, nel corso del travaglio.

L'O.N.M.I., istituzionalmente, poteva e doveva intervenire in questo percorso, mentre l'insegnamento doveva essere tenuto da personale idoneo e preparato, in ambienti adatti. Tesauro affermava: *“Fin tanto che la preparazione non sarà generalizzata, e fino a quando non sarà possibile disporre di sanitari specificatamente preparati, si potrebbero creare, nei capoluoghi, Centri, ai quali avviare le donne, che intendessero partecipare ai corsi”*.

Questo insegnamento aveva lo scopo non secondario, di stabilire una netta distinzione tra parto fisiologico e parto patologico e di assicurare, in quest'ultimo caso, una preparazione che andava considerata e attuata con criteri differenti, ed un'assistenza con tempestiva ed idonea terapia medica o operatoria. In tutti i casi, la preparazione al parto avrebbe stabilito rapporti di fiducia tra la gestante ed il personale di assistenza, dando alla donna quella sensazione di sicurezza, in grado di annullare in lei ogni timore. Occorreva, pertanto, prevedere e predisporre il luogo dove la donna doveva partorire, di modo che essa potesse trovare personale, adatto all'assistenza di pazienti, preparate col metodo psico-profilattico.

L'assistenza tecnica al parto, doveva essere attuata possibilmente in reparti ospedalieri, in Istituti di Maternità o Cliniche Universitarie, pertanto si doveva tempestivamente assicurare, alla gestante, il ricovero, eliminando o riducendo, al minimo, gli ostacoli burocratici e amministrativi che talora ritardavano l'ingresso della gravida in Maternità (compito quest'ultimo che poteva essere espletato dall'ostetrica, con mansioni di assistente visitatrice).

Nelle Maternità, d'altra parte, la partoriente doveva trovare tutto quel conforto e quella sicurezza dal punto di vista tecnico, che la scienza consentiva.

4. Assistenza al puerperio e durante l'allattamento

Naturalmente, l'assistenza medica dopo il parto (come del resto era previsto dal Regolamento) e durante le sei settimane di puerperio, che dovevano determinare il ritorno della sfera genitale alla possibilità di una nuova gravidanza, avrebbe dovuto evitare l'insorgenza di malattie o anomalie funzionali.

Durante l'allattamento, invece, le provvidenze sarebbero tornate ad essere mediche e sociali insieme, con concessioni di medicinali ed eventualmente di alimenti e vitamine, si assicurava, in altri termini, quell'assistenza, che non era dettata solo dal sentimento, che risveglia la maternità, ma imposta dall'alto senso di previdenza, che doveva informare la società, soprattutto nei riguardi della maternità.

Per l'attuazione dei punti sopra elencati, Tesauro propose la creazione di un servizio autonomo e responsabile di Ostetricia, messo direttamente a contatto con la Direzione Generale dell'Opera, non in sottordine ad uno specialista in pediatria che, come l'esperienza aveva dimostrato, non riusciva a farsi interprete dei reali bisogni del servizio stesso. Si ricordava come nei primi tempi, l'Opera venisse molto opportunamente diretta dal Centro da due Sub-commissari, uno per l'Infanzia ed uno per la Maternità.

Nelle Case della Madre e del Bambino, l'Ostetrico doveva sentirsi obbligato non soltanto a visitare le donne che lo richiedevano, ma ad occuparsi della organizzazione capillare dei servizi e della preparazione al parto di tutte le gravide a lui affidate, richiedendo largamente la collaborazione delle ostetriche, per ovvie ragioni psicologiche e pratiche. Queste prime proposte avevano naturalmente un valore indicativo: non altra intenzione – ribadiva Tesauro – se non quella di indurre a considerare la necessità di affrontare, con più ampi criteri, il problema dell'assistenza alla gestante ed alla madre.

In verità anche gli Enti mutualistici, sotto il titolo “*tutela fisica ed economica delle lavoratrici*” si interessavano della tutela e dell’assistenza alle gestanti.

Il più importante Ente mutualistico assistenziale era l’INAM, che aveva l’intento di assicurare, alle lavoratrici gestanti e puerpere, un’adeguata protezione giuridica, sanitaria ed economica.

Ma le Leggi 850/50 e 568/63 non prevedevano l’assistenza perinatale nel senso inteso dalla moderna medicina preventiva, esse invece prendevano in considerazione solo l’astensione dal lavoro, ante e post-partum, con varianti per i diversi settori di lavoro. Alle lavoratrici madri spettavano l’assistenza ostetrica domiciliare, la fornitura del pacco ostetrico, l’eventuale ricovero in Ospedale in caso di parto distocico o con opportuna autorizzazione, in caso di parto fisiologico. Non era prevista un’assistenza alle gestanti in buone condizioni di salute durante la gravidanza, né i controlli periodici auspicati e necessari, ma si effettuava soltanto un’assistenza di malattia, in gravidanza o per la gravidanza, senza scopi di prevenzione.

Emergeva, chiaramente, che la prima norma assistenziale da realizzare in Italia era quella dell’assistenza perinatale, attraverso una rete di ambulatori specialistici ben funzionanti, eventualmente, prevedendo per le gravide assistite dagli enti mutualistici, l’obbligatorietà dei controlli prenatali.

Gli Enti mutualistici avrebbero dovuto affermare la necessità di seguire, attraverso ambulatori prenatali, le gravide assistite, di stabilire le necessità e la frequenza dei controlli e di perseguire gli scopi della prevenzione, onde raggiungere anche la finalità economica di un minore carico dell’assistenza. Era chiaro che una gravida, seguita diligentemente nel corso della gravidanza, aveva più probabilità di un parto, privo di complicazioni, con corrispondente riduzione del numero delle giornate di degenza.

Come possiamo osservare, molte di queste proposte sono rimaste, a distanza di circa quaranta anni, ancora incompiute, anche perché le leggi nazionali, regionali, protocolli interpretativi ed applicativi, spesso in contrasto tra loro, hanno notevolmente rallentato il percorso, così attentamente e puntualmente indicato da Tesaro.

Nel 1976 l’O.N.M.I. fu definitivamente sciolta, per cui le sue prerogative furono parcellizzate ed affidate a numerosi altri organi e strutture assistenziali, che, ancora oggi, non hanno raggiunto, in maniera qualificata, gli obiettivi preconizzati minuziosamente da Tesaro.⁽³⁸⁾

L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II E LA SCUOLA MEDICA SALERNITANA

L'Università degli Studi di Napoli fu istituita nel 1124 da Federico II, anche se sotto Ruggiero II il Normanno, si hanno notizie dell'esistenza di uno "*studium neapolitanum*".

Nel 1130 Ruggero II il Normanno, Re di Sicilia (1095-1154), emanò una legge che obbligava chi volesse esercitare l'arte medica, a sostenere una prova di abilitazione, dinanzi ad una speciale commissione di giudici del regno da lui eletta, fatta eccezione per chi proveniva dalla Scuola Medica di Salerno.

Con un editto spedito da Siracusa (la *Generalis Lictera*) che risale al 5 giugno 1224, l'Imperatore del Sacro Romano Impero e Re di Napoli e Sicilia, Federico II (1194-1250) designò Napoli come sede dello "*Studium*" generale del Regno (Figg. 75, 76).



Fig. 75 - Prospetto dell'Università di Napoli Federico II con il grande rilievo di Francesco Ierace raffigurante la fondazione dello Studio di Napoli da parte di Federico II.



Fig. 76 - Sigillo imperiale originale dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.

Editto del 5 giugno 1224 (J.L.A.: Huillard-Breholles, *Historia Diplomatica Friderici Secundi*, Paris 1852, pp 434-438)

Fredericus etcetera, universis Archiepiscopis, episcopis, prelati ecclesiarum, iustitiaris, iudicibus, baiulis et universis per Regnum Siciliae constituit etc. Deo propizio per quem vivimus et regnamus, cui omnes actus nostrum offerimus, cui omne bonum quod agimus imputamus, in Regnum nostrum desideramus multos prudentes et providos fieri per scientiarum haustum et seminarium doctrinarum, qui facti deserti per stadium, et observa(tionem) iuris iusto Deo servant omnia, et nobis placeant per cultum iustitiae, cuius perceptis precimus omnibus obedire.

Disposuimos autem apud Neapolim amenissimam civitatem doceri artes et cuiuscumque profexionis vigere studia ut iuvenili et famelici doctrinarum in ipso Regno inveniant unde ipsorum auditatibus satisfiat, neque compellantur ad investigandas scientias peregrinationes expetere et in alienis regionibus mendicare.

Bonum autem hoc rei nostre publice profuturum intendimus, cum subjectorum comoda speciali quadam affectionis gratia providemus, quos sicut convenit, eruditos pulcherrima perit spes fovere et bona plurima

Federico ecc. a tutti gli arcivescovi, vescovi, prelati, conti, baroni, giustizieri, giudici, balivi e autorità tutte del Regno di Sicilia. Col favore di Dio, grazie al quale viviamo e regniamo, a cui offriamo ogni nostro atto, a cui attribuiamo ogni buona cosa da noi compiuta, desideriamo che in ogni parte del nostro Regno molti diventino savi ed accorti attingendo ad una fonte di scienza e ad un seminario di dottrina, i quali resi avveduti per lo studio e l'osservazione del diritto servano la giustizia divina, al cui servizio tutte le cose sono disposte, e siano graditi a noi proprio per il culto della giustizia, ai cui precetti ordiniamo a tutti di attenersi.

Abbiamo perciò disposto che nell'amenissima città di Napoli vengano insegnate le arti e coltivati gli studi connessi ad ogni disciplina così che i digiuni e gli affamati di sapere trovino nel nostro Regno di che soddisfare le proprie brame e non siano costretti, per ricercare la conoscenza, a peregrinare e a mendicare in terra straniera.

Intendiamo poi provvedere al bene di questo nostro stato quando curiamo, con una particolare disposizione affettiva, i vantaggi

promptis animis expectare; cum sterilis esse non possit bonitatis accessio, quam nobilitas sequitur, cui tribunalia parantur, secuntur lucra, amicitiarum favor et gratia comparantur.

Insuper studiosos viros ad servitia nostra non sine magnis meritis et laudis provocamus, secure illis cum disertis fuerint per instantiam studii iures, et justitiae regimina commictentes.

Hylares igitur et prompti sitis ad professiones, quas scholares desiderant animentur, quibus ad inhabitantum eum locum concedimus ubi rerum copia, ubi ample domu et spatios satis et ubi mores cuiuscumque sunt benigni et ubi necessaria vitae hominum per terras et maritimas facile transvehentur, quibus per nos ipsos utilitates querimus, conditiones disponimus, magistros investigamus, bona promictimus et eis quos dignos videbimus donaria conferemus.

Illos siquidem in conspectu parentum suorum ponimus, a multis laboribus liberamus, a longis itineribus et quasi peregrinationibus absolvimus. Illos totos facimus ab insidiis predatorum et qui spoliabantur fortunis et rebus suis longa terrarum spatia peregrantes, scholas suas levioribus sumptibus et brevi cursu a libertate (nostra) se gaudeant assecutos.

De numero autem peritorum, quos ibi duximus destinados, mictemus Magistrum Roffridum de Benevento iudicem at fidelem nostrum civilis scientie professorem, virum

dei sudditi, i quali, come si conviene, resi edotti, possano essere animati da una bellissima speranza ed attendere, con spirito pronto, molti beni; dal momento che non può essere sterile l'acquisizione della bontà, a cui fa seguito la nobiltà, a cui sono preparate le aule dei tribunali, a cui tengono dietro le ricchezze, a cui si accompagnano il favore e la grazia dell'amicizia.

Inoltre invitiamo al nostro servizio gli studiosi, non senza grandi meriti e lodi, e a loro senza dubbio affideremo il governo della giustizia, una volta che siano diventati abili nell'assiduo studio del diritto.

Dunque siate felici e pronti agli insegnamenti a cui gli scolari desiderano essere incitati; a questi concediamo di venire a vivere in quel luogo dove ogni cosa è in abbondanza, dove le case sono sufficientemente grandi e spaziose, dove i costumi di tutti sono affabili e dove si trasporta facilmente per mare e per terra quanto è necessario alla vita umana; per questi noi stessi procuriamo ogni cosa utile, offriamo buone condizioni, ricerchiamo maestri, promettiamo beni e, a quelli che ci sembreranno degni, offriremo premi.

Costoro, ponendoli sotto lo sguardo dei genitori, liberiamo da molte fatiche, sciogliamo dalla necessità di compiere lunghi viaggi, quasi pellegrinaggi. Costoro proteggiamo dalle insidie dei briganti e quelli che venivano spogliati dei beni e delle ricchezze, mentre percorrevano lunghi tratti di strada, gioiscano del fatto che, grazie alla no-

magne scientie et note fidelis experientie, quam nostre semper exhibuit majestati, de quo sicut de aliquo Regni nostri fiduciam gerimus plenior.

Volumus itaque et mandamus vobis omnibus qui provincias regitis, qui administrationis presidetis ut hec omnia passim et publice proponatis et iniungatis sub poena personarum et rerum, ut nullus scholaris legendi causa exire audeat extra Regnum nec infra Regnum aliquis audeat adiscere alibi vel docere, et qui de Regno sunt extra Regnum in scholis, eorum parentibus iniungatis sub poena predicta ut usque ad festum sancti Michaelis proximum revertantur.

Conditiones autem quas scholaribus concedimus iste sunt.

In primis quod in civitate predicta doctores et magistri erunt in qualibet facultate. Scholares aut(em), undecumque venerint, securi veniant morando, stando et reduendo, tam in personis quam in rebus nullam sentientes lesionem.

Hospitium quod melius in civitate fuerit locabitur scholaribus pro duarum unicuius auri pensione, nec ultra extimatio eius ascendet. Infra predictam autem summam et usque ad illam hospitia sub extimatione duorum civium et duorum solarium locabuntur.

Mutuum fiet scholaribus ab illis qui ad hoc fuerint ordinati secundum quod eis necesse fuerit, datis libris in pignore et precario restituitis, receptis scholaribus pro

stra liberalità, potranno raggiungere le loro scuole con minori spese e minore strada.

Tra i maestri che abbiamo deciso di assegnare alla scuola, annovereremo Roffredo da Benevento, giudice e nostro fedele, professore di diritto civile, uomo di grande scienza e provata fedeltà, che rivelò sempre nei confronti della nostra maestà; a questo concediamo, essendo fedele del nostro Regno, la fiducia più piena.

Vogliamo, dunque, e ordiniamo a tutti voi che governate le province e presiedete alle amministrazioni di far sapere dappertutto e pubblicamente tutte queste cose e comandate, sotto pena della persona e dei beni, che nessuno studente osi uscire dal Regno per ragioni di studio, nè alcuno osi apprendere o insegnare altrove all'interno del Regno; e che, tramite i genitori, imponiate a coloro che si trovano presso le scuole fuori del Regno, sotto la già detta pena, di tornare per la prossima festa di S. Michele.

Le condizioni che offriamo agli studenti sono queste.

In primo luogo che nella detta città ci saranno dottori e maestri in ogni facoltà. Gli studenti, poi, da qualsiasi posto provengano, siano sicuri di soggiornare, stare e tornare non avendo a patire alcun danno tanto nella persona quanto nei propri beni.

I migliori alloggi esistenti nella città saranno dati in affitto agli scolari dietro corresponsione di due oncie d'oro al massimo, e tale importo non sarà superiore. Tutti gli alloggi saranno fittati per una somma non

fideiussoribus. Scholaris vero qui recipit mutuum, de terra non recedet donec mutuum ipsum solverit vel precaria restituerit: vel mutuum ab eo fuerit exsolutum, vel alias satisfecerit creditori. Predicta autem precaria non revocabuntur a creditoris, quamdiu scholaris voluerit in studium permanere.

Omnes in civilibus sub eorum doctoribus et magistris debeant conveniri. Pro frumento, vino, carnibus et piscibus et aliis, que sunt opportuna scholaribus, modum nullum statuimus, cum hiis omnibus abundet provincia, que omnia vendetur scholaribus sicut civibus et sicut vendetur etiam per contratam.

Vos igitur at tantum et tam laudabile opus et studium invitantes, conditiones subscriptas vobis promittimus observare et personis vestris honorem conferre per nos, et precipere generaliter ut ab omnibus conferatur.

Datum Syracusia, V IUNII, XXIV INDICATIONIS

superiore a quella detta e fino all'ammontare di essa in base alla stima fatta da due cittadini e due studenti.

Saranno fatti prestiti agli studenti, in base alle loro necessità, da coloro che sono designati a ciò dietro consegna in pegno dei libri, che saranno restituiti provvisoriamente ricevendo la garanzia degli altri studenti. Lo studente che riceverà il prestito, però, non si allontanerà dalla città fino a quando non avrà estinto il debito o non avrà riconsegnato i pegni a lui affidati in via provvisoria: o il debito sarà estinto da lui o avrà soddisfatto il creditore in altro modo. Detti pegni non saranno richiesti dai creditori fino a quando lo studente abbia intenzione di rimanere nello Studio.

Nelle cause civili tutti dovranno comparire dinanzi ai loro maestri e dottori. Per il grano, il vino, la carne, il pesce e le altre cose di cui necessitano gli studenti, non fissiamo alcuna norma dal momento che la provincia ha abbondanza di tutto ciò, e tutto sarà venduto agli studenti così come ai cittadini e come è venduto in tutto il territorio.

Invitandovi, dunque, a così grande e lodevole opera e impegno di studio, vi promettiamo di rispettare le condizioni proposte, di onorare le vostre persone e di ordinare universalmente che da tutti siate onorati.

Datato a Siracusa, 5 giugno, XXIV indizione.

A cura di Fulvio Delle Donne

“Atti della Accademia Pontaniana”, N.S., 42 (1993), pp. 179-197]



Fig. 77 - Constitutiones Regum Regni Utriusque Siciliae dell'Imperatore Federico II.

L'Università di Napoli è considerata, in assoluto, la prima Università italiana, di tipo statale, in quanto non fondata da corporazioni o associazioni intellettuali, bensì da un Sovrano. Due furono i motivi principali che spinsero l'Imperatore all'edificazione dello "*Studium generale*" – l'Università principale del Regno delle due Sicilie – : in primo luogo, la formazione esclusiva del personale amministrativo e burocratico della curia regis e quindi la preparazione dei giuristi che avrebbero aiutato il Sovrano nella definizione dell'ordinamento statale e nell'esecuzione delle leggi; in secondo luogo la volontà di agevolare i propri sudditi, nella formazione culturale, evitando loro inutili e costosi viaggi all'estero. La scelta della sede cadde su Napoli, per motivi non solo culturali (la città aveva avuto una lunga tradizione in merito, specie in

epoca virgiliana) ma anche geografici ed economici, per cui i traffici via mare, il clima mite e la posizione strategica all'interno del regno furono in certo modo determinanti (Figg. 77, 78).

Federico II, precorrendo di molti secoli le varie riforme dell'Ordinamento delle moderne Facoltà di Medicina e Chirurgia, con una serie di leggi stabili che, per diventare medico, occorreva applicarsi tre anni alla logica e cinque alla medicina, per la quale era indispensabile studiare Ippocrate e Galeno e dimostrare di possedere cognizioni di anatomia e chirurgia. Dopo un anno ancora di tirocinio, presso un medico esperto di clinica – ovviamente i chirurghi erano istruiti in anatomia e nella pratica degli interventi – si poteva conseguire la "*Licentia Medendi*" o "*Praticandi*" con un esame pubblico davanti ai Maestri della famosa Scuola di Medicina di Salerno, con la conferma della Corte Reale.

Nelle costituzioni di Melfi del 1231, l'Imperatore ribadì l'obbligo degli esami da sostenersi a Salerno. Pochi anni dopo, con un ulteriore decreto stabilì che la medicina si potesse insegnare, su incarico del governo cittadino, anche in città diverse da Salerno e da Napoli e, quindi, anche a Palermo, ma previo esame di idoneità, sostenuto davanti a rappresentanti del Re e ad istruttori qualificati, i soli autorizzati a rilasciare il titolo di Maestro.

Verso la fine del primo millennio, si apre quella che potrebbe definirsi la fase pre-universitaria della Medicina in Italia ed in Europa, la quale precede la costituzione delle prime università medioevali. Dalle Scuole claustrali e vescovili, la medicina si evolve soprattutto nella Scuola di Salerno, un vero ponte teso, nello spazio di secoli, tra il mondo classico e quello medioevale, in cui la medicina si laicizza, anche perché i Concili della Chiesa del 1130 e 1139 proibirono definitivamente a monaci e canonici regolari di praticare la medicina.⁽⁴⁰⁾

La leggenda riferisce che la Scuola Medica Salernitana sarebbe stata fondata da quattro maestri: Helinus ebreo, Pontus greco, Adela arabo e Salernus latino ed era intesa, almeno inizialmente, non in senso di *scuola*, cioè una istituzione scolastica organizzata, ma come confluenza di persone, desiderose di



Fig. 78 - Federico II
(Palazzo Reale, Napoli).

imparare dai medici che vi esercitavano, e che in seguito avrebbero scritto espressamente per loro, veri e propri libri di testo (Fig. 79).



Fig. 79 - Stampa di Salerno medioevale.

Intorno all'anno 1000 si ha notizia delle prime donne medico, tra le quali spicca quella della *Magistra Trotula*, probabilmente appartenente alla nobile famiglia longobarda dei de Ruggiero, moglie di Giovanni Plateo il giovane e autrice del libro "*De mulierum passionibus in ante et post partum*", scritto in

latino medioevale, in cui sono esposti consigli sulla gravidanza, sul parto, sul puerperio, sulla cura e sull'alimentazione del bambino, sulla protezione del perineo, durante il parto e sulla sutura dello stesso, in caso di lacerazione, nonché approfondimenti sull'epilessia, sulle malattie dei denti e delle gengive ⁽⁴¹⁾.

In "*un'epoca di felicità assoluta per la medicina*", come Foucault definisce il periodo caratterizzato dalla Scuola Salernitana, l'opera di Trotula (Fig. 80) rappresenta una testimonianza di una cultura in cui non è ancora avvenuta la separazione tra medicina colta, di cui il medico sarebbe diventato il distante depositario della sapienza diagnostica, e medicina popolare.

Trotula riporta tra l'altro:

Nel Capitolo XII - *De formatione seminis concepti*

Il primo mese avviene la purificazione del sangue; nel secondo avviene la formazione del sangue e del corpo; nel terzo produce unghie e capelli; nel quarto il movimento e perciò le donne hanno nausea; nel quinto il feto assume le sembianze del padre o della madre; nel sesto la connessione dei nervi; nel settimo rassoda ossa e nervi; nell'ottavo la natura si mette in movimento ed il bambino viene colmato di ogni beneficio; nel nono avanza dalle tenebre alla luce.

Nel Capitolo XVI - *Il regime della partorientente*

Incombendo il momento del parto la donna si prepari com'è costume, l'ostetrica allo stesso modo. Venga anche fatta con grande cautela una stranutazione, con na-

rici e bocca stretti affinché la maggior parte dell'energia e degli impulsi si diriga verso l'utero. Quindi le sia dato un decotto di fiengreco (erba annua delle Leguminose-Trigonella fenum-graecum), mucillagine di lino e pulicaria (erba della famiglia delle Composite-Pulicaria), oppure un poco di teriaca o di diatessaron (elettuario composto di quattro sostanze aromatiche amare: aristolochia, bacche d'alloro, genziana e mirra) con un decotto di artemisia (assenzio selvatico o amarella) nel vino. Parimenti vengano preparate delle pasticche di galbano (gommoresina balsamica estratta dalla pianta Ferula galbanifera) con assafetida (pianta della famiglia delle ombrellifere, le cui radici danno una gommoresina – Ferula asa foetida) e mirra o ruta, di poi venga fatto un suffumigio alle narici. Soprattutto si guardi dal freddo e non si faccia suffumigio alle narici di sostanze aromatiche, ma esso può essere eseguito con

più tranquillità all'orifizio della vagina, giacché l'utero ha propensione per le cose odorose e fugge da quelle fetide. A tal fine si adattano sostanze odorose come il muschio, l'ambra, il legno d'aloe e cose simili per i ricchi; parimenti le erbe odorose come menta, puleggio (Menta pulegium), calaminta (Menta odorata - Satureia calamintha), origano e simili per i poveri.

Da notare che vi sono alcuni rimedi naturali, la cui energia ci è ignota, che vengono citati ed applicati dalle ostetriche. La paziente, dunque, tenga in mano una calamita e ciò è utile. Similmente beva della raschiatura d'avorio. Parimenti giova il corallo appeso al collo. Allo stesso modo quella famosa materia bianca che si trova negli escrementi dello sparviero, data a bere fa bene. Ugualmente nel ventre della rondine oppure nel nido si trova la pietra del primogenito, la cui lavatura è efficace per la stessa cosa ed a molte altre.



Fig. 80 - Trotula de Ruggiero.

Capitolo XVII - Le difficoltà del parto

Vi sono poi alcune donne così angustiate nella funzione del parto che a stento o mai se ne liberano; fatto che suole arrivare da diverse cause. Talvolta infatti un calore esterno pervade le parti interne del corpo, per cui le stesse sono eccessivamente afflitte durante il parto. Tal'altra lo sbocco dell'utero è troppo stretto: o perché la donna è oltremodo grassa, o perché il feto è morto senza favorire la natura del suo movimento. Questo capita il più delle volte ad una donna giovane che partorisce d'inverno; avendo stretto per natura l'orifizio dell'utero, questo ancor più si restringe per il freddo del tempo e dell'aria. A volte dalla stessa donna evapora tutto il calore, per cui resta senza forze, perciò non ha energie nel liberarsi del parto.

In primo luogo, dunque, se si sarà verificata una difficoltà di parto, bisogna principalmente far ricorso a Dio, quindi, venendo agli aiuti inferiori, giova alla donna che ha difficoltà di parto fare il bagno nell'acqua dove siano state cotte malve, fiengreco, seme di lino e orzo. Le si ungano i fianchi, il ventre, le cosce e l'inguine con olio violaceo o rosaceo; sia frizionata con forza e le venga dato a bere ossizaccara (sciroppo a base di aceto e zucchero) ed 1 dracma di polvere di menta e di assenzio. Sia provocata la starnutazione con polvere di incenso introdotta nelle narici, oppure con polvere di candiso (zucchero depurato e cristallizzato), di pepe e di euforbio (succo lattiginoso dell'Euphorbia). La donna venga condotta per la casa a passi lenti e coloro che assistono non la guardino in volto, perché le donne a questo riguardo sogliono provare vergogna durante il parto e dopo il parto.

*Qualora poi il bambino non fuoriesca nella posizione dovuta, come nel caso escano prima le tibie o le braccia, assista un'ostetrica con una mano piccola e delicata, bagnata in un decotto di seme di lino e fiengreco, e riporti il bambino al suo posto nella giusta posizione. Nel caso poi che il bambino sia morto, prenda ruta, artemisia, assenzio, pepe nero, e da queste cose tritate nel vino o nell'acqua dove sono stati cotti dei lupini. Oppure si triti della santoreggia (Erba annua delle Labiate - *Satureia hortensis*), si applichi sul ventre ed il feto uscirà sia vivo sia morto. Lo stesso effetto provoca la verbena bevuta con vino o con acqua, o anche con aceto. Oppure si prenda acqua salata o rosacea o latte d'asina nella stessa misura e si dia a bere. O anche si prenda burro con miele e vino e si dia a bere. Nel caso che ancora il parto tardasse o il feto fosse morto dentro di lei e non se ne liberasse, prendi ruta, artemisia, opapanaco (resina secreta dall'erba *Opoponax Chironium*), assenzio, con un po' di olio e poco zucchero, si tritino e si pongano sul-*

la regione inguinale o sull'ombelico; ed ha maggiore efficacia. Similmente la donna venga cinta della spoglia di un serpente da cui sia fuoriuscito il serpente. Opera la stessa cosa la pietra ametista legata al femore. Oppure si leghi alle sue reni una radice di zucca e sia tolta appena che il feto sarà uscito affinché l'utero non fuoriesca dopo l'uscita del bambino. Inoltre a quelle che partoriscono con difficoltà va prestato soccorso in questo modo. Si prepari un bagno e la donna vi venga introdotta e dopo l'uscita venga fatto un suffumigio di spigo (suffrutice della Lavandola spica) e simili sostanze aromatiche per ristorare ed aprire (l'utero). Vengano applicati degli starnutatori di elleboro bianco ben ridotto in polvere. Disse infatti Cofone: si scuotano le membra e si rompano i cotiledoni, così il feto uscirà fuori.

Similmente a quelle che molto travagliano nel partorire un feto morto, va prestato soccorso in questo modo: si ponga la paziente in un lenzuolo e sia teso per i quattro angoli da quattro uomini robusti, stando la paziente con il capo un pochino alzato; il lenzuolo venga tirato di qua e di là con forzata gli angoli opposti ed immediatamente partorirà, con la volontà di Dio. Se poi la placenta sarà rimasta all'interno, bisogna affrettarsi perché esca. Si provochi dunque una starnutazione con bocca e narici chiuse. Oppure venga fatta una lisciva di cenere ottenuta dal frassino e, mescolando ad essa 1 dracma di polvere di seme di malva, le sia data a bere e subito vomiterà. Oppure le venga data proprio la polvere del seme di malva con acqua calda e, se vomita, è un buon risultato. Le venga poi fatto un suffumigio al di sotto degli occhi con lische di pesci salati o con zoccolo di cavallo (forse l'erba ungula cavallina), oppure con escrementi di gatto o d'agnello; queste sostanze infatti estraggono la placenta. È anche utile cuocere bene in acqua calda del seme di lino e darlo a bere. La stessa cosa provoca il bdellio (gommodendro prodotta da una specie di palma - Balsomodendra africanum) con vino.

Se poi non sarà uscito sangue dopo la placenta, vengano fatte quelle cose che si sono dette per procurare i mestruî. Nel caso che capita una difficoltà di parto per il restringimento dell'orifizio dell'utero, la cui cura è la più difficoltosa di tutte, a ciò aggiungiamo tale consiglio: la donna provveda da sé negli ultimi tre mesi riguardo alla dieta, in modo tale da far uso di cibi leggeri e digeribili sicché con essi le membra si dilatino, quali sono i tuorli d'uovo, carni e brodi di pollo, e di volatili minori, vale a dire pernici, fagiani, e di pesci squamosi con del buon condimento. Le venga fatto con un pò più di frequenza un bagno d'acqua dolce in cui, se si introducono erbe emollienti come malve e simili, sarà anche più efficace. Ma rifugga dal bagno all'aria aperta e dal bagno di vapore. Quando poi sarà

uscita dal bagno venga spalmata di unguenti caldi (di natura), come l'olio laurino e l'olio di seme di lino, e di grasso d'oca e di anatra, oppure di gallina, e questa spalmatura venga fatta con i predetti unguenti allo stato caldo (Fig. 81).

Il libro di Trotula, del quale non possediamo che un riassunto, datato intorno al XIII secolo, rimane a testimoniare le condizioni dell'ostetricia e della ginecologia, nel primo periodo della Scuola di Salerno che, anche in assenza di originalità delle opere e dei procedimenti ostetrici, si riallacciava, da una parte alla tradizione ippocratica e dall'altra, più strettamente a quella araba ⁽⁴¹⁾.

Nonostante l'arte ostetrica fosse quindi già avanzata al tempo della nascita di Federico II, non sappiamo se in quella occasione, nel 1194, fu seguito il protocollo di corte di tradizione normanna o germanica, probabilmente dominati entrambi anche dagli insegnamenti della Scuola Medica Salernitana.

Gli storici riportano che la nascita dell'Imperatore Federico II non era avvenuta nel chiuso di una corte regia o imperiale, ma sotto una grande tenda eretta nella pubblica piazza di Iesi nelle Marche. Costanza d'Hauteville (d'Altavilla in italiano), moglie di Enrico VI di Hohenstaufen, figlio di Federico I

Barbarossa, era in Germania e durante il suo viaggio verso la Sicilia, assalita dalle doglie del parto, si fermò in quella cittadina. La prima gravidanza per una donna di quarant'anni costituiva, in quel tempo, un evento abbastanza eccezionale, sicché era di vitale importanza che a quel parto fossero molti testimoni, oltre le dame di corte, matrone della città, vescovi e nobili, che potessero garantire che il bambino appena nato era veramente il figlio di Costanza e per nascita, l'erede dei Normanni, per evitare, in tal



Fig. 81 - Il bagno all'aperto. Frontespizio dell'edizione del 1170 del *Regimen Sanitatis*.

modo, che fossero avanzati sospetti sulla reale identità di colei che aveva generato il piccolo Federico Ruggiero, come venne chiamato il neonato in onore dei due nonni, Federico I Barbarossa, Imperatore del Sacro Romano Impero e Ruggero II, fondatore del Regno Normanno di Sicilia (Fig. 82).

Federico II, in un documento redatto nello stile solenne e pomposo della retorica ufficiale, rivendica il massimo confronto messianico definendo Costanza “*Nostra divina genitrice*” e lesi “*Betlemme, patria e origine di Cesare...; così tu, Betlemme, città delle Marche, non sei la più piccola tra quelle appartenenti ai Signori della Nostra stirpe, perché hai dato i natali al principe dell’Impero Romano...*”

Salerno era da tempo diventata un centro di irraggiamento di cultura medica, al punto che San Tommaso d’Aquino la definì “*La città della Medicina*”. La Scuola Salernitana acquisì sempre maggiore importanza, che si rispecchiava nella fama dei suoi insegnanti, come Costantino l’Africano, Mauro, Urso Calabrese, Ruggero di Frugardo e tanti altri (Fig. 83).

A dimostrazione della particolare attenzione nei confronti della Scuola Medica Salernitana, Federico II la riordinò confermando, tra l’altro, per i suoi iscritti, la possibilità di diventare medici anche per le donne, autorizzò la sezione dei cadaveri durante le lezioni di anatomia e favorì i primi esperimenti di narcosi.

L’iniziativa, per innovazioni di ogni genere, proveniva sempre e soltanto da lui. Ordinò la compilazione di nuovi trattati medici ed egli stesso, per curare le ferite che si era procurate, si faceva prescrivere ricette ed unguenti, mai prima sperimentati.



Fig. 82 - Nascita di Federico II.
(Miniatura, Roma BAV, cod. Chigi LVIII. 296).



Fig. 83 - La Scuola Medica Salernitana in una miniatura del Canone di Avicenna (980-1037).

Federico II favorì, attraverso le sue leggi, anche il riformarsi di una coscienza medica, con tutte le necessità didattiche e culturali ad essa attinenti.

Oltre la lettura e la costante compagnia di scienziati matematici, astronomi, medici, filosofi latini, arabi ed ebrei, Federico II era in corrispondenza con uomini di punta della cultura del tempo, oppure incaricava il suo filosofo di corte, di chieder loro la soluzione di

determinati problemi. Egli spesso ripeteva che “*È nostra intenzione mostrare le cose che sono, come sono*”.

Inoltre, la realtà di cui ebbe notizie ai suoi tempi era costituita per esempio dall’organizzazione sanitaria degli Ospedali all’avanguardia come quelli di Damasco, di Antiochia e di Baghdad, della Mecca e di Medina.

Federico II dovette apprezzare la struttura sanitaria e organizzativa dell’ospedale di Gerusalemme, tenuto dall’Ordine degli Ospedalieri di San Giovanni, fondato da Fra’ Gerardo Sasso di Scala verso il 1070 e sostenuto anche finanziariamente da ricchi mercanti amalfitani⁽⁴²⁾ (Fig. 84).

La definitiva approvazione del Papa Pasquale II avvenne con la bolla del 15 febbraio 1113, che designò l’Ordine con il titolo di *Ordo Equitum Hospitaliorum Sancti Johannis Hierosolymitani* (attualmente *l’Ordine dei Cavalieri di Malta*), permettendo di assicurare carità per i fratelli pellegrini bisognosi in Terra Santa e le necessarie cure per la salute dei poveri ammalati in una importante struttura sanitaria, così come descritto da Giovanni di Würzburg nel 1160. Egli, infatti, riportò che, di fronte al Santo Sepolcro e a Sud, si trovava una magnifica chiesa dedicata a San Giovanni Battista (primitivamente era intitolata ad un santo greco, sconosciuto ai crociati, San Giovanni l’Elemosiniere) con annesso un ospedale, nelle cui numerose sale era radunata una vasta moltitudine di circa 2.000 infermi, uomini e donne, curati ogni giorno con



Fig. 84 - Il Beato Fra' Gerardo Sasso da Scala, fondatore dell'Ordine degli Ospedalieri di San Giovanni, cura un ammalato nell'Ospedale Gerosolimitano. Pala di Rodolfo Papa, nella Chiesa di San Pietro di Campolongo a Scala (Sa). Il nero del mantello simboleggiava la fede, l'onestà, la vittoria, mentre la croce ottagonale ricordava le *"Beatitudini Teologali secondo Matteo"*.



Fig. 85 - Sigillo dell'Ordine degli Ospedalieri di San Giovanni.

grandi spese (Fig. 85).

Ispirandosi probabilmente anche a queste realtà preesistenti, così altamente qualificate, riguardanti l'organizzazione dell'assistenza sanitaria (Fig. 86), Federico II stabilì, con un decreto imperiale, che i poveri potevano usufruire di cure gratuite, che il medico doveva garantire all'ammalato un certo numero di visite a domicilio (due consulti al giorno e, se necessario, uno di notte) e gli onorari consentiti ai medici⁽⁴³⁾ (Fig. 87).

Severi erano i precetti sulla composizione dei medicamenti; le contraffazioni e il ricorso a sostanze nocive si punivano

con la morte. Portano la sua firma leggi contro l'inquinamento dell'aria e delle acque e ordinanze che stabilivano a quale distanza dai centri abitati potessero collocarsi le marcite di canapa e di lino, che cosa si dovesse fare dei rifiuti e dei cadaveri. Altre leggi precisarono come dovessero esser fatti i cimiteri e come si dovessero costruire i macelli.

Federico II non era uno scienziato metodico, ma, piuttosto, un indagatore spontaneo, acutissimo, avido di conoscenze e costantemente alla ricerca di spiegazioni ragionevoli avvalendosi della propria esperienza personale e pratica. Anche fenomeni isolati lo spingevano ad approfondire le ragioni che li avevano provocati e ad individuarne le origini. Egli volle sapere, per esempio, perché si era diffusa la pestilenza, causa della sua prima fallita crociata, e quali misure bisognasse adottare per prevenire questo tipo di patologia.

La legislazione emanata da Federico II per il diritto e per la sanità fu senza precedenti e d'esempio per il futuro.

Un anonimo scrisse alla sua morte: *"cecidit sol mundi, qui lucebat in gentibus, cecidit sol iustitiae, cecidit amor pacis"*. Mentre il cronista Matteo di Parigi (1195-1259) affermò *"..... tra i principi della terra era morto il più grande, Federico, "Stupor Mundi et immutator mirabilis"*.

Purtroppo per lo sviluppo filosofico e scientifico la meteora fridericiana non darà i frutti sperati, forse perché limitata solo a tre decenni, dal 1220 al 1250. Comunque deve essere ancora oggi degno di ammirazione quello che l'im-

peratore Federico II riuscì a fare, e, indubbiamente, come ritengono molti storici, andava al di là di quanto fosse usuale tra i sovrani contemporanei.⁽⁴⁰⁾

Dopo alterne vicende, generalmente legate ai destini delle varie case regnanti (Angioini e Aragonesi) succedutesi a Napoli, l'assetto dell'Università venne perfezionato durante la dominazione spagnola; in tal modo, nel 1708, G.B. Vico poteva inaugurare gli studi con la famosa prolusione *"De nostri temporis studiorum ratione"*.

Negli anni seguenti, l'Ateneo venne riorganizzato con una nuova suddivisione in sei facoltà e vennero istituite altre cattedre, fino a raggiungere, nel 1802, il numero complessivo di 45.

Nel 1806, sotto la dominazione francese, l'Università si arricchì di altre cattedre, tra cui una di Ostetricia. Dopo il ritorno dei Borboni e fino al 1860, l'interessamento delle Autorità per l'Ateneo non diminuì, come attestano i numerosi provvedimenti legislativi di cui si ha notizia. Con l'Unità d'Italia, la legge Imbriani del 16 febbraio 1861 permise un assetto definitivo dell'Università.

Per quanto riguarda la sede, molteplici mutamenti si ebbero nel corso dei secoli: le facoltà si spostarono così a più riprese dal Chiostro di S. Domenico Maggiore all'attuale Palazzo del Museo Nazionale e a Monteoliveto; solo nel 1908 l'Università venne, in parte, definitivamente allocata nel palazzo di Corso Umberto.

Tra gli illustri docenti che nel passato insegnarono a Napoli vanno citati: Giovanni Fi-



Fig. 86 - Scuola Medica Salernitana: scena d'ospedale.



Fig. 87 - Scuola Medica Salernitana: consulto medico.



Fig. 88

bile, storia, religione e scienza, difese la Medicina e la professione del medico troppe volte accusate di *“ciarlatanismo e di mestiere istituito non per recare la salute degli uomini, ma per ismungere la borsa di chi crede in loro”*.

Egli, come Bibliotecario del Grand Duca di Modena, sapeva che nella Estense c'era un rinomato libro scritto per tale istruzione, pubblicato la prima volta nel 1721 e dovuto alla *penna d'oro* del chirurgo ospedaliero e professore Sebastiano Melli e tutto dedicato all'istruzione delle *“Mammane”*: *“La Comare Levatrice”*, istruita secondo le regole più certe, e gli ammaestramenti più moderni (Fig. 89).

Muratori, nell'esercizio spirituale del sacerdote, era stato chiamato spesso a letto di partorienti moribonde ed era stato testimone di gravi disgrazie familiari. Egli si convinse che non pochi disordini e la morte o dei fanciulli o

lippo Ingrassia (1510-1580), Marco Aurelio Severino (1580-1656), Domenico Cotugno (1736-1822), Nicola e Domenico Cirillo (1739-1799), Salvatore De Renzi (1800-1872), Salvatore Tommasi (1813-1888), Ferdinando Palasciano (1815-1891), Antonio Cardarelli (1832-1927), Giovanni Paladino (1842-1917), Sergio Pansini (1860-1918), Gaetano Rummo (1851-1917).

Il professore Guido Maria Piccinini dedicò a Tesauro in occasione del 25° anno di insegnamento una lettera aperta su Ludovico Antonio Muratori (1672-1750) e la *“Istruzione delle Levatrici”* (Fig. 88).

Il Padre della Storia d'Italia, fecondo di paziente operosità in ogni ordine dello sci-



Fig. 89

e nel 1989 a Siena, in seguito in altre città universitarie.

Muratori anche nel campo ostetrico aveva percorso i tempi.⁽²¹⁾

I progressi della ginecologia in Italia si realizzano, in maniera particolarmente significativa, dopo la fusione dell'insegnamento di Ostetricia e Ginecologia.

Nel nostro Paese la ginecologia operativa extragraidica, rimasta inglobata nella chirurgia fino agli ultimi anni del 1800, aveva trovato, anche nell'era *preasettica*, valorosi cultori quali Vanzetti, Peruzzi e Bottini.

Comunque, le condizioni politiche della seconda metà del secolo, con i nuovi grandi problemi connessi con l'unificazione dell'Italia, avevano forzatamente rallentato lo sviluppo delle varie Università italiane. L'insegnamento congiunto della clinica ostetrica e ginecologica voluto da Guido Bacelli, diventava una realtà solo nel settembre del 1881.

delle madri *"noi rimiriamo avvenire per l'ignoranza ed imperizia delle Mammane"* e per questo motivo, nel 1749, propose che *"sia fatta la Scuola delle Donne elette per l'Uffizio di Levatrice"*.

Nel 1772 il Duca Francesco III di Modena chiamò alla cattedra di Anatomia il celebre anatomista Antonio Scarpa (1752-1832) per favorire la costituzione della Scuola separata per Levatrici in tal modo *"né veruna donna potrà in seguito esercitare la professione di levatrice, senza essere ammestrata nella Scuola medesima ed averne riportata al debito tempo la formale ed autentica abilitazione"*.

Nel 1777 la Scuola fu aperta a Napoli, nel 1786 a Roma

Tesauro ricordava che la ginecologia italiana promana da alcuni ceppi fondamentali, delineatisi nella seconda metà del XIX secolo: capostipite del ceppo torinese fu Domenico Tibone (1833-1903) con i suoi allievi Calderoni, Inverardi, Acconci e Vicarelli; capostipite del ceppo lombardo deve considerarsi, oltre Edoardo Porro (1842-1902), Domenico Chiara (1838-1905) con i suoi allievi Chiarleoni, Luigi Mangiagalli (1849-1928), Negri e Alessandro Cuzzi (1849-1895), dai quali derivarono Ercole Cova (1877), Ernesto Pestalozza (1860-1934), Giuseppe Resinelli (1865-1915), Ersilio Ferroni (1871-1962), Innocente Clivio, Emilio Alfieri (1874-1949), Alessandro Bertino, Paolo Gaifami (1921) e via via tutta la schiera di altri illustri docenti come Aymerich, Decio, Scaglione, Bacialli, Paroli, Ingiulla; il ceppo napoletano era derivato da Morisani (1835-1914) con gli allievi Cosentino, Lauro, Giuseppe Spinelli (1862-1929), Giovanni Miranda (1865-1945), Salvatore Cappellani (1879-1942), Salvatore Spirito (1885-1962) e Giuseppe Tesauro (1898-1988)^(44, 45).

Come riferisce anche Tesauro, in una sua pubblicazione sulla storia della “*Clinica Ostetrica e Ginecologica*” dell’Università di Napoli, l’insegnamento dell’Ostetricia risale al 1777, anno in cui venne istituita, presso l’Ospedale Incurabili, una cattedra di Ostetricia, che venne affidata a Domenico Ferrari, al quale successe nel 1806 Pasquale Leonardi Cattolica (1769). Questi, che nel 1808 fu anche nominato istruttore delle levatrici nello stesso Ospedale, fondò, nel 1812, la Clinica Ostetrica, sempre nell’Ospedale Incurabili. Nel 1845 la cattedra fu affidata a Teodoro Civita ed, in seguito, rispettivamente a Leopoldo Chiari (1790), Ippolito Nunziante e Giuseppe Capuano.

Con Legge del 6 marzo 1851 vennero create due cattedre di Ostetricia: una teorica affidata a Stefano Trinchera, l’altra clinica affidata al Capuano. Nel 1866 la Clinica passò all’Ospedale Gesù e Maria, diretta sempre da Capuano. Nel 1868 subentrò Domenico Tarsitani (1817) e, dopo un breve periodo di gestione ad opera di Eteocle Ranieri, nel 1874 veniva nominato professore Ordinario Ottavio Morisani fino al 1907. Per merito di Morisani la Clinica ebbe nel 1902 la definitiva sistemazione nei locali di S. Andrea delle Dame.

Ottavio Morisani (1835-1914)⁽³⁷⁾ (Fig. 90) era nato a Formicola (CE) nel 1835, laureato a Napoli nel 1855, si era prima dedicato alla Chirurgia ed in seguito alla Ostetricia e Ginecologia. Egli fu nominato libero docente nel 1869 e divenne Direttore della Cattedra di Ostetricia e Ginecologia nel 1874 e nel 1890 Senatore del Regno. Nel 1894 aveva fondato l’“*Archivio di Ostetricia e*

Ginecologia”, che doveva, negli anni, divenire la sempre più apprezzata rivista ufficiale della scuola napoletana.

Morisani era affetto da nanismo, ma non ne fece mai un dramma, però sembra fu costretto a farsi crescere la barba per poter dimostrare di essere un uomo maturo e non un bambino. A causa della sua fama di insigne ostetrico e ginecologo egli fu, come ginecologo di fiducia, chiamato dalla Corte Reale al Castello di Racconigi, antica residenza sabauda nel cuneese, dove la Regina Elena Petrovic-Niegos, moglie di Vittorio Emanuele III e figlia di Nicola, Re del Montenegro, trascorreva gli ultimi giorni prima del parto.

Alla partenza, Morisani aveva comunicato agli amici e parenti la sua profezia *“Vado a Racconigi ad accogliere il principe ereditario”*: aveva insospettabili doti di veggente o semplice ottimismo tutto partenopeo?

Al capezzale della Regina si trovavano i migliori professori dell'epoca, che non avevano deciso ancora il tipo di assistenza da offrire all'augusta partoriente. Quando entrò, il famoso ginecologo Morisani fu accolto con un sorriso di scherno, per la sua bassa statura. Ottavio non si scompose, ma beffardo affermò: *“I cavalli di razza non si misurano per l'altezza”*.

Alle ore 23 del 15 settembre 1904, in una notte di temporelle, dopo la nascita di due figlie femmine Jolanda (1901) e Mafalda (1902), la Regina Elena finalmente diede alla luce Umberto, di 4,550 gr., l'erede al trono dei Savoia-Carignano. Morisani esclamò a voce alta: *“È un maschio, è un maschio”* e uscì dalla stanza e andò incontro al Re comunicandogli: *“Maestà è nato un principe di Casa Savoia”*. Le cronache raccontano che la prima a tirare un sospiro di sollievo fu la stessa Regina Elena, ormai alle soglie dei 31 anni e sottoposta a continue pressioni, ingerenze, consigli, domande



Fig. 90 - Ottavio Morisani (1835-1914).

morbide e sorrisetti maliziosi da parte di persone della famiglia e della Corte. Per questi motivi sembra che Morisani sia stato particolarmente ansioso durante il parto, per la questione dinastica che gli stava a cuore quanto le condizioni di salute della partoriente.

A dimostrazione di un carattere volitivo e autoritario, che poggiava su di una eccelsa formazione teorica e pratica dell'Ostetricia e della Ginecologia di allora, si racconta un altro episodio che lo vide sancire una massima di particolare efficacia. A causa della sua fama che si estendeva anche in Europa, il professore Morisani fu chiamato al capezzale di una ricca partoriente, la quale, quando lo vide, rimase stupefatta ed esclamò indispettita: *"Ma come può aiutarmi, così piccolo, a partorire: non ha la forza!"*. Ottavio la guardò con scherno e rispose: *"Se così fosse, il più forte scaricatore di porto sarebbe il più grande ostetrico!"*.

Restano, inoltre, di lui numerosi trattati e pubblicazioni: *"Dei restringimenti del bacino"* (1863), *"Del parto naturale e contro natura"* (1864), *"Della retroversione dell'utero"* (1867), *"La forza nei parti"* (1873), *"Manuale delle esperienze ostetriche"* (1878), *"Sui fibromi in cavità uterina"* (1897), *"Manuale di Ostetricia"* (1883), *"Sulla sinfisiotomia"* (1883), *"La ostetricia in quadri sinottici"* (1885).

Il successore Giovanni Miranda (1865-1945), dette nuovo impulso alla attività didattica ed all'organizzazione della Clinica, ma dovette superare, tra l'altro, un periodo critico quando, nel 1915, i locali vennero adibiti ad Ospedale militare di riserva. Dalla fine della Prima Guerra Mondiale in poi, la Clinica ebbe un graduale progressivo sviluppo, per poter accogliere il gran numero di pazienti che ad essa si recavano e per poter sopperire alle necessità dell'insegnamento.

Miranda (Fig. 91) fu nominato Preside della Facoltà di Medicina per il biennio 1914-15, Rettore dell'Università dal 1921 al 1923, membro del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione dal 1921-23, Socio fondatore della Società italiana di Ginecologia ed Ostetricia, di cui fu Vicepresidente dal 1923-28 e Presidente della Reale Accademia di Scienze medico-chirurgiche di Napoli dal 1922-23.

Egli era stato l'ultimo Rettore eletto dal Corpo Accademico (in seguito il Rettore fu di nomina governativa) durante la dittatura fascista, della quale fu sempre oppositore tenace e combattivo. Lo stesso Benedetto Croce, in una lettera a lui inviata, rievocava tutto un passato comune di lotta per un'unica fede

nella Patria e nella Libertà.

La cerimonia di commiato, predisposta nel 1936, quando il Maestro stava per lasciare la Cattedra era stata proibita. Solo il 21 maggio 1945 fu possibile organizzare la cerimonia per celebrare il professore Miranda e per consegnargli, di persona, un volume di scritti a lui dedicati.

Tesauro riconobbe che quella cerimonia esprimeva una manifestazione spontanea di affetto, di stima e di gratitudine all'insigne Maestro che, per tanti anni, aveva dedicato la sua operosa attività alla formazione dei giovani ed aveva visto rinnovare il suo sapere, la sua dottrina, la sua fede. La manifestazione stava a rinsaldare una delle più nobili tradizioni della vita scientifica ed accademica: la solidarietà fra tutti coloro che, come Maestri o discepoli, logoravano la loro vita nel tormento scientifico, solidarietà che, al di sopra dei contrasti di correnti e di scuole, costituiva la fiaccola sempre accesa che ravvivava la vita faticosa per la ricerca scientifica e la non meno travagliata vita accademica, stava a mostrare alle giovani generazioni che, prima di ogni conoscenza scientifica, deve esserci il culto per i più nobili ideali della vita umana. Tesauro aggiunse che *“in quel momento, assai triste per la nostra Italia, in cui assistiamo a tante rovine materiali, la manifestazione di oggi acquista un particolare significato, in quanto sta ad attestare che, nei templi sacri della cultura, si tiene fede ai più alti valori ideali, nostro patrimonio intangibile, che vale a mantenerci sempre in una posizione elevata, nonostante la situazione in cui siamo materialmente caduti. Questo speciale significato della manifestazione odierna è particolarmente caro a Te, venerando Maestro, che prima di tutto avesti sempre l'alto ideale della Patria nostra e ad esso educasti i tuoi discepoli”*.⁽⁴⁴⁾

Dopo i discorsi di Tesauro, del Ministro della Pubblica Istruzione, del Ret-



Fig. 91 - Giovanni Miranda (1865-1945).

tore, del Preside di Facoltà e del Presidente dell'Accademia Medico-chirurgica, alla folla di amici, allievi, estimatori, Miranda, nonostante la profonda commozione, riuscì ancora a parlare dalla sua Cattedra, ma lieto di quella solennizzazione che non considerava rivolta alla sua persona bensì all'idea che l'aveva guidato, alla Scuola che aveva creato, che continuava ad operare ed alla quale guardava con la serenità suprema di chi ha nobilmente lavorato e sta per chiudere la sua giornata. Interrotto da applausi ad ogni frase, si potrebbe dire ad ogni parola, fu salutato infine da una lunga ovazione, che si prolungò mentre egli lasciava l'Istituto. Ed i giovani lo accompagnarono in folla, rinnovando l'antica e bella tradizione dei grandi Docenti dell'Ateneo.⁽⁴⁵⁾

Anche in quegli anni, spesso, si ripeteva che i giovani medici nell'uscire dalle Università, ancora avevano tutto da imparare, avendo appreso solo la dottrina, mentre la pratica dell'arte medica era ben altra cosa. La stessa accusa e leggenda si ritorceva contro gli insegnanti, ai quali si attribuiva la qualità di clinico, puramente dottrinale. Questo fu un pensiero dominante sia per Miranda che per Tesauro, specie quando, in ripetute relazioni ai Ministri e alle Autorità, nei consessi accademici ed amministrativi, manifestavano insistentemente la necessità di avere a disposizione il materiale clinico e l'opportunità di utilizzare saggiamente il materiale ospedaliero per l'insegnamento e per il tirocinio dei giovani.

“La Tua scuola – scriveva nel 1945 Tesauro al venerando Maestro Giovanni Miranda (1865-1945) – non fu mai dottrina astratta, ma ad ogni capitolo di scienza corrispondeva il capitolo di clinica, intesa secondo le Tue parole, come biologia applicata, con quella saggezza ed equilibrio in cui hai fatto rivivere la tradizione delle antiche scuole mediche italiane... Per la continuità spirituale della Scuola è sempre Tua la parola che da questa cattedra parte, è quello stesso sano indirizzo clinico e scientifico che continua luminoso a procedere nello stesso cammino da Te segnato”.

Il professore Giovanni Miranda era padre di Carlo Miranda (1912-1982), geniale scienziato che si era iscritto in Matematica a 15 anni, laureato a 19 anni e cattedratico a soli 25 anni e con una produzione scientifica varia e ricca di idee originali. Egli e Renato Caccioppoli avevano contribuito, in una situazione di estrema gravità, caratterizzata perfino dall'inagibilità delle strutture universitarie nel periodo post-bellico, a tenere alta la tradizione della Matematica napoletana, agevolando il rinnovamento organizzativo e scientifico, anche attraverso la creazione della nuova rivista *“Ricerche in Matematica”* e so-



Fig. 92 - Carlo Miranda (1912-1982).

prattutto avviando alla ricerca un nutrito gruppo di giovani, tra i quali: F. Cafiero, C. Ciliberto, D. Greco, G. Stampacchia e F. Stoppelli. Tra gli altri Carlo Miranda ebbe tra i suoi giovani Allievi il professore Guido Trombetti, Ordinario di Analisi Matematica e attualmente Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Napoli Federico II (Fig. 92).

Carlo Miranda mostrò un particolare interesse per la ricerca sulla Teoria delle equazioni integrali, degli sviluppi in serie e delle loro applicazione, sulla Teoria delle funzioni armoniche e di quella del potenziale, di cui divenne uno dei più profondi e raffinati cultori. Altri contributi mostrarono la sua spiccata tendenza verso l'Analisi funzionale e le

sue applicazioni al calcolo delle variazioni, ai problemi della fisica matematica e a quelli della geometria differenziale. Fu Preside della Facoltà di Scienze di Napoli dal 1956 al 1968, Vicepresidente dell'UMI e componente del Comitato Nazionale delle Scienze Matematiche del CNR. Miranda vinse, nel 1954, il premio Urania del Comune di Napoli, nel 1960 la Medaglia d'oro dei benemeriti della Scienza della Cultura e dell'Arte e nel 1961 il prestigioso Premio del Presidente della Repubblica dell'Accademia Nazionale dei Lincei.

Tesauro ricordò in varie occasioni che il Maestro Giovanni Miranda, dopo la successione a Ottavio Morisani, si accinse alla riorganizzazione della clinica che concepì subito con la duplice funzione di istituto scientifico e di istituto assistenziale. E proprio a questa Clinica dedicò la sua costante e appassionata attività nell'aula delle lezioni e nella sala operatoria, dove rifulse l'arte mirabile dell'operatore, nei laboratori, nelle corsie, il che valse a dare un'impronta personale caratteristica scolpita nella terminologia partenopea di "*Clinica e' (di) Miranda*", che la voce popolare aveva legato all'Istituto, creando un riconoscimento spontaneo e disinteressato dell'opera infaticabile dello scienziato, del Maestro, dell'organizzatore, dell'animatore dell'Istituto. Fra i pro-

blemi più gravi da risolvere vi era quello della ospedalizzazione delle gravide e delle puerpere, occorreva preparare gli istituti adatti, formare soprattutto i medici che li dirigessero e che li facessero funzionare ed occorreva vincere le riluttanze all'idea della ospedalizzazione.

Il professore Giovanni Miranda riconobbe che *“Tesauro studioso serio e profondo, ben preparato per la carriera scientifica, didatta sicuro, efficace e chiarissimo, operatore di tecnica rigorosa e precisa, ha sempre in tutto meritato completamente la mia fiducia, ed è degnissimo di ricoprire un posto di maggiore responsabilità, passando alla direzione di una clinica”*.

Tesauro ricorda che un giorno Miranda nel rivolgere un saluto ai discepoli così concluse: *“se nel mutare degli anni, se nel tumulto dei sogni, se nel pericoloso conflitto degli interessi, se nel palpito della lotta continua, persistente, incessante, con cui le genti nuove tentano di strappare alla natura le energie più segrete per asservirle al lavoro onnipotente, se nel torrente della vita in cui qualche volta si cade col volto rigato di sangue, travagliati dal dolore, trasfigurati da un sogno o rischiarati da un sorriso inestinguibile, se per un momento, nel dolore della sconfitta, lo sconforto tentasse invadere l'animo vostro, rivolgete allora il pensiero memore a noi che spendemmo ogni energia, ogni attività per istruirvi non solo, ma soprattutto per educarvi, e noi verremo a voi e vi sosterrremo e vi infonderemo nuova lena e nuovo coraggio, e la nostra parola vi indicherà di nuovo il cammino segnato dalla vittoria, verso le mete più alte”*.^(46, 47)

Seguendo le orme dell'illustre Maestro era proprio quello il viatico che ispirò Tesauro in tutta la sua vita!

Miranda si spense nella sua casa di Napoli il 14 ottobre 1945. Il figlio Carlo Miranda, in occasione del Congresso della SIGO di Firenze del 1° novembre 1946, indirizzò una garbata lettera.

*Caro Tesauro,
come tu sai, fra le ultime volontà lasciate scritte da mio padre vi è quella di non essere commemorato; devo perciò pregare la Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia di voler rinunciare alla commemorazione progettata per il Congresso di Firenze.*

Ciò non toglie che io sia profondamente grato alla Presidenza della Società per il suo desiderio di onorare la memoria di mio padre e ti prego di renderti interprete di questo mio sentimento.

Cordialmente

tuo Carlo Miranda

La severa consegna lasciata: la proibizione di discorsi e di commemorazioni, s'intonava perfettamente alla regola austera della sua vita. Erano proprio altri tempi!

Nell'ottobre del 1951 fu inaugurato il busto di Giovanni Miranda nella stessa aula della Clinica Ostetrica e Ginecologica di Sant'Andrea delle Dame, dove egli tornava a vigilare il lavoro dei suoi allievi come un esempio sublime della nobiltà dell'insegnamento ed un monito severo della purezza dei suoi fini⁽⁴⁷⁾ (Fig. 93).

Nel 1935 seguì Salvatore Cappellani (1879-1942) che diresse la Clinica fino al 1943, anno della sua morte. Nel 1924 la personalità di Cappellani si era imposta all'attenzione del mondo accademico e scientifico per uno studio monografico completo sulla *"Sifilide degli organi sessuali femminili"*, presentato al Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, che Miranda aveva organizzato a Napoli per le feste centenarie dell'Ateneo napoletano.⁽⁴⁸⁾



Fig. 93 - XLI Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Napoli, 11-14 ottobre 1951.



Fig. 94 - Giuseppe Tesauo (1960).

Dal 1943 al 1968 l'Istituto è stato diretto da Giuseppe Tesauo (Fig. 94). L'Istituto che aveva aperto le porte al giovane assistente lo accolse come Direttore, rivedendolo attivo, solerte, energico nella riorganizzazione dell'attività clinica, della produzione scientifica, dell'attività didattica, della tecnica operativa e della direzione dei laboratori.

Tutti gli Allievi del professore Tesauo ricordano l'aria che si respira-

va a Santa Patrizia ed a S. Andrea delle Dame e le figure dei Maestri nel senso più alto e più sublime della parola: fra i biologi Lambertini, Califano, Verga, Mazzeo, Palmieri, Donatelli, Cutinelli e tra i clinici Ruggieri, Bossa, Auricchio, Del Torto, Lanzara, Monaldi e tanti altri.

Nel 1943, quando Tesauo tornò a Napoli, la guerra aveva lasciato ferite profonde: l'edificio di S. Andrea delle Dame aveva subito danni gravissimi e l'istituto aveva perduto il 40% dei posti letto. Moltissimi edifici erano stati distrutti o danneggiati ed un gran numero di persone erano senza tetto; interi quartieri della città, rasi al suolo, erano stati recintati con filo spinato e contrassegnati da cartelli con su scritto *"cimitero di guerra"*.

Tesauo riconosceva che anche i conflitti bellici, pur rinnovandosi nei secoli con tanta frequenza, non avevano mai impedito il progresso della razza umana. In tutte le nazioni, gli sforzi e le energie degli scienziati avevano per-

messo che i progressi di guerra fossero divenuti in breve tempo armi di vita nella pace: la penicillina e gli antibiotici, gli ormoni, le vitamine, i fattori agglutinabili del sangue, le preziose applicazioni terapeutiche dei derivati ematici, le trasfusioni di sangue intero e di plasma nello shock, la pellicola di fibrina da utilizzare in neurochirurgia e gli isotopi radioattivi in medicina, frutto delle ricerche sulla scissione dell'atomo, utilizzata nella fabbricazione della bomba atomica e l'ecografia che utilizza l'effetto Doppler, avevano fornito nuove possibilità di migliorare la lotta contro numerose patologie⁽⁴⁹⁾ (Fig. 95).

Appena terminato il conflitto, sotto la spinta animatrice del Maestro, l'opera di restauro e di rinnovamento ebbe inizio e fu rapidamente condotta con moderni criteri, in modo che, oltre alla ricostruzione dei reparti distrutti, fu provveduto al rinnovamento, alla redistribuzione e alla trasformazione di tutti gli impianti e servizi, alla costruzione di una nuova grande aula per le lezioni (collegata poi, mediante impianto televisivo, con la sala operatoria) (Fig. 96), all'ampliamento della biblioteca, ricchissima di classici della medicina ed, al tempo stesso⁽⁵⁰⁾ (Fig. 97), modernissima nell'organizzazione e nell'aggiornamento, all'attrezzatura dei laboratori di biochimica, endocrinologia, istologia ed istochimica, citologia, ematologia con annessa banca del sangue, ed all'ampliamento del servizio di Radiologia⁽⁴¹⁾ (Figg. 98, 99).

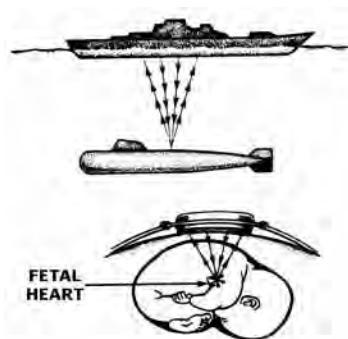


Fig. 95 - Il *Sound Navigation And Ranging* (SONAR) e il trasduttore a ultrasuoni per la rilevazione del Battito Cardiaco Fetale.



Fig. 96 - Clinica Ostetrica e Ginecologica di Napoli. Sala operatoria.



Fig. 97 - Clinica Ostetrica e Ginecologica di Napoli. Biblioteca.



Fig. 98 - Ala nuova Clinica Ostetrica.



Fig. 99 - Giuseppe Tesauro con gli Allievi Enzo Martella, Alfonso Barone, Benito Nagar, Carlo Guida e Beniamino Tesauro. Visita ad un laboratorio di un'azienda farmaceutica (1955).

L'ATTIVITÀ SCIENTIFICA, CLINICA E DIDATTICA DELLA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA DI SANT'ANDREA DELLE DAME

Tesauro e la Scuola napoletana produssero numerosi e sempre originali lavori nei vari campi del settore scientifico-disciplinare di Ginecologia ed Ostetricia: i contributi sulla sterilità femminile (1938), il concetto biologico delle intersessualità nelle disgenesi gonadiche (1939), gli studi sul fattore Rh e sulla malattia emolitica del neonato (1946), l'importanza dell'esame citologico per la valutazione ormonale (1949), la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero (1951), l'endocrinologia del climaterio e la senescenza, con particolare riguardo alla funzione dell'ipofisi anteriore nell'età senile (1951), le ricerche sulla rete linfatica dei tumori uterini (1958) e quelle sulla circolazione amniotica, indagata con isotopi radioattivi (1958). Inoltre, egli diede impulso agli studi dei collaboratori sul fibromioma uterino (1949), sulle fini strutture vascolari dell'ovaio umano (1947-48), sulla isoimmunizzazione sperimentale (1951), sulla biochimica dell'utero umano durante la gravidanza (1958-59) e sulla circolazione arteriosa e venosa di afflusso e di deflusso del circolo distrettuale della sfera genitale (1964).

Nel 1956 Tesauro mette le basi dell'indirizzo più attuale e più moderno dell'Ostetricia, la *"Medicina Prenatale"*, quando in un lavoro fondamentale, *"Trauma ed anossia"*, esaminò le gravi conseguenze delle lesioni cerebrali nel parto spontaneo e nel parto operativo (forcipe), concludendo con convinzione *"che non si tratta di andare verso indicazioni abusive del taglio cesareo, ma trovare la via intermedia, obiettivamente giustificata, in base ad indicazioni razio-*



Fig. 100

nali, che emergono dalla valutazione delle conseguenze del trauma ostetrico, nel campo fisiopatologico, sia nel bambino, che nell'adulto".⁽⁵⁵⁾

Egli rilanciò con convinzione e tenacia la rivista scientifica della Clinica Ostetrica e Ginecologica di Sant'Andrea delle Dame, l' "*Archivio di Ostetricia e Ginecologia*", che era stata fondata da Ottavio Morisani nel 1894. Tesauero ne fu il Direttore per molti decenni e fu coadiuvato dai professori F. Spirito, Ordinario a Siena, G. Motta, Ordinario a Messina, Espedito Moracci, Ordinario a Napoli, Mario Tortora, Ordinario a Ferrara, Nicola Vaglio, Ordinario a Napoli e con la Redazione co-

ordinata da V. Danesino, Ordinario a Pavia (Fig. 100).

Tesauero antesignano delle indicazioni al taglio cesareo, già nel 1932, aveva pubblicato sulla rivista "*La Riforma medica*", l'articolo su "*Brevi note clinico-statistiche sulla terapia della placenta previa, nella clinica Ostetrica di Berlino diretta dal Gehr. professor W. Stoeckel*".

Tesauero riferì che, già Miranda, aveva affermato che, con lo stesso ragionamento logico, per il quale, nel XVI secolo, si era arrivati al parto forzato, si doveva pervenire alla concezione di una terapia chirurgica più attiva, che meglio salvaguardava la vita delle madri e quella del prodotto del concepimento. L'operazione cesarea accolta prima con diffidenza e, talvolta, con decisa opposizione da parte di molti ostetrici, mano a mano che, grazie ai progressi della tecnica chirurgica, era divenuta di prognosi più favorevole, era stata, in genere, sempre più largamente applicata e presentata come terapia razionale in un notevole numero di casi di placenta previa. Confrontando le due statisti-

che di Stoeckel e di Miranda, il professore Tesauro concludeva che la placenta previa era diventata molto più frequente che per il passato, e che se la madre e il feto correivano serio pericolo, intervenendo prontamente, si aveva certamente la probabilità di salvarli entrambi con successo.

In sostanza, gli interventi per via vaginale erano responsabili della mortalità materna, relativamente alta e di una mortalità fetale altissima. Fra tutte le terapie, quella che permetteva di salvare il maggior numero di vite materne e fetali era il taglio cesareo soprasinfisario, mentre il ricorso alla isterectomia precesarea era necessario solo nel caso in cui la donna si fosse trovata in condizioni gravissime per anemia acuta.

Alcuni ricordano che la Scuola di Napoli fosse indicata come “*la Scuola dei cesarei*” e come nei giudizi ai concorsi a cattedra, spesso, veniva focalizzato l’eccessivo numero di tagli cesarei riportati nelle casistiche operatorie.

“*Non preoccupatevi, vedrete che le indicazioni si allargheranno ulteriormente*”. Tesauro aveva dettato un giorno per il Suo Maestro Miranda: “*Quante madri debbono a Te la loro vita per questo sano criterio inculcato a tante generazioni di medici, e quanti figli hanno visto la luce attraverso la incisione segnata dal Tuo bisturi. Salvare un bimbo è stato il Tuo pensiero dominante non solo quando già batte alle porte la vita, ma ancora molti mesi prima, quando è soltanto una semplice promessa: nessuna probabilità di vita deve andare perduta; tante volte ci hai ricordato che Wolfgang Goethe fu raccolto e rianimato per puro caso, e come in ogni embrione è racchiuso il destino di un contributo da portare all’umanità, dal braccio del modesto lavoratore alla scintilla dell’uomo di genio*”.

Pietro Paolo Tanaron (1798), chirurgo del Reggimento Reale toscano, aveva esposto nel suo libro “*L’Ostetricia ovvero l’arte di raccogliere i parti, opera utilissima per Chirurghi Raccoglitori e levatrici*”, pubblicato nel 1798 e dedicato al Principe Pietro Leopoldo, interessanti notizie storiche e profonde osservazioni di carattere dottrinale sul taglio cesareo.⁽³⁷⁾

Tanaron descrisse nel Capitolo III del suo libro che la “*isterotomotochia, ovvero dell’Operazione Cesarea, era una operazione che consiste nel taglio, che si fa alle parti contenenti dell’addome, e all’utero per cavarne il feto, che vi è dentro, non potendo uscire per le vie naturali, né venire espulso coll’aiuto dell’arte. Chiamasi questo parto cesareo, e da questo, secondo l’opinione di Plinio (23-79 d.C., nella sua *Naturalis Historia*), Scipione Africano (235-183 a.C.) fu chiamato Cesare, perché nacque in simil guisa, cioè a matre caesa, Auspicatus, dic’egli, enec-*

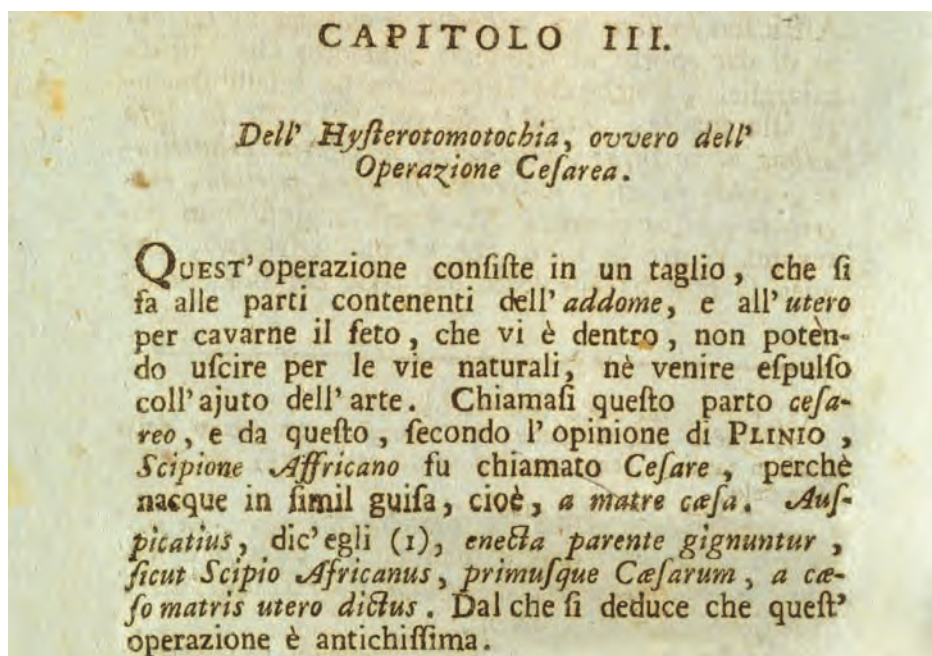


Fig. 101 - Da Pietro Paolo Tanaron (1798).

ta parente gignuntur, sicut Scipio Africanus, primusque Caesarum, a caeso matris utero dictus. Dal che si deduce che questa operazione è antichissima" (Fig. 101).

Secondo il mito seguito da Ovidio nelle *Metamorfosi*, Apollo, avvertito da una cornacchia dell'infedeltà della Ninfa Coronide, figlia di Flegia, re dei Lapiti in Tessaglia, la uccise, salvando però il figlio Asclepio che essa aveva da lui concepito, mediante taglio cesareo effettuato su di un fianco (Fig. 102).

Inoltre, Tanaron (1798) riferisce che *Gaspere Bauhino* (*Medico e Botanico svizzero 1560-1624*) raccontò che l'anno 1500, *Elisabetta Alespachin*, moglie di *Giacomo Nufer* (castratore di porci), *Norcino del villaggio di Siergershensen, parrocchia di Hauthuville, giurisdizione di Gortliebana in Turgavia (Svizzera)*, essendo gravida del suo primo figliuolo, e sentendosi da alcuni giorni i dolori del parto, fece venire parecchie Levatrici, le quali fecero molti tentativi, ma tutti inutili. Siccome si sentiva dei dolori vivissimi, e non le restava speranza alcuna di liberarsene, le disse il suo marito, che volendo ella confidarsi in lui, intraprenderebbe un'operazione, che coll'assistenza di Dio potrebbe riuscire, e n'ebbe in risposta,



Fig. 102 - La nascita di Asclepio da Coronide: il primo parto mediante taglio cesareo.

essere ella pronta a sottoporsi a tutto. Siccome l'affare era molto delicato, il marito andò dal Presidente di Fraversenden, e chiese la permissione d'intraprendere sulla sua moglie quest'operazione. Questo ministro ebbe sul primo qualche ripugnanza; ma informato in appresso dello stato della donna, e della buona volontà del marito, acconsentì. Il marito tornato a casa, disse alle Levatrici, che quelle, che avevano coraggio bastante per dargli mano all'operazione, potevano restare nella stanza; ma che quelle, che si sentivano troppo timide si ritirassero. Quindi implorato l'aiuto divino la fece coricare sopra una tavola, e le fece una incisione al ventre; aprì subito l'utero, e indi le membrane che contengono le acque, e ne cavò immediatamente il bambino, e fece in seguito molti punti di sutura al ventre. La ferita si risaldò felicemente, senza che sopraggiungesse alla donna accidente alcuno; anzi alcuni anni dopo l'operazione, ella partorì due bambini, uno dei quali Giovanni Nufer, fu poi giudice di Siergershensen, e nel 1853 viveva ancora.

In seguito, entusiasta del taglio cesareo fu Scipione Mercurio nella sua celebre *"Commare o Raccoglitrice"* del 1595. Tanaron aveva chiamato pusillanimi e codardi quei medici e chirurghi che di fronte ad un bacino viziato, che rendeva impossibile il passaggio del feto, non sapevano consigliare né intraprendere il taglio cesareo e lasciavano piuttosto morire la madre e il figlio. Egli, quindi, sosteneva che bisognava ricorrere alla *isterotomotochia* preferibilmente

te a sacco integro: 1) *quando il bambino era vivo ed alcuni ostacoli insuperabili, come certi difetti di organizzazione delle ossa della pelvi materna, impedivano al Raccoglitore d'introdurre la sua mano nell'utero per estrarre il feto*; 2) *per l'estrema grossezza del bambino o del suo capo ed a causa di scirri dell'orificio o della vagina, trattandosi di indicazioni assolute, non potendosi altrimenti ottenere il parto*; 3) *per la presenza di processi cicatriziali verificatisi durante la gravidanza che abbiano ridotto la pervietà del canale genitale*; 4) *per essersi il bambino aperto un passaggio attraverso la matrice e caduto nel ventre*; 5) *per una concezione ventrale* ⁽³⁷⁾.

François Mauriceau (1637-1709), premier chirurgien all'Hôtel-Dieu, sosteneva che *“deve sempre preferirsi la vita della madre a quella del figlio... Non si deve mai intraprendere il taglio cesareo perché sarebbe senza alcun dubbio causa di morte per la madre...”*.

In Inghilterra, il primo taglio cesareo fu eseguito il 29 giugno 1737 da Smith ad Edimburgo, mentre in Italia, nel 1789, Giovanni Giuseppe Cessa fece un taglio cesareo a Cremona su madre vivente. Grande fautore del taglio cesareo fu Jean Louis Baudelocque (1746-1810) (Fig. 103), autore di uno dei più importanti trattati della Storia dell'Ostetricia *“L'art des accouchements”*. Non mancarono però le reazioni contrarie. In Italia, Galeotti (1787) scriveva che *“mentre si vuol salvar un morto, se ne mandano due al cimitero”*. Simmons, in Inghilterra, pubblicò un libro dal titolo *“Reflections on the propriety of performing the cesarean operation”* (1798), in cui concludeva che *“Spero che in futuro sia bandita dai manuali di ostetricia ogni traccia dell'operazione cesarea, perché non potrà mai essere giustificata su donna vivente....”*

In Francia un Ostetrico grafomane, e in parte ciarlatano, Jean François Sacombe diede vita ad una *“École anticesarienne”* e passò alla storia per l'attacco che fece a Baudelocque a proposito di un taglio cesareo effettuato nel 1796, definendolo assassino. Sacombe pubblicò i suoi strali anticesarei sul suo giornale *“La Lucine française”* e perfino in un poema in versi *“Luciniade”*. Il suo



Fig. 103 - Jean Louis Baudelocque (1746-1810).



Fig. 104 - Il monumento anticesareo di "Sacombe".

progetto per un monumento diffamatorio contro il taglio cesareo restò, fortunatamente, lettera morta e Sacombe finì con l'abbandonare il lavoro di ostetrico, morendo povero, dopo aver tentato una strada come poeta (Fig. 104).

Alla fine del XVIII secolo, il cesareo si presentava come un rimedio estremamente rischioso. Per questa ragione si tentarono vie alternative come l'embriotomia, la sinfisiotomia ed il parto prematuro forzato.

Tanaron (1798) riteneva che "*l'embriotomia o embriulikia si possa effettuare solo quando è accertato che il feto è deceduto. Ma quando si crede che il bambino sia vivo, e che sia impossibile di farlo uscire per la via naturale, possono mai darsi uomini così barbari, e così privi di umanità, da immergere il coltello nel seno di una po-*

vera creatura, e tagliarla a pezzi, e a brani per poterla tirare fuori? Eppure questo è il consiglio in simile congiuntura di alcuni autori fondati sulla massima pernicioso di Tertulliano l'Affricano, essere crudeltà necessaria in tal caso di dar morte al bambino piuttosto che risparmiargliela, poiché ciò la produrrebbe infallibilmente alla madre. Atqui, dic'egli, in ipso adhuc utero infans trucidatur necessaria crudelitate, quum in exitu obligatus denegat partum, matricida, ni moriturus (Tertulliano - Lib. de anima). Ma simili ragioni non potevano venire in capo che ad un Affricano, che aveva la fantasia riscaldata dal calor del suo clima, ed infatti convien dunque per salvar la vita alla madre toglierla al figlio? Non vi sono forse altri partiti da prendere senza venirne da un infanticidio? E l'esempio di molte donne liberate felicemente per mezzo dell'operazione cesarea, e ridotte in perfetta salute, non è egli argomento, abbastanza convincente di tal verità?"

All'inizio del secolo XX la tecnica chirurgica aveva già raggiunto le sue tappe fondamentali e l'asepsi, l'anestesia, l'emostasi e la tecnica delle suture possedevano i loro mezzi e i loro metodi precisi e sicuri, per cui l'adozione di essi

nel campo ostetrico e ginecologico portò a risultati sempre più brillanti nella terapia chirurgica. Prima si effettuava il taglio cesareo classico ed in seguito il taglio cesareo soprasinfisario, che richiedeva per la sua esecuzione un più sicuro dominio del campo operatorio, sulla base di precise conoscenze anatomiche. La primitiva timida indicazione era solo quella di origine materna concernente la stenosi pelvica o altro ostacolo del canale del parto, mentre un campo nuovo nel quale la scuola e la clinica si affermarono trionfalmente con tangibili benemeritenze verso l'umanità furono l'indicazione fetale e l'indicazione materna per varie complicazioni ed anche per malattie extragenitali.

“Dall'operazione rara ed eccezionale – scriveva Tesauro nel 1945 – considerata con timore e diffidenza, ed alla quale si accorrevano con aspettativa e curiosità, col passare degli anni, col sommarsi delle casistiche, si è arrivati all'intervento operatorio, evento semplice ed ordinario, che può essere affrontato in ogni momento per l'insorgere di urgenti indicazioni... e che si svolge in un'atmosfera di tranquilla abitudine, scolastica semplicità, prova sicura della conseguita affermazione e del trionfo della tecnica” (Fig. 105).

E il risultato si riverberava in altri campi: la placenta previa mieteva ancora le sue vittime tra le madri e i figli per la scarsità dei mezzi di soccorso, per la titubanza dei medici nelle direttive terapeutiche. I pericoli dell'emorragia, della rottura d'utero, dell'embolia polmonare e della infezione non erano affatto dominati dalla terapia medica e da metodi palliativi e di semplice attesa. Bisognava ricorrere all'unico mezzo possibile di emostasi – lo svuotamento dell'utero – e per realizzarlo, bisognava scegliere la via consentita dalle condizioni del singolo caso, non esitando, se vi era l'impossibilità di liberare la gestante per le vie naturali, ad adottare un intervento laparotomico. Studiato il problema dottrinale su basi scientifiche, segnate dalla cattedra le linee del quadro morboso, valutati minuziosamente i dati statistici, il clinico passava dalla cattedra al tavolo operatorio. Tesauro, da precursore, insieme a Miranda, di una lunga schiera di ginecologi e maestri, superando preconcetti erroneamente dogmatici, operò frequentemente e con felice risultato e sostenne nell'accademia e nella scuola la terapia chirurgica della placenta previa e la necessità di ospedalizzazione al primo segno di allarme.

Spesso un'idea innovativa non deve essere presentata prima del suo tempo, quando si verifica un balzo in avanti, apparentemente rivoluzionario, esso dimostra che il processo è stato, in parte, preparato da coloro che l'hanno pre-

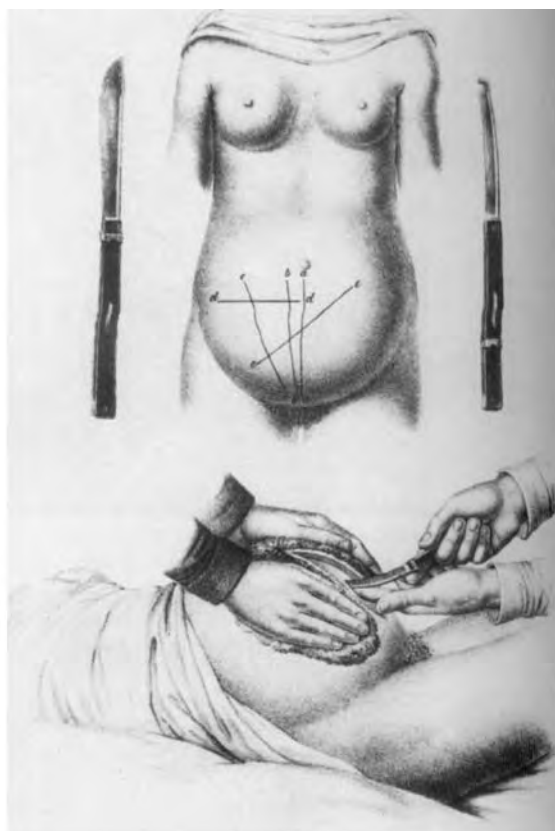


Fig. 105 - In alto: i tipi di incisione in uso nel XIX secolo e i bisturi o rasoi. In basso: il taglio cesareo con incisione ombelico-pubica. L'assistente premendo sull'addome impediva che fuoriuscisse l'intestino. Non esistevano norme di asepsi.

ceduto. Nel momento in cui l'ambiente culturale è adeguato, gli strumenti tecnologici sono stati inventati e un certo numero di intellettuali insoddisfatti inizia ad irritarsi per lo status quo, si presenta qualche spirito audace per annunciare l'illuminante notizia. Anche se, sulle prime, soltanto un piccolo numero di insoddisfatti può apprezzare l'importanza dell'idea, che in questo modo può fare la sua comparsa in scena, la sua diffusione finisce, in effetti, per essere inevitabile, perché la nuova concezione deriva da un percorso mentale as-

solitamente logico. Leonardo è stato descritto da Sigmund Freud come un uomo che si è svegliato troppo presto nell'oscurità, quando gli altri ancora dormivano.

Seppure gli Scienziati non sappiano bene cosa fare di fronte ad un passo particolarmente audace, ci sarà comunque qualcuno capace di comprendere che si tratta di un'idea valida, da tenere cara fino al giorno in cui diverrà manifesta.

Anche Tesauro coltivò la scienza, non astrattamente né per le soddisfazioni che essa poteva dare, ma per trarne dalle sue conquiste quanto poteva essere utile alla conoscenza dei meccanismi vitali dell'organismo e dell'applicazione per la difesa della vita umana. Egli sosteneva che il clinico non poteva, come lo sperimentatore in laboratorio, scegliere soggetto e condizioni da osservare e descrivere, ma doveva affrontare i problemi complessi di un organismo colpito nei vari apparati e nelle loro funzioni da fattori di origine, all'inizio, sconosciuta. Ed il suo compito era tanto più difficile, in quanto occorreva conoscere e valutare tutti i lati del problema nella sua vastità, per stabilire gli elementi da prendere in maggiore considerazione. Non era biologia assoluta da descrivere, ma fenomenologia da inquadrare ed interpretare, per trarne le conseguenze utili a modificare il decorso a scopo terapeutico: era tutto un lavoro di analisi, fino alla semplificazione più chiara, nell'interesse del singolo caso. Per Tesauro le basi sicure della clinica dovevano essere queste: la parte scientifica non come teoria fine a se stessa, ma come il mezzo fondamentale del suo insegnamento.

Alfredo Paladini, già professore Ordinario dal 1980 della prima Cattedra italiana di Puericultura Prenatale ed in seguito di Ginecologia ed Ostetricia



Fig. 106 - Alfredo Paladini.

presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, scrisse nella commemorazione del Maestro Tesauro (1988) che *"oggi è facile parlare di Puericoltura prenatale, di Medicina fetale, di Medicina dell'Età prenatale, di Gravidanza a rischio, ma, quanti anni prima, il professore Tesauro aveva avuto l'intuizione di introdurre nelle materie di insegnamento nella nostra disciplina la Puericoltura prenatale"* (Fig. 106).

Quante critiche furono rivolte a Tesauro sull'estensione delle indicazioni al taglio cesareo, alla presentazione di podice nella primigravida e a tante situazioni di rischio fetale, legate a numerose patologie materne! In un'epoca di convinti e spesso fanatici sostenitori dell'applicazione del forcipe, che richiedeva un'estrazione del feto a tutti i costi (si pensi all'applicazione del forcipe a maniglia traente di Tarnier, Maestro di Pinard). Tesauro, d'accordo con Pinard, rigettava definitivamente l'applicazione del forcipe allo stretto superiore, affermando, con forza, che spesso l'applicazione di quello strumento, poteva addirittura essere responsabile di una *embriotomia su feto vivo*, con danni fetali e traumatismi sulla madre, per cui senza dubbio era preferibile la sezione cesarea.

Nel 1939, Tesauro aveva curato l'edizione italiana del Trattato di Operazioni Ostetriche dei professori Georg Winter, Direttore emerito della Clinica ginecologica dell'Università di Könisberg e Joseph Halban, primario del Reparto Ginecologico dell'Ospedale Wieden di Vienna. In esso vengono descritte, tra l'altro le lesioni materne e fetali, legate alle operazioni ostetriche di allora.

Qualsiasi operazione ostetrica, anche se fatta con la massima precisione, presentava una serie di pericoli per il bambino, che aumentavano gradatamente di numero con la gravità dell'atto operativo. Per esempio i danni prodotti dall'uso del forcipe erano oltre a lievi contusioni cutanee, infossamenti delle ossa craniche a forma del cucchiaino, lesioni del ramo inferiore del nervo facciale o dei tre rami con paralisi motoria, fratture delle ossa del cranio, fino alla lacerazione del tentorio e conseguentemente dei seni venosi della dura madre, causa di gravi ematomi intracranici. I rivolgimenti e le estrazioni podaliche erano responsabili, nel feto, di lesioni delle parti molli, delle articolazioni e delle ossa, soprattutto lesioni della colonna vertebrale, fratture del femore, lussazioni del ginocchio. In caso di distocia di spalla potevano determinarsi fratture della clavicola, dell'omero, e, nonostante la manovra di Jacquemier eseguita a regola d'arte, sopraggiungevano, di solito, paralisi del plesso brachia-

le tipo Erb-Duchenne.

Molto discutibili e veramente drammatici erano altresì in quegli anni i metodi di rianimazione neonatale, descritti nel trattato di Winter e Halban, in caso di asfissia: le oscillazioni di Fritchs in due tempi, l'allontanamento di materiale aspirato mediante abbassamento e scosse del corpo del neonato, la respirazione artificiale, secondo il metodo di Sylvester, la respirazione artificiale secondo il metodo di Prochownick, la manovra di Werth. Per esempio, la manovra di Schultze (1886), molto faticosa e tecnicamente non facile, permetteva di ottenere l'inspirazione e la espirazione forzata. Essa si svolgeva in tre tempi: nel 1° tempo il medico lasciava pendere il neonato fra le sue gambe; nel 2° tempo il corpo del bambino veniva lanciato in alto in modo che le gambe ricadessero sulla faccia e le natiche si piegassero in avanti; nel 3° tempo, dopo pochi secondi, il corpo del bambino, con uno slancio *piuttosto forte*, veniva riportato alla posizione del 1° tempo, in modo che il torace, liberato dalla pressione, si distendeva per la sua elasticità, mentre il fegato con il diaframma scendeva in basso favorendo una forte inspirazione.⁽⁵¹⁾

Anche per tutti questi motivi, Tesauero, forte della sua tecnica operatoria ardita, elegante, impeccabile, sosteneva, con la parola e con l'esempio, l'allargamento delle indicazioni operatorie, contribuendo fattivamente a quel movimento che svincolava l'ostetricia dalle virtuosistiche e spesso tenebrose manovre culminanti talvolta in embriotomia o interruzioni di gravidanza. Egli contribuì a creare invece l'indirizzo della Ostetricia moderna, che, partendo da conoscenze precise di morfologia e fisiologia materna e fetale e avvalendosi di tutte le risorse per le indagini e per la tecnica, svolgeva la sua opera per la sana tutela della funzione materna e della vita che nasce.

L'insegnamento di Tesauero veniva affidato alle nuove generazioni di allievi, affinché svolgessero i loro compiti istituzionali – l'attività didattica, scientifica ed assistenziale – sempre illuminati dalle sue intuizioni anticipatrici, basate su una raffinata preparazione tecnico-scientifica.

Tesauero costantemente si dedicava, in maniera particolare, alla preparazione degli studiosi e dei collaboratori: accoglieva tutti i giovani che, attratti dalla chiarezza e dalla lucidità dell'insegnamento, dal lavoro fecondo dell'istituto, vi affluivano con l'entusiasmo delle giovani energie, li osservava, li seguiva singolarmente, sapeva trovare, per ognuno, i temi adatti e graduarne lo sviluppo secondo la preparazione e le individuali possibilità. La preparazione degli

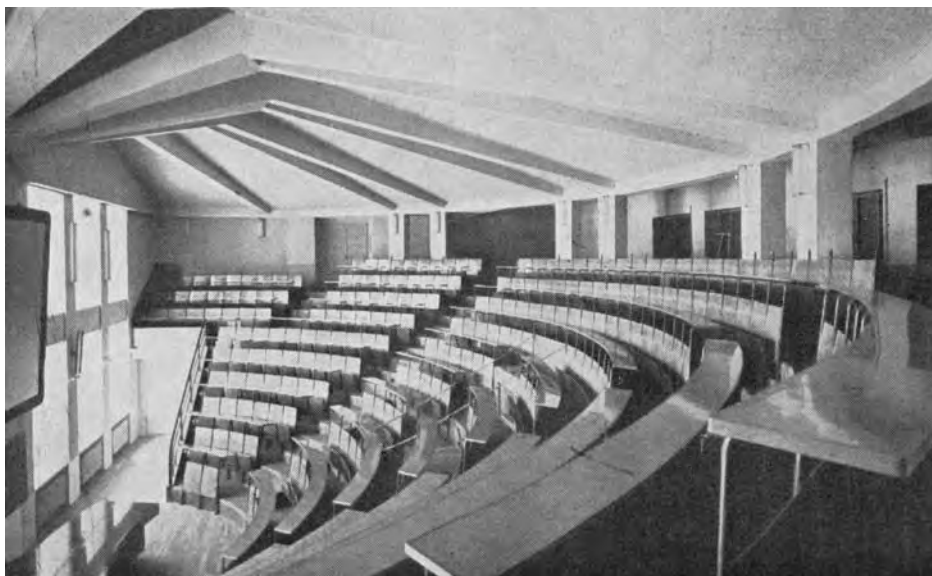


Fig. 107 - Clinica Ostetrica e Ginecologica di Napoli. Aula.

allievi, capaci di sviluppare il suo programma, assorbiva gran parte delle sue energie e il loro successo costituiva la sua paterna e suprema soddisfazione.

Gli indirizzi clinici scaturivano anche nel corso delle lezioni magistrali, sempre affollate, che affascinavano l'uditorio, tanto da provocare applausi prolungati, lezioni che ho avuto il piacere di seguire, da studente, nel corso dell'ultimo anno di insegnamento del professore Tesauro (1967-68) nella nuova grande aula di S. Andrea delle Dame (Fig. 107).

Nel corso della lezione, spesso, Egli presentava un caso clinico, invitando uno studente a visitare la paziente di turno, disponibile a contribuire alla formazione dei giovani medici. La gestante in barella era posta al centro dell'emiciclo vicino al professore Tesauro, in camice bianco, ed erano i soli ad essere illuminati da un riflettore centrale e circondati da tutti gli Allievi professori, Aiuti, Assistenti e Specializzandi.

Ricordo che, durante una lezione dell'anno accademico 1967-68, la scelta cadde su di me, per cui il professore Celestino Del Bianco, Aiuto della Clinica, in perenne apprensione per un innato timore reverenziale nei confronti del Direttore, mi accompagnò in una saletta attigua all'aula della Clinica Ostetrica per *aiutarmi* ad effettuare l'esplorazione vaginale di una paziente in

travaglio di parto, con una presentazione di podice completo.

Alla fine della visita il professore Tesauro volle da me un'attenta descrizione del reperto clinico, riscontrato, con tutte le caratteristiche del podice completo. Fortunatamente il professore Del Bianco mi aveva puntualmente e velocemente suggerito ciò che avrei dovuto riscontrare in questo caso clinico.... ma che, a causa della mia inesperienza, non ero riuscito francamente a *sentire* con la punta delle mie dita.

Tesauro nutriva un altissimo concetto della Scuola, dettava le lezioni con un'efficacia eccezionale, aggrediva i problemi più complessi e difficili, dipanandoli con esemplare chiarezza, soffermandosi sulle basi scientifiche e cliniche, fino ai più recenti disegni di aggiornamento e nella lezione dava tutto se stesso. Tale atteggiamento fu uno dei punti più luminosi della sua anima "*donare, donare generosamente, insegnare teoria e pratica, forgiare l'allievo e tracciar-gli con scienza la via da seguire*". Nei colloqui con gli allievi ripeteva spesso le parole di Paul Ehrlich (1854-1915): "*Ricordati sempre che l'insegnamento è un colloquio davanti a Dio, davanti ai propri allievi, davanti a se stessi.*"

Con l'insegnamento, con il suo stile e con il suo esempio il professore Tesauro trasmetteva la sua altissima moralità professionale, la sua umanità, il suo rigore.

Il segreto della sua tecnica dell'insegnamento era così schematizzato: la presentazione della paziente era particolarmente minuta, approfondita e condotta in forma piana, precisa, chiara e convincente, dando luogo a rilievi, a confronti ed a richiami di esperienza. In questa articolazione della fissazione e dei dati anamnestici, della valutazione dei risultati obiettivi dell'esame clinico, fatto pubblicamente, in presenza degli allievi, si sviluppava la maestria dell'insegnamento, nella ricerca della giusta diagnosi.

Ne risultavano lezioni ammirevoli, istruttive immediatamente per limpidezza di idee, per forza di ragionamenti induttivi e deduttivi, dense di indicazioni e di ammaestramenti pratici. Ricordava spesso le parole di Cardarelli "*Observatio et ratio*", in quanto nella medicina, ed in particolare nella clinica, non si deve creare niente, si deve solo ricercare, arrivando così alla diagnosi con la logica serrata ed indiscutibile, di cui forniva agli ascoltatori tutti gli elementi, riservandosi il compito di guidarli con il suo intuito di meravigliosa finezza e con il senso clinico.

Molti Medici ricordano ancora oggi, con nostalgia, i sei giorni di tiroci-

nio in Clinica Ostetrica. I piccoli gruppi di studenti del VI anno erano sistemati in uno stanzone, appositamente allestito per essi al piano terra, ed erano avvertiti mediante un campanello, sia di giorno che di notte, che stava partorendo una gestante spontaneamente in sala parto o mediante taglio cesareo in sala operatoria. Al momento della chiamata noi studenti facevamo le scale di corsa, con una certa emozione, per poter assistere in tempo al lieto evento. Riconosco che si viveva l'atmosfera magica ed irreale delle cliniche universitarie europee all'avanguardia, anche perché il professore Tesauro era l'unico cattedratico napoletano a richiedere *tassativamente* questo turno obbligatorio prelaurea, per poter permettere agli studenti un primo contatto con la Medici-



Fig. 108 - Il professore Giuseppe Tesauro consegna al dott. Andrea Di Lieto il Premio Laurea Lepetit 1967-1968.

na ed in particolare con le molteplici attività assistenziali, connesse al Pronto Soccorso ed all'Ostetricia.

La mia tesi sperimentale di laurea, svolta presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica e presso la prestigiosa Stazione Zoologica, fondata nel 1874 da Anton Dohrn a Napoli, sulla "*Steroidogenesi della placenta dei roditori*" mi permise di conseguire, il 27 luglio 1968, avendo come relatore il professore Tesauro, la laurea con 110 e lode e di vincere il Premio Laurea Lepetit per l'anno 1968 (Figg. 108, 109).

Il premio fu consegnato personalmente dal professore Tesauro, in qualità di Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, ai sette vincitori nel corso di una commovente cerimonia, di cui conservo le piacevoli sensazioni e alcune foto.



Fig. 109 - Il professore Giuseppe Tesauro con i dottori Antonio Livrea, Andrea Di Lieto, Carmine Minale, Paolo Purri, Antonia Luponi, Letizia Cutinelli e Francesco Saverio Ambesi Impiombato. Premio Laurea Lepetit 1967-1968.

TESAURO PRESIDENTE DELLA FEDERAZIONE INTERNAZIONALE DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Nel 1963, Tesauro, eletto Presidente della Federazione Internazionale di Ginecologia ed Ostetricia (FIGO) – unico finora tra gli italiani – si distinse anche in campo internazionale, fondando in tempi brevi la Rivista della FIGO, l'*International Federation of Gynecology and Obstetrics*, per rendere più dinamico e rapido lo scambio di informazioni tra il Presidente, i Presidenti delle diverse Società Nazionali ed i loro soci (Fig. 110).



Fig. 110 - Logo FIGO.

Il primo Bollettino della FIGO, in inglese, fu edito a Napoli da Tesauro. “Questa rivista – scriveva precorrendo i tempi – sarà l'organo ufficiale della Federazione e servirà come mezzo di comunicazione scientifica tra i Ginecologi di tutto il mondo, assolvendo così ad una delle finalità della Società” (Fig. 111).

Il Comitato Editoriale del *Journal of the International Federation of Gynecology and Obstetrics* era costituito dal professore G. Tesauro, Editor in Chief, dal professore P.H. de Watteville dell'Università di Ginevra (Svizzera), Segretario Generale della FIGO e dal professore W.C.W. Nixon, di Londra. L'Editorial Board era costituito oltre che da Tesauro e De Watteville, da R. Caldeyro-Barcia (Uruguay), C. Sureau (Francia), J. Stallworthy (Gran Bretagna), H.C. Taylor (USA), E. Martella (Italia) Segretario, mentre l'Editorial Office era professore Harold E. Kaminetzky, di New Jersey (USA)⁽⁵²⁾.



Fig. 111

In una lettera aperta ai soci della FIGO, pubblicata nell'ottobre del 1964 sul *Journal of the International Federation of Gynecology and Obstetrics*, Tesau-ro sottolineò che la capillare e puntuale diffusione della rivista aveva permes-so di creare dei legami più stretti tra i ginecologi di tutto il mondo e anche con le loro associazioni. Egli riconosceva l'esistenza di un legame tra gli stu-diosi in quanto gli studi, i lavori, le monografie ed i trattati pubblicati sulle

varie branche della nostra disciplina favorivano l'interscambio di pensieri e di capacità scientifiche dei vari componenti della comunità internazionale ginecologica. Ma, senza dubbio, un altro tipo di legame si realizzava tra i soci nell'ambito delle molteplici attività professionali e nella cooperazione che si sviluppavano nel mondo in varie lingue, mentre poteva migliorare l'organizzazione del lavoro e della tecnica chirurgica.

Era necessario, quindi, un mezzo che concretizzasse e rivelasse un tale legame e che perfezionasse le relazioni, già esistenti, attraverso le pubblicazioni nelle diverse lingue e gli atti dei congressi. Il Journal doveva stimolare lo stesso interesse in lettori di Paesi differenti e doveva ricordare l'esistenza di un legame e di un ideale di solidarietà e di collaborazione.

Tesauro divenne Presidente del Comitato per lo Studio della Mortalità Perinatale della FIGO e, pur constatando una notevole riduzione degli indici di mortalità perinatale negli anni, rilevò che tale diminuzione non poteva essere considerata soddisfacente, sia in Italia che negli altri Paesi. Egli sosteneva la necessità di migliorare il livello di assistenza ostetrica e pediatrica, di valutare, più accuratamente, le carenze e gli eventuali errori assistenziali e che, senza ombra di dubbio, la Puericoltura prenatale, sia pre- che post-concezionale, doveva restare compito di pertinenza squisitamente ostetrica.

Tesauro passò in rassegna i risultati delle ricerche cliniche e sperimentali volte alla soluzione dei problemi inerenti questo campo e analizzò i più moderni criteri in tema di terapia e profilassi dell'anossia e dell'emorragia intracranica prenatale e intranatale. Sostenne la necessità di elaborare nuovi provvedimenti atti ad eliminare le lacune assistenziali e previdenziali esistenti e di creare le basi per una propaganda capillare, che doveva essere rivolta allo sviluppo di una coscienza sanitaria, specie negli strati meno evoluti della popolazione⁽⁵³⁾.

Nel 1972, Tesauro pubblicò l'intensa mole di lavoro svolta dalla FIGO e dalla OMS per ridurre la mortalità perinatale.

La FIGO, già da molti anni aveva attivamente contribuito a promuovere lo studio sull'organizzazione per la prevenzione della morbidità e della mortalità perinatale, come era specificamente previsto tra i compiti indicati dallo statuto, con il chiaro intendimento di un'attiva ricerca di soluzioni idonee a far diminuire l'alto numero di decessi di feti e neonati.

In una riunione del Consiglio Esecutivo tenuta a Chicago il 2 maggio 1966,

venne stabilita la formazione di un Comitato speciale, chiamandone a far parte ginecologi e studiosi di vari Paesi, e richiedendo la collaborazione della Società Internazionale di Pediatria.

Il Comitato, presieduto da Tesauro, risultò così costituito: professore J. Barnes (Gran Bretagna), professore W. Bickenbach (Germania), professore D.G. Bonham (Nuova Zelanda), professore N. Butler (Gran Bretagna), professore L. Castelazo-Ayala (Messico), professore C.P. Hodgkinson (USA), professore A. Ingelman-Sundberg (Svezia), professore J. Kloosterman (Olanda), professore B.N. Purandare (India), professore D.E. Reid (USA), professore S.L. Towsend (Australia), professore G. Tesauro (Italia).

Nell'anno successivo (1967) il Comitato tenne a Sidney la prima riunione, proponendosi di iniziare la sua attività dai lavori di base, per poter raggiungere, attraverso una chiara visione della situazione di allora, un'univocità di definizioni e di terminologia, condizione indispensabile per ottenere dati statistici, rispondenti alla realtà dei fatti e pertanto pienamente comparabili. Furono così esaminate le prime relazioni dei vari componenti ed elaborate le notizie rilevate nei Paesi che presentavano migliori condizioni e possibilità di indagini più attendibili.

Le riunioni continuarono annualmente; nel maggio 1968 a Ginevra, nella sede della Federazione, e in presenza anche di alcuni rappresentanti dell'OMS, si diede inizio ad un'attiva collaborazione tra il Comitato della FIGO e gli esperti dell'OMS.

Nel novembre dello stesso anno fu convocato un incontro nella sede dell'OMS sul tema: "*Organizzazione dei servizi di protezione materna ed infantile*" (Rapp. Tecn. n. 428), con l'intervento di rappresentanti della FIGO (54).

Le successive riunioni si tennero alla sede centrale dell'OMS dal 26 novembre al 2 dicembre 1968 e vi presero parte: professore D. Baird (Aberdeen, Scozia), dott. H. Dhillon (Punjab, India), dott. I.S. Madama (Uganda), M.lle H. Merciers (Bruxelles), dott. A. Nozart (Teheran, Iran), professore M. Studenikin, pediatra (Mosca), dott. H.M. Wallace, relatore, (Berkeley, USA), professore G. Tesauro (per la FIGO), dott. H. Hultin, pediatra, (Helsinki, Finlandia).

Venne poi pubblicato il rapporto n. 428 della collezione OMS sui rapporti tecnici (*Organizzazione e amministrazione dei servizi di protezione materna ed infantile - 5° rapporto*).

Nel dicembre 1969 vi fu, per iniziativa dell'OMS, ancora una riunione di

un altro Comitato di esperti tecnici dell'OMS e, nei giorni seguenti, la riunione del Comitato della FIGO con gli stessi esperti.

Furono esaminate e discusse le relazioni del professore Boham (ginecologo) e del professore Butler (pediatra) e si giunse alla formulazione di rapporti conclusivi e di proposte concrete, che vennero poi portate nell'aprile del 1970 al 6° Congresso Mondiale della FIGO, tenutosi a New York.

L'attenzione venne portata sulla necessità di accettare sul piano internazionale la "*definizione del concetto di mortalità perinatale*", fissandone i limiti di tempo, in quanto, fino ad allora, questo problema non era stato mai affrontato in maniera collegiale.

Si passò poi all'esame delle cause che incidono sulla mortalità perinatale, aprendo così un vastissimo campo di indagini e di studi da sviluppare in ogni Paese, sulla gamma delle eventuali cause che potevano agire, nell'ultimo periodo della vita intrauterina nel determinare una morte fetale precoce o tardiva. Furono altresì approfonditi i fattori determinanti ed il loro meccanismo di azione, per passare, infine, ai criteri generali di valutazione e alle particolari condizioni del feto e del neonato, fino al termine del settimo giorno di vita.

Il Comitato osservò che, negli ultimi anni, si era avuta una sensibile riduzione della mortalità materna, come complicità alla gravidanza ed al parto, e che molto più modesti, e limitati solo ad alcuni Paesi, erano stati i miglioramenti conseguiti per la mortalità perinatale, anche se nella maggior parte dei Paesi europei, essa era diminuita lentamente, ma costantemente, nella decade 1956-1966. La diminuzione poteva essere valutata tra un quarto ed un terzo della cifra del 1956.

Però l'osservazione di Nixon nel suo lavoro "*Perinatal mortality: the challenge*", secondo cui una madre su 28, anche nella civilissima Inghilterra, lasciava la maternità senza un bambino vivo, era al momento valida, anche se le cifre erano migliorate. E così pure era evidente che le morti fetali, dopo la 20^a settimana, e le morti neonatali nella 1^a settimana di vita, sommate insieme, formavano una cifra uguale al totale di tutte le morti nelle successive tre decadi di vita.

Il Comitato prese in considerazione, più dettagliatamente, le condizioni pre-gravidiche, quelle intervenute durante la gravidanza, il parto ed il primo periodo neonatale, che potevano influenzare la mortalità perinatale, alterare la

salute del feto o interferire sull'ulteriore sviluppo del neonato. Si cercò di valutare in che misura un miglioramento nell'assistenza al periodo prenatale, avrebbe potuto produrre un miglioramento degli indici morbosi e letali.

Furono, pertanto, esaminati i problemi relativi alla prevenzione di quelle condizioni del periodo perinatale che causavano sequele a lunga distanza ed all'attuazione di quelle misure che per l'immediatezza della loro applicazione potevano determinarne una notevole e pronta riduzione.

In un primo quadro sommario si poterono calcolare 100 milioni circa di nascite annuali in una popolazione mondiale che superava i 3 miliardi di persone, distribuite tra più di 220 Paesi e territori diversi; metà di questa popolazione viveva in sole 6 azioni (Cina, India, URSS, USA, Indonesia e Pakistan). In un campo così vasto si osservavano variazioni notevoli fra le cause di pericolo perinatale, che potevano anche essere peculiari e differenti per le diverse nazioni, mentre il Comitato aveva potuto soltanto raccogliere e considerare dati di massima, su alcuni aspetti del problema.

Due ampie suddivisioni erano state considerate in base al concetto delle Nazioni Unite del 1964, di *Paesi sviluppati* e *Paesi in via di sviluppo*. Quest'ultimo gruppo comprendente il 72% della popolazione mondiale, presentava rischi di mortalità perinatale molto più alti che nell'altro gruppo.

Il Comitato, presieduto da Tesauro, osservò che, anche nella maggior parte dei *Paesi sviluppati*, esistevano ancora la povertà ed altre condizioni sociali avverse, con tutti i loro ben noti effetti deleteri sulla salute materna ed infantile, e che i servizi sanitari offerti ad alcuni strati delle loro popolazioni, erano ben lontani dall'essere soddisfacenti.

Al contrario, in molti *Paesi in via di sviluppo*, vi erano strati della popolazione le cui condizioni di vita e standard igienici e sanitari relativamente alti.

Il Comitato FIGO riferì, analiticamente, su tutti i problemi da approfondire e che potevano giocare un ruolo importante nella Medicina perinatale, dalla genetica alla prevenzione prematrimoniale e preconcezionale, alla diagnosi precoce delle infezioni ante-natali, alla isoimmunizzazione, alle cause teratogene e alle numerose patologie della gravidanza e del travaglio, alle distocie ed, in particolare, ai possibili traumi del travaglio e del parto, all'anossia ed alle conseguenze vascolari e cerebrali che si manifestavano dopo la nascita.

Le cause più frequenti di morte perinatale tendevano ad essere molto simili nei *Paesi sviluppati*; per una valutazione globale, molto significativi era-

no i risultati dell'inchiesta condotta da Butler in Inghilterra.

Nella Tabella 1 sono riportati i dati relativi ai reperti autoptici, effettuati su 3.945 feti o neonati in periodo perinatale ed espressi in proporzione a 1.000

Tabella 1

Malformazioni congenite mortali	5,8
Isoimmunizzazione Rhesus	1,3
Morti antepartum senza lesioni evidenti	3,4
Anossia antepartum	3,4
Anossia intrapartum	7,1
Anossia intrapartum e trauma cerebrale da parto	2,1
Trauma cerebrale da parto	1,0
Infezione polmonare (polmonite)	1,5
Membrana ialina	1,6
Emorragia polmonare massiva	0,6
Emorragia intraventricolare	0,7
Morte neonatale precoce senza lesioni istologiche	1,0
Residuo	1,3
Necropsie non fatte	2,4

(da BUTLER)

33,2:1000 nati

nati, e si ha così una *mortalità perinatale globale* di 32,2 su 1.000 nati.

L'esame di questa tabella consentiva di sottolineare l'importanza ed il valore dell'esame autoptico, nella valutazione esatta delle cause di morbidità perinatale.

L'entità delle cifre confermava che le cause più frequenti di morte erano sempre le malformazioni congenite, l'anossia intrauterina, spesso dovuta a tossiemia o emorragia anteparto, ed il peso molto basso alla nascita.

In molti Paesi, le percentuali registrate dal Comitato, mostravano una diminuzione del 50%, rispetto a quelle registrate 30 anni prima.

In contrasto con ciò, percentuali di mortalità perinatale tra il 60 ed il 90% per mille nati vivi, si riscontravano in quelle Nazioni in via di sviluppo, che

pubblicavano statistiche. Tali cifre erano da considerare significative anche per la maggioranza delle altre Nazioni in condizioni simili, e delle quali non si avevano idonei dati statistici.

Il Comitato presieduto da Tesauro mise in evidenza che le variazioni delle percentuali di mortalità, nei singoli Paesi, avevano cause complesse e che i dati andavano interpretati con riserva, sia per i diversi criteri adottati nella registrazione, nelle definizioni e nella indicazione dei limiti di tempo, di quello che era considerato il *periodo perinatale*, sia per il rapporto che si voleva ricavare tra epoca di gravidanza e peso alla nascita: vi era, in altri termini, il difetto di una certa eterogeneità nei dati raccolti. Era necessario superare questa difficoltà, al fine di poter approfittare della più larga esperienza possibile e giungere, su questa base, alla individuazione dei metodi che avrebbero permesso di ridurre l'incidenza di morbidità perinatale ed il tasso di mortalità.

Il Comitato cominciò, pertanto, col prendere in considerazione le definizioni già esistenti, relative alla mortalità perinatale e notò che, sotto vari punti di vista, queste non rispondevano più ai requisiti richiesti, per cui si rendeva necessaria una revisione delle definizioni, per un adeguamento, non solo ai fini statistici generali, ma a quelli di ricerca e di prevenzione.

A tal fine, furono preparati questionari da inviare a tutte le società affiliate alla Federazione.

Agevolata sempre dalla perseveranza del Presidente Tesauro, la questione venne ripresa in occasione del Congresso di New York del 1970 nel Comitato speciale, nel Consiglio di Amministrazione e nell'Assemblea generale. Ancora una volta fu sottolineata la necessità di ottenere la maggiore uniformità possibile dei criteri generali e la preparazione dei dati statistici, in modo che in futuro, con l'uso di elaboratori elettronici, tutti i dati sarebbero stati più facilmente raccolti ed elaborati.

Il documento trasmesso a tutte le Società scientifiche iniziava con una premessa per la definizione del *nato vivo*, cioè la completa espulsione o estrazione dalla madre del prodotto del concepimento, senza tener conto della durata della gravidanza. Il prodotto del concepimento che, dopo la separazione dalla madre, respirava e mostrava evidenza di vita, come il battito cardiaco e la pulsazione del cordone ombelicale, i movimenti definiti dei muscoli volontari, pur essendo il cordone ombelicale ancora intatto e la placenta inserita, era considerato *nato vivo*.

Tesoro ed il Comitato ritennero necessari definire con attenzione alcuni dettagli sui criteri per definire la vitalità del feto, la morte fetale suddivisa in precoce, intermedia e tardiva, l'epoca gestazionale, il peso fetale alla nascita e la morte neonatale precoce, cioè nella prima settimana di vita, allo scopo di migliorare lo standard nella raccolta dei dati in tutto il mondo.

Il Comitato raccomandò che dovevano essere fornite le seguenti informazioni, circa l'epoca della morte: se la morte fetale era avvenuta prima o durante il travaglio, oppure se questa notizia non era conosciuta.

Secondo lo stesso Comitato, per la dichiarazione di morte di un feto o di un neonato nella prima settimana, che comportava complesse influenze fisiopatologiche reciproche con l'ambiente materno, la formula, fino ad allora usata nel certificato di morte, non era valida. Si raccomandava per tutti i Paesi, una riorganizzazione dei metodi di raccolta dei dati nazionali, sulle cause di morte fetale tardiva e di morte neonatale precoce. Questo avrebbe portato ad una modifica o ad una estensione delle formule attuali, o alla introduzione di formule supplementari, per la registrazione delle morti perinatali. Lo scopo era di costituire una forma speciale di certificato di morte perinatale, che avrebbe permesso l'individuazione separata, di fattori significativi nella madre, durante la gravidanza ed il travaglio, e di condizione del feto o del neonato. Tale certificato avrebbe dovuto includere, possibilmente, i reperti necroscopici oltre i dati relativi all'ora della nascita, all'epoca di morte, al peso alla nascita, ed all'età gestazionale.^(53, 54)

Negli anni recenti, il quadro normativo sulle nascite in Italia, è divenuto decisamente carente a seguito delle modifiche in tema di dichiarazione di nascita introdotte dalla Legge 127/97 o Bassanini-bis e del successivo Regolamento di attuazione (D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403). Tali variazioni normative hanno reso impossibile la prosecuzione della tradizionale rilevazione delle nascite, di fonte Stato Civile, che l'ISTAT conduceva fin dal 1926.

La conoscenza delle misure basilari di fecondità, quali il numero di nati vivi e nati morti, i tassi grezzi e specifici di fecondità, il numero medio dei figli per donna, l'età media al parto, costituiscono uno strumento conoscitivo fondamentale per un Paese. A maggior ragione lo sono per l'Italia, che vanta lo spiacevole primato di tassi di fecondità, fra i più bassi del mondo, e che, pertanto, necessita di misure e politiche, finalizzate all'incentivazione della maternità ed alla rimozione dei suoi ostacoli.

Il Ministero della Salute istituì, nel 1998, un gruppo di lavoro che aveva il compito di predisporre un nuovo certificato di assistenza al parto (CEDAP), che avrebbe dovuto seguire un percorso esclusivamente sanitario (punto nascita – Regione, nel suo Ufficio competente – Ministero della Salute), mentre la precedente rilevazione statistica si basava sul percorso punto nascita – Comune – ISTAT.

In realtà, il certificato di assistenza al parto esisteva già in molte Regioni, ma non aveva una standardizzazione a livello nazionale e non era utilizzato ai fini di statistica ufficiale.

Il Decreto ministeriale del 16 luglio del 2001 n. 396 istituì il nuovo CEDAP, ma solo con la successiva circolare ministeriale del 19 dicembre 2001 si fornirono le disposizioni per l'avvio della rilevazione, che doveva avere inizio dal gennaio 2002.

Attualmente, la normativa prevede la compilazione di uno schema semplificativo di CEDAP, demandando alle Regioni la facoltà di adottare un CEDAP regionale, che però garantisca le informazioni contenute nel CEDAP nazionale. Alle Regioni sono altresì demandate l'organizzazione e gestione del flusso statistico, in totale autonomia. Esse sono tenute ad inviare, due volte l'anno, i dati al Ministero della Salute, secondo i percorsi tracciati stabiliti dalla circolare di dicembre 2001.

Il CEDAP (Figg. 112, 113) costituito da una sezione generale, contiene le informazioni relative al luogo dove è avvenuto il parto (Regione, Comune, Azienda, USL e Istituto) e i principali dati identificativi della puerpera.

Nelle altre sezioni, sono registrate le informazioni socio-demografiche sui genitori, sulla gravidanza, sulle visite e sulle indagini prenatali, effettuate durante la gravidanza, sull'eventuale presenza di patologie in gravidanza e sul metodo di fecondazione assistita, sul parto e sul neonato. In caso di natimortalità o malformazioni, le sezioni D e E, richiedono la specifica dei codici di patologia e, in caso di malformazione, la presenza di familiarità.

Finalmente le leggi italiane nazionali e regionali avevano recepito in maniera completa le precise indicazioni formulate da Tesauro quaranta anni prima!

Il Comitato FIGO raccolse le risposte e le osservazioni delle Società Nazionali, alcune delle quali prospettavano la necessità di modifiche delle norme regolamentari, vigenti nei rispettivi Paesi, per le denunce e i registri di stato civile. Per esempio, nei casi di morte perinatale, l'esame necroscopico del



REGIONE CAMPANIA

CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

SEZIONE GENERALE																															
Regione 000		Istituto 000000																													
Azienda ASL 000		Comune di evento 000000																													
Madre: Cognome stampatello		Nome stampatello																													
Codice Fiscale 000000000000000000																															
SEZIONE A - INFORMAZIONI SUI GENITORI																															
MADRE: data di nascita 00/00/0000		cittadinanza 000																													
comune nascita 000000																															
comune di residenza 000000																															
Regione 000		Azienda ASL 000																													
data matrimonio 00/00/0000		data ultimo parto 00/00/0000																													
stato civile ☐ nubile = 1 coniugata = 2 separata = 3 divorziata = 4 vedova = 5																															
precedenti gravidanze sì ☐ no ☐		aborti spontanei ☐ IVG ☐																													
parti precedenti ☐ <i>dai quali:</i>		nati vivi ☐ nati morti ☐																													
T.C. precedenti ☐																															
<table border="0" style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>condizione lavorativa ☐</td> <td>posiz. nella professione ☐</td> <td>ramo di attività ☐</td> <td>titolo di studio ☐</td> </tr> <tr> <td>occupato ☐ 1</td> <td>imprenditore professionista ☐ 1</td> <td>agricoltura, caccia e pesca ☐ 1</td> <td>laurea ☐ 1</td> </tr> <tr> <td>disoccupato ☐ 2</td> <td>altro lavoratore autonomo ☐ 2</td> <td>industria ☐ 2</td> <td>dip. univ./laurea breve ☐ 2</td> </tr> <tr> <td>in cerca di prima occupazione ☐ 3</td> <td>dipendente: dirigente o direttivo ☐ 3</td> <td>commercio, servizi, alberghi ☐ 3</td> <td>dip. media superiore ☐ 3</td> </tr> <tr> <td>studente ☐ 4</td> <td>dipendente: impiegato ☐ 4</td> <td>pubblica amministrazione ☐ 4</td> <td>dip. media inferiore ☐ 4</td> </tr> <tr> <td>casalinga ☐ 5</td> <td>dipendente: operaio ☐ 5</td> <td>altri servizi privati ☐ 5</td> <td>lic. elem./nessun titolo ☐ 5</td> </tr> <tr> <td>altro(pensionato, inabile, ecc.) ☐ 6</td> <td>altro lavoratore dipendente ☐ 6</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				condizione lavorativa ☐	posiz. nella professione ☐	ramo di attività ☐	titolo di studio ☐	occupato ☐ 1	imprenditore professionista ☐ 1	agricoltura, caccia e pesca ☐ 1	laurea ☐ 1	disoccupato ☐ 2	altro lavoratore autonomo ☐ 2	industria ☐ 2	dip. univ./laurea breve ☐ 2	in cerca di prima occupazione ☐ 3	dipendente: dirigente o direttivo ☐ 3	commercio, servizi, alberghi ☐ 3	dip. media superiore ☐ 3	studente ☐ 4	dipendente: impiegato ☐ 4	pubblica amministrazione ☐ 4	dip. media inferiore ☐ 4	casalinga ☐ 5	dipendente: operaio ☐ 5	altri servizi privati ☐ 5	lic. elem./nessun titolo ☐ 5	altro(pensionato, inabile, ecc.) ☐ 6	altro lavoratore dipendente ☐ 6		
condizione lavorativa ☐	posiz. nella professione ☐	ramo di attività ☐	titolo di studio ☐																												
occupato ☐ 1	imprenditore professionista ☐ 1	agricoltura, caccia e pesca ☐ 1	laurea ☐ 1																												
disoccupato ☐ 2	altro lavoratore autonomo ☐ 2	industria ☐ 2	dip. univ./laurea breve ☐ 2																												
in cerca di prima occupazione ☐ 3	dipendente: dirigente o direttivo ☐ 3	commercio, servizi, alberghi ☐ 3	dip. media superiore ☐ 3																												
studente ☐ 4	dipendente: impiegato ☐ 4	pubblica amministrazione ☐ 4	dip. media inferiore ☐ 4																												
casalinga ☐ 5	dipendente: operaio ☐ 5	altri servizi privati ☐ 5	lic. elem./nessun titolo ☐ 5																												
altro(pensionato, inabile, ecc.) ☐ 6	altro lavoratore dipendente ☐ 6																														
PADRE: data nascita 00/00/0000		cittadinanza 000																													
comune nascita 000000																															
condizione lavorativa ☐		posiz. nella professione ☐																													
codificare con le stesse modalità utilizzate per i dati relativi alla madre.																															
consanguineità ☐		figli di fratelli/sorelle = 1 figli di primi cugini = 2 figli di secondi cugini = 3.																													
SEZIONE B - INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA																															
visite di controllo n° ☐		prima visita di controllo ☐ sett.																													
amniocentesi ☐		decorso gravidanza: fisiologico ☐ sì ☐ no ☐																													
prelievo villi coriali ☐		patologico ☐ sì ☐ no ☐																													
fetoscopia/funicolocentesi ☐		difetto di accrescimento fetale ☐ sì ☐ no ☐																													
ecografia > 22 settimane ☐																															
data ultima mestruazione 00/00/0000		Età gestazionale 00 sett.																													
procreazione assistita ☐ sì ☐ no ☐		solo farmaci ☐ FIVET ☐ IUI ☐ GIFT ☐ ICSI ☐ altre tecniche ☐																													
SEZIONE C - INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO																															
Data del parto 00/00/0000 ora 00/00		semplice ☐ plurimo ☐ n° maschi 0 n° femmine 0																													
ordine di nascita nel presente parto in caso di parto plurimo 0																															
Sanitari presenti: Ostetrica/o ☐ Ostetrico ginecologo ☐ Pediatra/neonat. ☐ Anestesista ☐ Altro personale ☐																															
Altri presenti: padre ☐ altro familiare ☐ altra persona ☐																															
Profilassi Rh praticata ☐ sì ☐ no ☐																															
LUOGO DEL PARTO		TIPO TRAVAGLIO																													
ist. pubblico o privato ☐	spontaneo ☐	vertice ☐	podice ☐																												
abitazione privata ☐	indotto con farmaci ☐	fronte ☐	bregma ☐																												
altra struttura ☐	indotto con amnioressi ☐	faccia ☐	spalla ☐																												
altrove ☐																															
PRESENTAZIONE		MODALITÀ																													
		spontaneo ☐ TC elezione ☐																													
		TC in travaglio ☐																													
		forcipe ☐ ventosa ☐																													
		altro ☐																													

Fig. 112 - Modello CEDAP.



REGIONE CAMPANIA

CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

SEZIONE C2 - INFORMAZIONI SUL NEONATO

maschio ☐ genitali esterni: maschili ☐ peso gr. lunghezza cm
 femmina ☐ femminili ☐ c. cranica cm
 indeterminati ☐ nato vivo ☐ nato morto ☐
 Apgar a 5 minuti necessità di rianimazione si ☐ no ☐
 Presenza di malformazioni si ☐ no ☐

firma del certificante medico-chirurgo ☐ ostetrica/o ☐
 matricola n°

SEZIONE D - INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ

Malattia principale del feto
 descrivere
 Altra malattia del feto
 descrivere
 Malattia principale della madre interessante il feto
 descrivere
 Altra malattia della madre interessante il feto
 descrivere
 Altra circostanza rilevante
 descrivere
 Momento della morte: prima del travaglio ☐ durante il travaglio ☐
 durante il parto ☐ sconosciuto ☐
 esami strumentali in caso di malformazioni (Rx, cariotipo etc.) si ☐ no ☐
 fotografie in caso di malformazioni si ☐ no ☐
 riscontro autoptico: la causa di morte individuata è stata confermata dall'autopsia ☐
 il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito ☐ non effettuato ☐

SEZIONE E - INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI

Malformazione diagnosticata
 Malformazione diagnosticata
 Malformazione diagnosticata
 Descrizione cariotipo
 Età gestazionale alla diagnosi di malformazione sett.
 Età neonatale alla diagnosi di malformazione giorni
 Malf. fratelli si ☐ no ☐
 Malf. madre si ☐ no ☐ Malf. padre si ☐ no ☐
 Malf. genitore madre si ☐ no ☐ Malf. genitore padre si ☐ no ☐
 Malf. parenti madre si ☐ no ☐ Malf. parenti padre si ☐ no ☐
 Malattie insorte in gravidanza
 Descrizione
 malattie insorte in gravidanza
 descrizione

il Medico accertatore

matricola n°

Fig. 113 - Modello CEDAP.

feto e del neonato e della placenta, doveva essere effettuato tutte le volte che era possibile, e, preferibilmente, da un anatomo-patologo esperto in questo campo.

A questo proposito, riporto che, recentemente in Francia, è stato istituito il *Diplôme inter-universitaire de Pathologie Foetale et placentaire* mediante la collaborazione delle Università Diderot di Parigi, René Descartes di Parigi, Pierre e Marie Curie di Parigi e quelle di Lione, Reims, Strasburgo e Bordeaux. Questa super-specializzazione in Anatomia patologica embrio-fetale e placentare, della durata di 2 anni, prevede un insegnamento teorico e pratico con la realizzazione di almeno 50 esami feto-placentari.

Ancora una volta, Tesauo aveva preconizzato la necessità di una particolare competenza e preparazione anche in questo settore interdisciplinare, per poter giungere a risultati validi scientificamente e unanimemente condivisi.

È superfluo dire che l'intento del Comitato e di Tesauo nel diramare il documento conclusivo, andava bene al di là dello scopo puro e semplice delle formalità regolamentari e statistiche, al fine di suscitare in tutto il modo l'attenzione sul problema in se stesso e la necessità di provvedimenti.

Nell'attesa di disporre di questo materiale, il Comitato si pose il problema dell'analisi dei mezzi utilizzati, allora, nella prevenzione e nell'assistenza nel periodo perinatale, nonché di indagini orientative, per valutare in quale misura ed entro quali limiti, risultati utili potevano essere realizzati.

Se si accettava il principio che la salute dei nuovi membri della società era un diritto fondamentale, ne conseguiva il dovere che la migliore assistenza disponibile fosse fornita al feto in utero ed al momento della nascita al neonato nei cruciali primi giorni di vita e, beninteso, dentro i limiti delle risorse sanitarie di ciascuna Nazione.

Secondo Tesauo, quindi, per tali motivi, i tassi di morbidità e di mortalità perinatale costituivano un urgente problema a livello mondiale, per cui si doveva ovunque realizzare un'adeguata pianificazione e un'idonea organizzazione dei servizi sanitari, con la massima integrazione e con continuità di assistenza per la gravida e per il figlio.

Il raggiungimento di questo obiettivo richiedeva una stretta cooperazione tra ginecologi, pediatri ed autorità preposte alla sanità pubblica, per il controllo dei servizi e per preparare la necessaria istruzione sanitaria, che doveva essere accettata dalla popolazione.

Se da un punto di vista generale, l'organizzazione doveva prevedere i servizi per un'adeguata assistenza preconcezionale e prenatale, per il travaglio bisognava assicurare la possibilità di ricovero al momento opportuno (ed in casi particolari, preventivo), inclusi i mezzi occorrenti, per il trasferimento della gravida o partoriente nei reparti di maternità.

Dalle statistiche del 1966, risultava che, dividendo la *mortalità perinatale*, nei due gruppi di morte fetale tardiva (nati morti) e di morte neonatale precoce (nati vivi e morti nei primi sette giorni) ed esaminando per ciascuno di questi due gruppi i risultati primari delle autopsie, si poteva arrivare ad alcune considerazioni globali sulle cifre.

Nell'assieme, le incidenze dell'anossia intrapartum e dell'ipossia con lesione cerebrale (e con o senza trauma alla nascita), costituivano più della metà di tutti i casi. Seguivano le malformazioni congenite, mentre, con cifre più limitate, incidevano la iso-immunizzazione e, per la mortalità della prima settimana, le infezioni polmonari, la patologia da membrana ialina, l'emorragia polmonare massiva ed altre condizioni meno frequenti.

A parte, bisognava considerare un 20% di nati morti, per i quali il reperto autoptico non metteva in evidenza lesioni apprezzabili.

Queste constatazioni erano valide per la ricerca dei mezzi, atti a ridurre le cifre di morbilità e mortalità perinatale. Compito del ginecologo, che nello studio della fisiopatologia della gravidanza aveva le maggiori possibilità di analizzare le cause eziologiche e fattori patogenetici nel loro intimo meccanismo, era quello di dedurne i mezzi tecnici di prevenzione e di terapia.

Condizione essenziale era la possibilità di una diagnosi precoce e tempestiva della sofferenza fetale, che non doveva essere più valutata con l'osservazione periodica individuale e con i mezzi tradizionali, ma con l'impiego sistematico dei progrediti sussidi tecnici e di laboratorio.

La sorveglianza continua delle condizioni fetali, fornendo i dati per razionali indicazioni terapeutiche ed operatorie, poteva contribuire a identificare e risolvere i problemi, che potevano insorgere durante il travaglio di parto. Non vi era dubbio che una corretta assistenza ostetrica non potesse prescindere da una valida organizzazione e dalla disponibilità di personale sanitario e tecnico, altamente qualificato.

Il Comitato ribadì che, per l'identificazione della sofferenza fetale, non si poteva prescindere dall'amnioscopia a visione diretta, dal prelievo di sangue

fetale, per gli esami biochimici e dal monitoraggio cardiaco fetale.

Per l'esame del battito cardiaco fetale il rilievo stetoscopico, oltre all'influenza di una valutazione personale dell'ascoltatore, poteva presentare le ben note difficoltà per condizioni avverse ad una buona trasmissione del rumore cardiaco (obesità, posizioni posteriori, poliamnios, ecc.) difficoltà che, molto spesso, si verificavano anche per l'elettrocardiografia e la fonocardiografia fetali.

In tali casi potevano essere utili le apparecchiature ad ultrasuoni, basate sul fenomeno Doppler: l'osservazione delle modifiche di frequenza dell'onda ultrasonora riflessa da un corpo in movimento, permetteva di controllare non solo l'attività cardiaca fetale, ma anche il passaggio del sangue nei vasi materni e fetali e la circolazione placentare. Da questi rilievi derivava anche la possibilità della localizzazione della placenta nelle emorragie del 3° trimestre e nella diagnosi di una gravidanza gemellare, della cefalometria ed, in genere, della valutazione dello sviluppo fetale, con dati sufficientemente precisi.

Il metodo di monitoraggio, rilevatosi prezioso nei Centri di rianimazione ed in altri campi, in ostetricia, offriva il vantaggio dell'osservazione continua delle condizioni del feto e, con opportuni sistemi di allarme, permetteva di richiamare l'attenzione del medico, appena se ne fosse presentata l'indicazione. Ne derivava che la vita del feto non era più affidata a periodiche vaghe osservazioni che, per quanto ravvicinate, risultavano, pur sempre, discontinue e con intercalati periodi di incertezza.

Le ricerche fonocardiografiche, elettrocardiografiche o con ultrasuoni sulle variazioni del battito cardiaco fetale (BCF) e l'esame del liquido amniotico consentivano una prima selezione dei feti veramente a rischio, in base alla quale si poteva stabilire una indicazione di necessità dell'esame del sangue fetale, ottenuto mediante microprelievi del cuoio capelluto o dalla cute della parte presentata. Un microprelievo dallo scalp fetale era sufficiente per la determinazione dell'equilibrio acido-base, che forniva con i valori del pH, un indice preciso sullo stato della funzione respiratoria e metabolica fetale.

L'utilità di questi esami era un valido motivo di raccomandare e di utilizzare il ricovero preventivo o precoce perché, certamente, essi non potevano essere eseguiti ambulatoriamente o a domicilio.

Tesauro insisteva sul fatto che, per l'uso di questi mezzi diagnostici non sarebbe sopraggiunta alcuna difficoltà di applicazione nei grandi complessi ospedalieri; purtroppo era noto che, per l'interferenza di vari fattori, si continua-

vano ad utilizzare i vecchi mezzi per la valutazione delle condizioni fetali. Era necessaria, innanzitutto, una decisa volontà da parte del medico a voler applicare quelle tecniche moderne, che erano particolarmente indicate nei casi ad alto rischio sia per la madre ed il figlio.

Gli studi, sulle gravidanze ad alto rischio, previsto o prevedibile, e i dati successivamente raccolti, degli esiti delle gravidanze nelle quali il rischio non era stato previsto, ma che avevano dato luogo a feti morti, o con esiti sfavorevoli postnatali, o con esiti anatomo-patologici di malattie contratte nel periodo perinatale, sommati assieme, costituivano l'indice statistico più sensibile del complesso della mortalità e morbidità perinatale e dimostravano la necessità della prevenzione e la possibilità di ottenere con essa significative riduzioni della mortalità e morbidità.

Il Comitato affermò che almeno nel 30% delle gravidanze, vi era un alto rischio e i due terzi dei neonati di questo gruppo erano prematuri o immaturi con un peso inferiore a 2.500 gr. e con tutte le conseguenze organiche e funzionali e con la più alta percentuale di morbidità e mortalità. Più rigorosa e completa doveva essere, in questi casi, l'applicazione dei mezzi diagnostici riportati e tale possibilità doveva essere garantita a tutte le gravide, a cominciare dal ricovero in reparti di maternità perfettamente attrezzate e fino all'assistenza del neonato in una unità di cure intensive neonatali.

Era evidente che la prevenzione si identificava con il tentativo di accertare il rischio, il più precocemente possibile (Butler aveva usato la felice espressione di una *predizione primaria* in base ai dati anamnestici ed al primo esame clinico generale e locale, e di una *predizione secondaria* in rapporto alla evoluzione delle condizioni ostetriche ed alla insorgenza di malattie in gravidanza).

Era necessario quindi un *dépistage* del rischio, *dépistage* da sviluppare gradualmente e che doveva comprendere tutti i pericoli per la madre e per il figlio, immediati e futuri, e che doveva essere seguito da congrui provvedimenti occorrenti per la eliminazione delle cause o dei fattori del meccanismo patogenetico. *Dépistage* che, sul piano sociale, per principio e per importanza non differiva da quello usato, ad esempio, per i tumori o per la tubercolosi o per altre malattie, nel quadro di un moderno concetto di Medicina preventiva.

Tesauro sottolineava che l'errore commesso in passato, non ancora generalmente ed assolutamente cancellato, era stato quello di basare l'organizzazione dell'assistenza, sul mito della gravidanza e del parto, considerati feno-

meni naturali, da lasciare al loro decorso spontaneo, salvo ad intervenire solo di fronte alle complicazioni già palesemente manifestatesi e con l'aggravante, che molto spesso, il rilievo dello stato di necessità e il criterio di decisione e di scelta era, talvolta, lasciato al personale tecnico o addirittura ai familiari, spesso privi di ogni elemento di educazione sanitaria.

Il parto normale o semplice poteva e può essere una verità *a posteriori* sul piano statistico, ma, prima dell'evento, si tratta solo di previsioni con tutte le riserve e le incertezze delle previsioni mediche. Infatti Guglielmo Manquest De La Motte (1655-1737), il grande Ostetrico dell'inizio del '700 affermava che *“un parto può definirsi fisiologico solo dopo che si è espletato, poiché nulla è così variabile come un travaglio”*.

Se si esamina il problema, sotto questo punto di vista, il *dépistage* delle gravidanze, ad alto rischio, non costituiva che il primo dei provvedimenti da adottare.

Sureau aveva ripetutamente sottolineato che di fronte all'alto rischio prevedibile, vi era il rischio non previsto e non prevedibile, anche nei casi semplicemente giudicati come normali. Si poteva calcolare che il 50% degli accidenti si verificava nelle gravide ad alto rischio, che sono a loro volta il 50% di tutte le gravide. Rimaneva però un altro 50% di accidenti che si verificava nelle gravide, che erano state ritenute normali e non bisognevoli di particolari precauzioni. Si trattava dei rischi più subdoli, ovvero più improvvisi nel determinarsi, o nel manifestarsi, o tali da presentare forse maggiori difficoltà per i tentativi di *dépistage*.

Tesauro riconosceva che tutti i *dépistage* presentavano difficoltà e richiedevano impegno organizzativo ed economico ma, nel 1966 e tuttora, tale impegno non solo era doveroso, ma pienamente giustificato, se si considerava che si trattava di salvare delle vite umane e di garantire lo sviluppo e la salute.

Un altro aspetto particolarmente importante per la soluzione dei problemi di Medicina Perinatale, di estrema attualità anche ai giorni nostri, era quello di migliorare la preparazione specialistica. Ciò aveva portato il Comitato a discutere sulla qualificazione degli specialisti e sui problemi didattici e di addestramento di studenti, medici e ostetriche. I risultati ottenuti con una migliore qualificazione del ginecologo, sarebbero stati indubbiamente la chiave risolutiva di molti problemi, nel campo della morbilità e mortalità materna.

Esisteva nel 1966 una diversità nelle varie Nazioni, nel grado di specia-

lizzazione in Ostetricia e Ginecologia per cui una delle azioni utili svolte dalla FIGO sarebbe stata quella dell'unificazione della durata e dei programmi di corsi di specializzazione, con l'intento che lo specialista in ogni parte del mondo avesse potuto avere le stesse cognizioni fondamentali, la stessa preparazione ed una comune capacità di applicare in campo clinico le cognizioni acquisite.⁽⁵⁴⁾

Finalmente il nuovo Ordinamento sul riassetto delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 258 del 5 novembre 2005 - Suppl. Ord. n.176, ha stabilito che i profili di apprendimento delle Classi della Specializzazione in Chirurgie Specialistiche, compresa la Ginecologia ed Ostetricia, debbano essere interamente equiparate agli Ordinamenti europei in vigore.

Così come già auspicato da Tesauro, il nuovo Ordinamento prevede che lo specialista in Ginecologia ed Ostetricia deve aver maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali nel campo della Fisiopatologia, della Clinica e della Terapia dell'apparato genitale femminile e della funzione riproduttiva. Gli specifici ambiti di competenza sono la Perinatologia compresa la Diagnostica prenatale e Fisiologia del parto, la Fisiopatologia comprensiva degli aspetti funzionali chirurgici e di Fisiopatologia della Riproduzione umana, l'Oncologia, comprensiva degli aspetti diagnostici e medici delle neoplasie genitali femminili e della mammella.

Esso prevede che, dopo le attività professionalizzanti obbligatorie, siano identificate le attività caratterizzanti, elettive a scelta dello studente, finalizzate all'acquisizione di specifiche ed avanzate conoscenze nell'ambito di settori della specializzazione:

- Tecniche avanzate in Fisiopatologia della Riproduzione
- Medicina Perinatale
- Oncologia Ginecologica
- Ginecologia endocrinologica e funzionale.

Ancora una volta Tesauro aveva anticipato i tempi in quanto, con il nuovo assetto su descritto, la Fisiopatologia della Riproduzione e la Medicina Perinatale vengono valorizzati come specifici settori della specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, che lo studente-specializzando può scegliere ed approfondire nella costruzione meticolosa del suo percorso formativo.

Tesauro riferiva puntualmente quanto era stato fatto dalla FIGO e dalla OMS,

e che l'azione sarebbe continuata con la successiva riunione prevista a Dublino per il maggio 1967. Egli riteneva, comunque, utile riportare i dati concernenti la situazione in Italia del problema degli specialisti e della loro preparazione.

I dati riferiti furono presentati in una riunione tenuta al Consiglio Superiore di Sanità, nella quale fu effettuato un calcolo dei medici richiesti per la programmazione della riforma sanitaria, e per le unità sanitarie locali i parametri erano:

- 1 medico generico ogni 1.500 abitanti;
- 1 pediatra ogni 4.500-6.000 abitanti;
- 1 ostetrico-ginecologo ogni 9.000-12.000 abitanti.

Occorrevano da 4.500 a 6.000 specialisti ginecologi, e per il 1980 da 5.000 a 7.000, mentre il numero di specialisti in Ostetricia e Ginecologia, iscritti negli albi, era di 3.417, il che corrispondeva ad un ostetrico-ginecologo per 15.348 abitanti, con forti sproporzioni nella distribuzione regionale.

La percentuale di specialisti in Ostetricia e Ginecologia nel 1965 era dell'8,31% sul totale di tutte le specialità, e nelle cifre suddette erano compresi anche i 556 liberi docenti (nel 1965).

Vi era, dunque una carenza di specialisti che risultava ben chiara paragonando il totale attuale di 3.417 specialisti, con il numero di 4.500-6.000, richiesto, presuntivamente per la sola assistenza sanitaria di base.

Non era possibile disporre di elementi per un calcolo, sia pure di larga massima, del numero di specialisti occorrenti, per un totale dell'assistenza ostetrica e, in particolare, per i bisogni che emergevano da questi documenti. Tessauro segnalava la possibilità di occupazione di un maggior numero di "Specialisti", incoraggiando lo sviluppo delle scuole di specializzazione. Bisognava inquadrare il problema non con un aumento indiscriminato del numero dei medici (e delle iscrizioni già eccessive agli studi di medicina), ma, al contrario, con una razionale distribuzione dei medici e dei loro compiti, secondo le moderne concezioni della figura del medico specialista.

TESAURO E L'ANOSSIA FETO-NEONATALE

Tesauro diede un notevole contributo allo studio delle cause della morbidità e mortalità perinatale, illustrando le ricerche cliniche e sperimentali più aggiornate, sui rapporti tra trauma e anossia, indirizzate verso una sistemazione più realistica dei problemi relativi e verso la promozione di misure profilattiche più efficaci.⁽⁵⁵⁾

Il problema delle lesioni cerebrali, durante il parto fisiologico e quello distocico, era ed è ancora oggi oggetto di accurate indagini, perché, sia in campo anatomico-patologico, sia in campo clinico, discusse e non esattamente valutate sono le alterazioni, che si producono alla nascita e che solo a distanza varia di mesi o di anni, danno una sintomatologia clinica ben evidente.

Tesauro affermava che non si trattava di prendere in considerazione solo il traumatismo meccanico evidente, ma il traumatismo silente, anche nel corso della gravidanza, che si manifestava, più o meno tardivamente, in quei casi in cui il parto in apparenza veniva considerato normale. Quando si parlava di traumi, si intendeva quasi sempre il trauma violento, che agiva prevalentemente sul cervello, con complicazioni spesso mortali. Tuttavia bisognava tenere presente che anche l'anossia e lo shock potevano provocare lesioni cerebro-meningee, non solo, ma che questi fattori erano spesso concomitanti, per cui era difficile stabilire quale fosse stata la noxa che primitivamente aveva determinato la lesione.

Davis e collaboratori (1953), del dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'Università di Chicago, osservarono che, tra le cause di natimortalità, il trauma ostetrico aveva presentato la riduzione più significativa diminuendo dal 5,34% (decennio 1931-1941) allo 0,58‰ (triennio 1946-1949).

Purtroppo questi semplici dati statistici non illuminavano l'intera storia perché troppi bambini che avevano sopportato il trauma sopravvivevano distruggendo la vita delle famiglie e riempiendo i brefotrofi di frenastenici, di epilettici e di paralitici. Questi sopravvissuti rappresentavano il reale problema

del trauma perinatale.

Già Ippocrate (460-377 a.C.) faceva distinzione tra epilessia e convulsioni infantili, rilevando che le convulsioni si riscontravano subito dopo la nascita e fino all'età di sette anni. Ma è solo all'inizio del XIX secolo, che s'incomincia a dare importanza alle lesioni fetali, derivanti dal parto. Infatti North (1826) fu il primo ad asserire che queste convulsioni rappresentavano la conseguenza di parti distocici. Due anni dopo Joerg (1828) ipotizzò che il trauma fosse la causa di quelle rigidità e di quelle paresi muscolari, così frequenti nei prematuri.

Nel 1839, Billard richiamò l'attenzione sulle lesioni vascolari riscontrate a carico dell'asse cerebro-spinale dei neonati e le considerò dovute ai traumi meccanici che avvenivano durante il parto. Ma è Little (1810-1894) colui che trattò l'argomento con ampiezza di vedute, confrontando le lesioni anatomiche con le sindromi cliniche, collegandole alle possibili cause ed ai fattori predisponenti, avanzando l'ipotesi che la diplegia spastica dei bambini fosse dovuta a lesioni da parto.

Gowers (1888) confermò le ricerche di Little e pose in rilievo l'importanza del trauma nella eziologia della paresi cerebrale; Weyhe (1889) descrisse le emorragie meningee nel 13% di bambini, deceduti nella prima settimana di vita e Brissaud (1894) sottolineò i rapporti tra paralisi cerebrale e prematurità.

Freud (1897) pubblicò la monografia "*Die infantile Cerebrallähmung*" sostenendo che il 40% di tutti i casi di diplegia descritti, traeva origine da travagli prolungati, da applicazioni di forcipe, da asfissia o da convulsioni postnatali.

Più vasta invece è la letteratura dal 1900 ad oggi: Beneke (1910) studiò i quadri anatomopatologici delle emorragie cerebrali, con particolare riguardo alle lesioni del tentorio del cervelletto. Roberts (1925) indagò sulle modifiche del liquor nei neonati; Ylppö (1919-1925) confermò che la prematurità predisponesse alle emorragie; Ford (1926) e Salomonsen (1928-1952) studiarono le lesioni cerebrali da trauma ostetrico e richiamarono l'attenzione sul fatto che esse potevano riscontrarsi anche in nati da parti fisiologici.

Nel 1931 Ehrenfest asserì che anche un travaglio normale può provocare lesioni al neonato. Rydberg (1932), riscontrando frequentemente nelle emorragie intracraniche il carattere della multilocularità, ipotizzò che l'intera circolazione cerebrale potesse soffrire durante la nascita. Brockway (1936) studiò 1.000 casi di emorragia cerebrale e li classificò secondo le deficienze neurologiche, funzionali o endocrine riscontrate. Salomonsen (1939) e Sandford

(1942) pensarono che, nei neonati, ci fosse una diatesi emorragica fisiologica e ne discussero l'importanza.

Pfaundler (1935) e Saunders (1948), nel distinguere le lesioni da cause meccaniche strettamente legate al parto, da quelle di indole patologica più vasta, attribuirono alle prime l'aumento della mortalità prenatale. Benda (1945) approfondì gli aspetti sui postumi a distanza, mentre McKiddie (1949) richiamò l'attenzione sulla postmaturità, che riteneva della stessa importanza della prematurità nel determinare lesioni perinatali. Kangas (1949) pose il problema del trauma in relazione ai diversi tipi di parti operativi e Potter e Adair (1949) sostenevano che la maggiore incidenza di mortalità, nei casi di tossiemia, era dovuta, in parte, alla necessità di espletare operatorialmente il parto.

Il problema del traumatismo ostetrico costituì uno dei temi di relazione al *Congresso Internazionale di Ostetricia e Ginecologia di Ginevra* (1954) mentre in occasione del XXIX Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia Micheli, Cattaneo, Cetroni, Voza, Martinolli presentarono i risultati dei loro studi sui rapporti tra natimortalità e trauma ed anossia.

In particolare, Cetroni (1930) riassunse le cause predisponenti e determinanti delle lesioni emorragiche endocraniche, in biologiche e meccaniche. Fra le prime l'Autore includeva le malattie materne, le intossicazioni gravidiche e la diatesi emorragica, legata soprattutto all'asfissia endouterina. L'azione delle due cause era concomitante, anche se le cause biologiche, generalmente, precedevano ed aggravavano quelle meccaniche. Si confermava, in tal modo, fin dal 1930, il problema della stretta relazione tra l'anossia e il trauma.

G. Brusa, A. Pouché e V. Migliori, al XXI Congresso della Società Italiana di Pediatria (1951), svolgendo la relazione sulle emorragie del neonato, asserirono che, a prescindere da manovre ostetriche e strumentali, anche il più fisiologico dei parti può rappresentare un trauma per il neonato. Infine Revoltella (1955) documentò ampiamente e trattò il problema della natimortalità nei suoi riflessi demografici e di prevenzione.

Tesauro riteneva che il trauma fetale potesse avere una duplice modalità di azione: poteva infatti agire, come nell'adulto, violentemente e repentinamente, oppure esplicare un'azione lenta e prolungata aumentando per stadi successivi di intensità e producendo lesioni progressivamente crescenti. Rientravano nel primo caso – traumi violenti – i rivolgimenti, le estrazioni con il forcipe, bene o male condotte, nel secondo caso i bacini male conformati o ristretti, la rigidità delle parti molli del canale del parto (per esempio, nella pri-

mipara attempata), le teste ossificate e i travagli prolungati. Cetroni (1934) descrisse sei casi di lussazione della colonna vertebrale ed un caso di frattura della base dell'occipite in feti a termine, nati con estrazione podalica per indicazioni materne.

Fleming (1953) riportò una statistica di 15 casi di frattura di ossa del cranio, riferibili in massima parte ad applicazioni di forcipe. Un esempio delle lesioni provocate dal trauma che agiscono, lentamente e in uno spazio di tempo più o meno prolungato, sono le emorragie endocraniche, principalmente di origine venosa, dovute a stiramento e lacerazione dei vasi sanguigni, ad esempio, in caso di compressione di una certa entità sulla testa fetale (bacini ristretti, rigidità delle pareri del canale molle del parto).

Accanto ai traumi da parto, occorre, infine, accennare a quelli che possono aversi dopo il parto, per manovre incongrue di rianimazione di feti asfittici, casi nei quali si sommeranno esiti di asfissia ed esiti di traumi ulteriori.

I mezzi a disposizione dell'ostetrico per riconoscere l'esistenza di una sofferenza fetale, nel 1966, sembravano essere migliorati in seguito al contributo di una serie di ricerche, i cui risultati erano stati resi noti in quel periodo⁽⁵⁵⁾.

Fino ad allora, la diagnosi di sofferenza fetale in gravidanza o in travaglio era basata, principalmente, sull'ascoltazione del battito cardiaco fetale, sul riconoscimento dell'esistenza e delle caratteristiche dei movimenti attivi del feto e sulla fuoriuscita di meconio, per rilasciamento dello sfintere anale del feto, legato all'ipossia.

A tali metodi, ovviamente spesso imprecisi, si erano aggiunte, negli ultimi tempi, alcune indagini di laboratorio, tra le quali il rilievo di particolari aspetti della citologia vaginale e il dosaggio degli steroidi urinari. Tuttavia questi mezzi fornivano elementi atti a giudicare la funzione placentare, piuttosto, che lo stato di salute del feto.

Tra i metodi diagnostici più moderni, venivano usati quelli indirizzati più specificamente alla diagnosi obiettiva della sofferenza fetale, quali lo studio della frequenza cardiaca fetale e dell'esame morfologico del complesso PQRS dell'elettrocardiogramma fetale (Sureau e Hon)⁽⁵⁶⁾, la fonografia (Berger e Gruntnge), la puntura transaddominale con prelievo di liquido amniotico (Lesinski, Kubli, Schreiner), allo scopo di dimostrare la presenza in esso di meconio e di dosarvi le sostanze responsabili dell'omeostasi dell'equilibrio acido-base, la tocografia interna ed esterna, ed infine, lo studio dei valori dei gas e dell'equilibrio acido-base ematici nel neonato nell'immediato periodo

post-natale (James, Weisbrot, Smith, Readorn), come indici della sua capacità di adattamento e sopravvivenza nella vita extrauterina.

Infine, la Scuola di Montevideo diretta da Caldeyro-Barcia⁽⁵⁷⁾, oltre a interessarsi dell'angiografia utero-placentare, interpretava le registrazioni della frequenza cardiaca fetale (rilevata con ECG fetale) ottenute, contemporaneamente a quelle delle contrazioni uterine (rilevate con la misura continua della pressione amniotica)⁽⁵⁸⁾; la Scuola di Berlino, diretta da Saling ricercava le alterazioni dei valori di pO_2 , del pH e dell'equilibrio acido-base del sangue fetale, mentre con l'amnioscopia esaminava l'aspetto del liquido amniotico a sacco integro.

Tutte queste metodiche, non sempre scevre da rischi, hanno apportato preziose conoscenze sulla fisiopatologia materno-fetale: dall'impiego coordinato di alcune di esse, doveva derivare un sistema utilizzabile, in pratica, per la sorveglianza delle condizioni fetali.

Le registrazioni contemporanee della frequenza cardiaca fetale e della pressione intrauterina venivano effettuate con un cardiotalimetro (oggi chiamato cardiotalimetro) semplificato, che derivava le correnti di azione del cuore fetale per mezzo di un elettrodo inserito per via transaddominale, in corrispondenza della natica fetale, mentre un secondo elettrodo era a contatto della cute dell'addome materno; venivano così captate le sole onde R del complesso elettrocardiografico del feto, escludendosi ogni interferenza di quello materno. La pressione endouterina veniva registrata mediante l'introduzione, sempre per via transaddominale, di un catetere fin nella cavità amniotica, collegato ad un manometro elettrico. L'analisi della registrazione delle frequenze cardiache permetteva di evidenziare degli aspetti particolari di notevole interesse.

Hon affermava, invece che l'analisi dell'ECG fetale non sembrava poter dare, all'epoca, malgrado tutti gli accorgimenti messi in atto, segni certi di sofferenza fetale.

Secondo Caldeyro-Barcia, l'utilità della registrazione elettrocardiografica sembrava limitata alle conferme della diagnosi di vita fetale, di gemellarità e talvolta di posizione del feto.

I risultati delle analisi ematiche fetali, durante il travaglio, in caso di sofferenza fetale, sono legati a due anomalie metaboliche che si vanno instaurando nel feto: una turba dell'eliminazione dell'acido carbonico (con l'instaurarsi di un quadro simile all'acidosi respiratoria) ed un difetto di ossigenazione tissutale (ipossia); se tali turbe persistono, si instaura un'acidosi metabolica vera

e propria, con produzione di energia in anaerobiosi e di acidi organici (come l'acido lattico).⁽⁵⁸⁾

Tesauro riconosceva che lo stato di sofferenza fetale era, spesso, messo in relazione a difetto di ossigenazione: ma le condizioni del feto alla nascita, apprezzate per esempio con il metodo di Apgar, non corrispondevano, fedelmente, al tasso di pO_2 ematico, mentre avevano una maggiore attendibilità i valori del pH, dei bicarbonati e della pCO_2 : in pratica, bastava la misura del pH per porre diagnosi di sofferenza fetale. Il sangue fetale si otteneva per puntura delle natiche o del cuoio capelluto del feto in utero, da effettuare ad intervalli di tempo.

Le obiezioni a questa metodica erano di più ordini: la prima, riguardava la validità dei valori ottenuti in relazione alle reali condizioni fetali, la seconda, riguardava i pericoli che si correivano con la microincisione delle membrane, nelle pazienti fuori travaglio. Se erano però rispettate le regole della asepsi, le statistiche avevano dimostrato l'inconsistenza di questa seconda obiezione: su parecchie migliaia di pazienti non si erano presentate significative infezioni nel post-partum.

Riguardo alla validità dei valori ottenuti, Saling aveva dimostrato come a livello dello scalp fetale non esistevano significative differenze, rispetto ai valori ricavati da prelievi sul neonato, a meno che non esistesse un cospicuo tumore da parto, che determinava differenze per lo più minime (Fig. 114).

L'amnioscopia era una metodica adoperata per la diagnosi della sofferenza fetale antepartum, la più difficile da realizzare, poiché, in genere, le gravide non erano sottoposte a controllo continuato. Tale tecnica, non disponendo ancora dell'indagine ecografica, era quindi particolarmente indicata nei casi di postmaturità, di nefropatia gravidica, di incompatibilità materno-fetale, di sospetto di morte endouterina del feto, di diabete mellito materno, in genere, cioè, in tutte quelle circostanze patologiche che possono determinare un pericolo per il feto. L'esame andava fatto ogni 2-7 giorni, a partire dalla 34^a-36^a settimana.

Il colore del liquido andava apprezzato, attraverso le membrane, che apparivano come un timpano, con una lieve luminescenza, dietro le quali si vedevano galleggiare blocchetti di vernice caseosa. Se il liquido era tinto in meconio, lo si poteva vedere, per contrasto, contro la vernice caseosa. Nella isoimmunizzazione, la colorazione da bilirubina è pure distinguibile, mentre la morte endouterina del feto conferisce al liquido un colorito bruno.

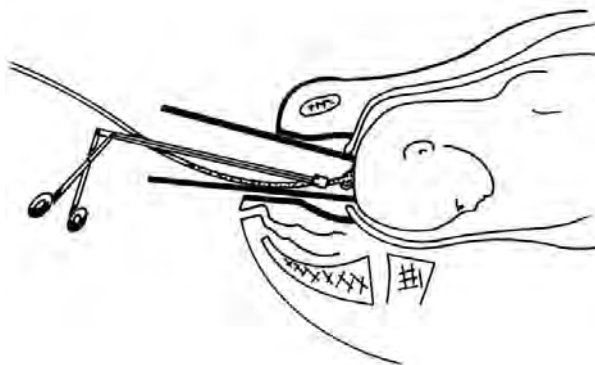


Fig. 114 - La tecnica di prelievo del sangue dallo scalp fetale in utero secondo la metodica di Saling.

Gli errori erano rarissimi (1:2.000 secondo Saling), mentre i pericoli erano minimi con nessun aumento delle infezioni del postpartum, circa il 2% di rottura prematura delle membrane.

Tesauro era convinto che l'esplorazione radiologica della circolazione utero-placentare (angiografia utero-placentare) non avrebbe avuto la possibilità di applicazione clinica, anche se poteva fornire elementi importanti, per accertare l'influenza delle contrazioni uterine sulle condizioni generali del feto.

Si era notato che, dopo iniezione di liquido di contrasto, nella maggior parte dei casi, si aveva una opacizzazione del circolo utero-placentare, prima di quello degli arti inferiori, tanto che Bieniarz e Crottogini parlano di *circolazione preferenziale*. Nelle pazienti con nefropatia gravidica, invece, i vasi uterini erano meno visibili; in caso di contrazioni uterine notevolmente intense, diminuiva, in proporzione, il flusso utero-placentare (Ramsey), con conseguente caduta della pressione intervillosa ed ostacolo al circolo di ritorno (Fernstrom).

Tesauro, quindi, d'accordo con l'opinione prevalente nella comunità scientifica internazionale dell'epoca, relativamente alla sorveglianza del benessere del feto, riteneva essenziali due metodi: lo studio simultaneo della frequenza cardiaca e delle contrazioni uterine e lo studio del pH ematico del feto in utero, mentre l'amnioscopia era, soprattutto, consigliata nelle ultime settimane di vita endouterina.

Queste metodiche, rendendo possibile la diagnosi di sofferenza fetale, avrebbero permesso di mettere in atto misure idonee ed efficaci, contribuendo in

definitiva a ridurre la mortalità perinatale.

Come già accennato, a proposito della sofferenza fetale, si riteneva che la mortalità perinatale fosse, con grande frequenza, legata all'anossia ed all'emorragia cerebrale, fattori questi responsabili anche delle turbe neurologiche e neuropsichiche, riscontrabili a distanza di tempo nei sopravvissuti.

Per quanto riguardava il fattore eziologico, andava tenuto presente che vari Autori, fra i quali Bartolotti e Rovetta, attribuivano una particolare importanza, più che alla ostetricia di sostituzione, alla compressione che il cranio subisce nel suo passaggio attraverso la filiera pelvica e che, inoltre, l'azione lesiva sull'encefalo, ad opera di strumenti ostetrici, era già ritenuta poco frequente, sia per la deformabilità delle ossa craniche, sia per la scarsa consistenza del tessuto cerebrale fetale, particolarmente imbibito di liquido (Masi e Moggi).

D'altra parte, mentre dal punto di vista clinico, solo in alcuni casi, era possibile individuare espressioni lievi e transitorie di anossia, senza compartecipazione emorragica, o quadri tipici di emorragia primitiva, legata soprattutto ad eventi traumatici, le lesioni da anossia, pur clinicamente non sempre evidenziabili, trovavano il loro fondamento anatomico in alterazioni che andavano dalla congestione all'edema, all'emorragia, a vere e proprie necrosi del tessuto nervoso.⁽⁵⁹⁾

Nel 1966 era quindi apparso opportuno al professore Giulio Murano, Ordinario di Pediatria di Napoli, riunire sotto l'unica denominazione di *Sindrome da sofferenza anossico-emorragica del Sistema Nervoso Centrale*, quel complesso di sintomi clinici, proprio dell'età neonatale, caratterizzato essenzialmente da cianosi, alterazione del ritmo respiratorio, manifestazioni di tipo mioclonico e convulsivante.

Il rilievo fatto allora di un'uguale frequenza del parto distocico nei bambini senza esiti ed in quelli con esiti, appariva confermare, entro certi limiti, la ridotta incidenza dei casi di danno encefalico da traumatismo meccanico, derivante dall'ostetricia di sostituzione, sempre che venissero rispettate le indicazioni per l'intervento e che questo fosse correttamente condotto, rispetto ai casi di danno encefalico, conseguente ad una grave sofferenza fetale (Del Bianco).

Tesauro, precorrendo i tempi, ancora una volta, affermava che *"il termine di trauma ostetrico andava interpretato in senso più aderente alla realtà, cioè non più come la costante conseguenza di interventi indaginosi, ormai non più eseguiti, bensì di modificazioni di natura varia, meccanica, chimica, ematologica, quali*

potevano verificarsi anche nel parto in apparenza normale”.

La profilassi dell'anossia aveva lo scopo, non solo di prevenire i danni immediati, ma, soprattutto, di impedire che in seguito, anche a distanza di anni, comparissero gli effetti del danno cerebrale.

La maggior parte delle cause di anossia agiva sul feto negli ultimi mesi di gestazione e durante il parto, tanto che circa il 75% dei neonati morti aveva, durante queste due fasi, già subito il primo trauma anossico.

Queste affermazioni apodittiche di Tesauro dovevano avere la piena conferma anche nelle pubblicazioni più recenti, che riportano che i casi di encefalopatia neonatale, nei feti a termine, sono legati ad ipossia intrapartum secondo MacLennan (1999) nel 10%⁽⁶⁰⁾, secondo Volpe (2001) dal 12 al 24%, secondo Hagberg (2001) nel 36%⁽⁶¹⁾, secondo Hankins (2003) nel 29%⁽⁶²⁾, mentre secondo l'*American College of Obstetricians and Gynaecologists* nel 10% (2003). Essi sostengono, pertanto, che la maggior parte delle paralisi cerebrali neonatali è legata ad eventuali danni cerebrali, subiti dal feto in epoca antepartale.

Questi dati mettono una pietra tombale su quanto aveva affermato il professore William Little, chirurgo ortopedico di bambini cerebrolesi, che nel 1862 pubblicò, senza equivoci, che *“il processo della nascita era responsabile della patologia legata alla paralisi cerebrale”*.

La prevenzione dell'anossia, pertanto, doveva essere di competenza esclusivamente ostetrica, spettava infatti all'ostetrico riconoscere precocemente le condizioni patologiche materne, capaci di determinare l'anossia e pervenire ad una diagnosi tempestiva, con la conseguente messa in opera di tutte le opportune misure profilattiche e terapeutiche.

La profilassi poteva essere così schematizzata:

a) **Nel periodo prenatale ed intranatale**, sorveglianza accurata e periodica del decorso della gravidanza; eliminazione di tutte le condizioni che potevano incidere sulla ematosi, sugli scambi respiratori e sull'ossigenazione materna; controllo e terapia degli eventuali stati di anemia, divieto di soggiorno in ambiente a bassa tensione di ossigeno (alta montagna, viaggi in aerei non pressurizzati), cauto impiego di sostanze narcotiche, anestetiche e, comunque, capaci di bloccare i sistemi di ossido-riduzione; prevenzione e terapia delle manifestazioni emorragiche, dovute all'anossia, tenendo presente l'azione dannosa che i naftochinoni esercitano sui sistemi enzimatici ed eritrocitari. Bisognava inter-

venire tempestivamente quando la gravidanza ed il parto si protraevano oltre il termine e minacciavano di complicarsi e si doveva evitare, per quanto possibile, la somministrazione di anestetici (morfina, etc.) alla madre durante il parto, perché questi potevano inibire i centri respiratori fetali ritardando così, alla nascita, l'inizio della respirazione spontanea (Mugnes). Era consigliabile, anche se questo trattamento appariva discutibile, somministrare ossigeno alla madre tutte le volte che comparivano segni di sofferenza materna, che riducevano la tensione di ossigeno nel sangue, anche se i risultati di questa pratica non erano e non sono tuttora del tutto convincenti.

Bisognava, in definitiva, evitare tutte quelle cause che, durante l'espletamento del parto, potevano indurre un'aspirazione di liquido amniotico.

b) **Nel periodo postnatale** era necessario evitare l'aspirazione di liquido amniotico, presente nelle vie aeree superiori del neonato: a questo scopo era sufficiente eliminare i muchi e le piccole quantità di liquido amniotico che ingombravano il faringe e la trachea; occorreva porre il neonato in posizione declive, con il capo inclinato di circa 30 gradi, in ambienti con aria condizionata.

Poiché la prognosi dell'anossia dipendeva dal grado e dalla durata di essa, tanto che 20 minuti di ridotta tensione percentuale di ossigeno possono provocare sofferenza nervosa e miocardica grave, era necessario garantire, soprattutto ai tessuti più sensibili, un sufficiente apporto di ossigeno.

Tesauro sottolineava che l'emorragia intracranica può colpire il neonato maturo e quello immaturo: con incidenze variamente calcolate dai diversi Autori. Il reperto autoptico indicava un'incidenza percentuale di circa il 33% in tutti i neonati a termine deceduti nelle prime due settimane di vita, mentre negli immaturi le cifre salivano fino al 51% (Grontoft, Giraud e Soulayrol), con un'incidenza tanto più alta, quanto maggiore è il grado di immaturità.

Attualmente, l'applicazione razionale e terapeutica di questi mezzi ha notevolmente migliorato la prognosi, prossima e a distanza, dell'anossia e dell'emorragia intracranica. Tuttavia la mortalità legata a queste due affezioni è ancora alta se si considerano gli esiti a distanza che possono manifestarsi anche dopo anni di relativo o completo benessere.

Sosteneva Tesauro che, per tale motivo, la profilassi di queste due sindromi assumeva un'importanza fondamentale ed essa, in base alle conoscenze ed alle possibilità diagnostiche e terapeutiche, era, nella grande maggioranza dei casi, affidata all'Ostetricia.

TESAURO E IL NUOVO POLICLINICO

All'apice di una luminosa carriera, là dove altri avrebbero cominciato ad intravedere le luci del tramonto, Tesauro, in una moderna visione scientifico-assistenziale, si dedicò, con indomita energia, a realizzare la sede della nuova Facoltà di Medicina e Chirurgia, che sentiva orgogliosamente importante, come bene comune dell'Università, della Facoltà di Medicina e della città di Napoli (Fig. 115).

Tesauro si era reso conto che nel centro storico di Napoli, dove era ubicato il *vecchio* Policlinico, la vita era diventata impossibile, a causa dell'alta densità di persone, che ruotavano intorno a quelle strutture assistenziali: abitan-



Fig. 115

ti, pazienti, parenti di ricoverati, personale medico e non medico, docenti e studenti universitari. Per questo motivo, pensò che quel progetto di costruzione e di completamento del II Policlinico a Cappella dei Cangiani, andava velocemente ultimato e prontamente reso operativo, anche perché ancora la politica non aveva deciso la definitiva destinazione di tutto quel nuovo ed avveniristico complesso (Fig. 116).

Per questi motivi egli guidò, da nocchiero esperto, per mari difficili, la costruzione del Nuovo Policlinico. Il disegno preminente dell'intelletto e di tutto lo spirito, sintesi di tutte le sue aspirazioni e per il quale aveva prodigato tutte le forze, era quello di attuare



Fig. 116 - La Clinica Ostetrica e Ginecologica nel 1973.

la più vasta area medico-scientifica del Mezzogiorno, che potesse essere Centro di Cultura Europea, in proiezione di quell'Europa che, già allora voleva unita nel segno della civiltà e della fraternità.

Il 30 giugno 1972 venne pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale N. 166 il Decreto del Presidente della Repubblica del 22 maggio 1972, n. 252 che istituiva in cinque articoli e senza ulteriori provvedimenti legislativi, linee-guida, protocolli di intesa o altre norme applicative del decreto, la II Facoltà di Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Napoli (Fig. 117).

Il 18 luglio del 1972 alle ore 9 (Fig. 118) iniziò una giornata storica: per la prima volta furono convocati dal Rettore Tesauro negli Uffici della Direzione Amministrativa, i professori di ruolo che, ai sensi del DPR 252/72 venivano a costituire il Consiglio della II Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Erano presenti: i professori Salvatore Auricchio, Elio Borghese, Andrea Buscaino, Pietro De Franciscis, Fernando De Ritis, Marcello Piazza, Ernesto Pontieri, Paolo Preziosi, Francesco Salvatore, Gaetano Salvatore, Beniamino Tesauro, Giuseppe Zannini.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
22 maggio 1972, n. 252.

Modificazioni allo statuto dell'Università degli studi di Napoli.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Veduto lo statuto dell'Università degli studi di Napoli approvato con regio decreto 20 aprile 1939, n. 1162, e modificato con regio decreto 26 ottobre 1940, n. 1904 e successive modificazioni;

Veduto il testo unico delle leggi sull'istruzione superiore, approvato con regio decreto 31 agosto 1933, n. 1592;

Veduto il regio decreto-legge 20 giugno 1935, n. 1071, convertito nella legge 2 gennaio 1936, n. 73;

Veduto il regio decreto 30 settembre 1938, n. 1632, e successive modificazioni;

Veduta la legge 11 aprile 1955, n. 312;

Veduta la legge 24 febbraio 1967, n. 62;

Vedute le proposte avanzate dalle autorità accademiche dell'Università degli studi di Napoli, intese ad ottenere la istituzione della seconda facoltà di medicina e chirurgia presso l'università medesima;

Riconosciuta la particolare necessità di approvare le modifiche proposte;

Sentito il parere del Consiglio superiore della pubblica istruzione;

Sulla proposta del Ministro per la pubblica istruzione;

Decreti:**Art. 1.**

A decorrere dall'anno accademico 1972-73, è istituita presso l'Università degli studi di Napoli la « seconda facoltà di medicina e chirurgia » comprendente il secondo corso di laurea in medicina e chirurgia.

Art. 2.

A decorrere dallo stesso anno accademico 1972-73, la facoltà di medicina e chirurgia, esistente e funzionante presso l'Università degli studi di Napoli, assumerà la denominazione di « prima facoltà di medicina e chirurgia ».

Art. 3.

L'organico della « seconda facoltà di medicina e chirurgia » di cui al precedente art. 1 è costituito con i posti di professore di ruolo, assegnati al raddoppio di cattedre dell'attuale facoltà di medicina e chirurgia e con i posti di assistente a tali cattedre raddoppiate assegnati.

I posti di professori e di assistenti di ruolo assegnati alle suddette cattedre raddoppiate sono trasferiti dalla prima alla seconda facoltà.

Con i posti si intendono trasferiti anche i relativi professori ed assistenti.

Art. 4.

I professori di ruolo che in base alle disposizioni di cui al precedente art. 3 saranno assegnati alla nuova facoltà, verranno a costituire il consiglio di facoltà, con le attribuzioni previste dalle vigenti disposizioni di legge e di regolamento.

Art. 5.

Le autorità accademiche stabiliranno i criteri di massima per la ripartizione degli studenti tra la prima e la seconda facoltà di medicina e chirurgia.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 22 maggio 1972

LEONE

MISSAST

Visto, il Guardasigilli: CORRADI

Registrato alla Corte dei conti, addì 26 giugno 1972

Reg. del Governo, registro n. 249, foglio n. 113. — Canc.

Verbale n.....

Pag. n.....

CONSIGLIO DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Adunanza del 18 luglio 1972

Il giorno 18 luglio alle ore 9, tempestivamente convocati, con raccomandata, dal Magnifico Rettore, si sono riuniti, negli Uffici della Direzione Amministrativa, i Professori di ruolo che, ai sensi del DPR. 22. V. 1972, n. 252, vengono a costituire il Consiglio della II^a Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo napoletano.

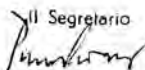
Nella lettera di convocazione è precisato che con telegramma 203 del 13. VII il Ministero della Pubblica Istruzione disponeva la convocazione del Consiglio della II^a Facoltà di Medicina e Chirurgia per gli adempimenti necessari ai fini ordinatori della Facoltà stessa che dovrà regolarmente funzionare a decorrere dal 1^a. 11. 1972.

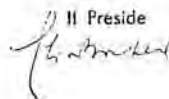
Sono presenti i proff. Auricchio S., Borghese, Buscaino, De Franciscis, De Ritis, Misasi, Piazza, Pontieri, Preziosi, Salvatore F. Salvatore G., Tesauro B., Vaglio, Zannini.

La riunione è presieduta dal Decano Prof. Borghese, ad essa assiste il Magnifico Rettore e vi prende parte anche il Direttore Amministrativo Dott. G. Jorio.

Gli anzidetti Professori facenti parte del Consiglio della II^a Facoltà di Medicina e Chirurgia si sono riuniti per discutere e deliberare sul seguente ordine del giorno, indicato nella rettorale del 14. VII da essi ricevuta:

1. Comunicazioni;
2. Proposte di modifiche dello statuto;
3. Richieste di posti di Professore di ruolo;
4. Provvedimenti per incarichi di insegnamento;
5. Richieste di personale assistente, tecnico, infermiere e subalterno;
6. Provvedimenti per i locali della Facoltà.

Il Segretario


Il Preside


Alla riunione presieduta dal Decano professore Elio Borghese con il segretario professore Paolo Preziosi, presero parte anche il Magnifico Rettore professore Giuseppe Tesaro e il Direttore Amministrativo dott. Giuseppe Iorio.

Il professore Gaetano Salvatore, interpretando i sentimenti di tutti i presenti, rivolse un ringraziamento vivissimo al Magnifico Rettore per l'infaticabile ed impareggiabile opera da Lui svolta a favore della creazione della II Facoltà di Medicina e Chirurgia e della realizzazione della nuova sede della Facoltà a Cappella dei Cangiani.

Il Magnifico Rettore, nel ringraziare il professore Gaetano Salvatore, tenne a specificare che quanto era stato realizzato non doveva essere considerata opera personale, ma dell'Università in tutte le sue componenti. Il professore Pontieri intervenne affermando che l'Università si identifica con le persone che operano in maniera fattiva e concreta per essa, pertanto, in questo caso, nella persona del professore Giuseppe Tesaro.

Il Magnifico Rettore ricordò, anche, ad ulteriore precisazione di quanto aveva prima detto, che già nel 1958-59, proprio ad opera del professore Ernesto Pontieri, all'epoca Rettore Magnifico, si era parlato per la prima volta della creazione a Napoli di una II Facoltà di Medicina e Chirurgia e, per questo motivo, era stato costituito l'apposito ufficio studi e coordinamento.

A questo punto il Rettore fece presente l'urgenza di provvedere agli adempimenti necessari ai fini ordinatori della Nuova Facoltà di Medicina e Chirurgia, come le modifiche di statuto, la richiesta di nuovi posti di professori di ruolo, i provvedimenti per gli incarichi di insegnamento, le modalità di distribuzione degli studenti fra le due facoltà.

Il professore Tesaro, da Ostetrico e Puericultrice, aveva favorito la nascita della II Facoltà di Medicina e Chirurgia che sarebbe divenuta, dopo l'istituzione della Seconda Università, la sola facoltà medica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Essa, in pochi decenni, avrebbe raggiunto posizioni rilevanti di eccellenza, nelle valutazioni comparative dell'attività di ricerca scientifica, delle innovazioni didattiche, con altre prestigiose realtà italiane ed internazionali, nonché dell'attività assistenziale, indispensabile supporto alle attività istituzionali, occupando una posizione di privilegio tra i vari Centri universitari ad alta specializzazione del Paese ed europei.

La Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia si era riunita a Napoli una prima volta all'inizio del secolo, poi nel 1912 e in seguito in occasione dei suc-

cessivi congressi del 1924, del 1951, del 1956, a cui aveva sempre partecipato personalmente il professore Tesauro.

Nel Congresso del novembre 1912, era stato celebrato il centenario della fondazione della Clinica Ostetrica di Napoli a Sant'Andrea delle Dame e, alla presenza del rappresentante del Governo, Pasquale Leonardi Cattolica, Ministro della Marina, nipote del fondatore della Clinica, fu scoperta, nella seduta inaugurale, la lapide marmorea che tramandava i nomi dei Maestri che onorarono la cattedra.

Nel maggio 1924 l'Ateneo Fridericiano celebrava i sette secoli di sua vita nella fatidica data, segnata in calce al decreto istituzionale dell'Imperatore Federico II. Il Congresso della SIGO, incluso tra le feste centenarie, tenne la sua seduta inaugurale nella Sala operatoria della Clinica Ostetrica, dove fu scoperto da Miranda il busto di Ottavio Morisani, che aveva trasferito la Clinica dalla vecchia sede dell'Ospedale Gesù e Maria a quella di S. Andrea delle Dame.

Durante il LVII Congresso della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia, tenuto a Napoli dal 9 all'11 ottobre 1975⁽⁶³⁾ (Fig. 119) il Rettore Tesauro, presidente del Congresso, ebbe la gioia e la soddisfazione di accogliere i Congressisti nella nuova sede della Facoltà di Medicina, al suo terzo anno di attività (Fig. 120).

Essa doveva essere considerata come un Policlinico, costruito ed organizzato al meglio di quanto si fosse potuto realizzare per gli Istituti universitari ed ospedalieri, secondo i canoni delle moderne direttive di architettura e di edilizia (Figg. 121, 122).

Il criterio informatore della costruzione era stato quello della triplice funzione: didattica, di ricerca scientifica ed assistenziale.

Il Rettore Tesauro illustrò minuziosamente le caratteristiche del complesso edilizio: *“La Facoltà consta di 26 complessi edilizi, per un volume totale di oltre un milione di metri cubi di costruzione, su una superficie di 440.000 mq. Oltre la viabilità principale e secondaria, vi è una rete di gallerie che assicurano i collegamenti con automezzi tra i piani cantinati degli edifici e gli impianti centralizzati di cucina e lavanderia, centrale termofrigorifera, sterilizzazione, farmacia. Lo sviluppo delle gallerie è di 3 Km e mezzo a due livelli. Vi sono 105 aule che vanno da 1.000 a 30 posti, mentre si tralasciano ancora i dati sulla suddivisione degli edifici, delle attrezzature centrali termofrigifere, impianto di televisione*



Fig. 119 - Il Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli: la seduta inaugurale del congresso SIGO 11 ottobre 1975. Al tavolo della Presidenza il professore Giuseppe Tesoro - Magnifico Rettore.



Fig. 120 - Aula Magna nella seduta inaugurale.



Fig. 121 - Veduta aerea di una parte del complesso.



Fig. 122 - Torre con i Dipartimenti biologici.

a circuito chiuso, impianti di trattamento e depurazione delle acque, impianto di incenerimento e impianto a verde per 10 ettari, ecc.

L'inizio dei lavori risale al 1964; il funzionamento dei primi reparti clinici al 1972 e, solo da pochi mesi, si era raggiunta la completa attrezzatura dei 2.600 letti previsti, occupati nel 1975 per oltre il 70%. Costo dell'opera, 40 miliardi di lire, mentre il valore, di allora, del complesso era calcolato in oltre 150 miliardi. Questi dati sommari potevano dare un'idea dello sforzo compiuto per venire incontro alle necessità di insegnamento in continuo aumento. Il numero degli iscritti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia aveva raggiunto un totale di 16.325, oltre gli iscritti alle scuole di specializzazione e gli stu-

denti fuori corso.

Il totale dei letti dei due policlinici era di 4.000 (1800 già esistenti nel primo e 2600 in questo secondo) ma esso risultava ancora di molto inferiore a quanto richiesto dalle norme dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che considerava necessari 4-6 letti per ogni studente di medicina al secondo triennio”.

Il complesso edilizio della Clinica Ostetrica e Ginecologica comprendeva: laboratori di ricerca e stabulari per una superficie di mq. 970 e per un volume di mc. 4.880; 1 aula da 400 posti, 1 aula da 40 posti, 1 aula da 30 posti per una superficie di mq 1.550 ed un volume di mc. 9.300; attrezzature scientifiche, di diagnosi e di ricerca per una superficie di mq. 2.890 e per un volume di mc. 14.470; complesso chirurgico con quattro sale operatorie, 5 sale parto, nidi, scuole parto e per ostetriche, per una superficie di mq. 3.230 ed un volume di mc. 13.780; reparti degenza per 226 posti letto più 90 culle, con una superficie di mq. 8.225 ed un volume di mc. 24.657.

Complessivamente, compresi i sevizi generali e gli spazi di circolazione, si ha una superficie di mq. 20.370 ed un volume di mc. 87.100, pari a circa l'8,7% del volume totale (Fig. 123).

Nella stessa occasione, il professore Giuseppe Zannini, Preside di Facoltà, evidenziò che Tesauro aveva parlato di luoghi, nei quali si agitavano le persone di cui almeno in parte egli aveva la responsabilità.

Anche se i tempi erano mutati, con esigenze sempre più complesse, restava valido quello che proveniva dall'esperienza di persone che, come i rappresentanti della Ostetricia e Ginecologia, avevano dato e continuavano a dare per migliorare sempre più, l'apporto comune al progresso, nel loro settore scientifico-disciplinare e della medicina in generale.

Concludeva Zannini che *“è nell'Università che si allevano gli spiriti, è nell'Università che fermentano quelli che sono i germi delle nuove acquisizioni e delle nuove organizzazioni. Non vi è nessuna contestazione che sarà mai capace di soffocarli e nè alcuna limitazione che potrà ridurre l'apporto, che l'Università è tesa e continuerà sempre ad essere tesa, a dare alla società”.*

Il professore Pietro Quinto, Presidente della SIGO nel 1975, ricordò in quella occasione che il Congresso del 1956, collegato al II Congresso mondiale di Sterilità ed Infertilità aveva richiamato a Napoli una numerosissima schiera di cultori della medicina, dell'ostetricia, della ginecologia, della biologia, della sociologia, congresso terminato con l'apoteosi di fraternità, tra studiosi di



Fig. 123 - Edificio n. 9, Clinica Ostetrica e Ginecologica, lato Nord, con le Sale operatorie e le Sale parto (corpi bassi).

tutte le nazioni. Egli sottolineò che Tesauro, in quella occasione, non solo aveva destato nei presenti una profonda e gioiosa commozione, ma aveva fatto sentire in modo concreto, visibile, palpabile che lo slogan: *“La Scienza non conosce frontiere”*, era una verità indiscutibile.

Il Congresso del 1975 aveva riservato ancora una volta un avvenimento di eccezionale importanza, quello di far conoscere alla Ginecologia Italiana quest'opera grandiosa che è il nuovo Policlinico. Il professore Quinto riconobbe *“È un'opera immane”*. *“È un'opera che, vederla da vicino, supera ogni nostra aspettativa, anche se per tutti noi, per aver sentito dire, c'era già la preparazione a dover scoprire qualche cosa di eccezionale”*. Quinto concluse che *“è in gran parte per merito di Tesauro se la Ginecologia italiana ha potuto essere considerata, sia in Italia che all'estero, a livello delle scuole più progredite. E proprio in questo Policlinico, così imponente, proiettato nel futuro e voluto con una battaglia omerica da Tesauro, gli scienziati e i clinici potranno operare per il bene dell'umanità sofferente”*.

Il professore Nicola Vaglio, Presidente del Comitato Organizzatore del Congresso, con la sua solita signorilità e discrezione, affermò che il Congresso di Napoli rappresentava una meta ed un incentivo per nuovi traguardi e che il

nuovo Policlinico, tra i più belli d'Europa, doveva restituire alla città di Napoli la sua funzione migliore, non solo come ambiente di ristoro e di riposo tra le sue bellezze naturali, ma anche come punto di convegno di studiosi, volti verso ogni iniziativa di progresso umano. Vaglio (Fig. 124) si rivolse al Maestro e Magnifico Rettore Tesauro, affermando che *“a Lui si deve la realizzazione di tutto quanto vedete e certo ammirate, realizzato con grande abnegazione e coraggio non comuni”*.⁽⁶³⁾

La grandiosa Aula Magna – in seguito intitolata al professore Gaetano Salvatore – e tutto il complesso della Facoltà di Medicina e Chirurgia furono realizzati dalla tenacia e dall'amore di Giuseppe Tesauro. La sua azione fu animata da un coraggio civile, virtù sempre più rara in un tempo nel quale la mediazione e il compromesso diventavano sistema e metodologia di governo, sia della cosa pubblica che della vita privata.

Il professore Gaetano Salvatore (Fig. 125) spesso ripeteva: *“Cosa sarebbe la Scuola di Medicina di Napoli senza questo Policlinico! La Facoltà ed il Policlinico furono ideati, costruiti e realizzati, ma non mancarono allora e non mancano tuttora coloro che sono stati critici, talora interessati e a volte convinti, delle scelte e delle soluzioni adottate dal professore Tesauro prima e dopo la costruzione. Naturalmente, allora come oggi, si trovavano e si trovano coloro che sono persuasi che tante cose sono state fatte male e furono scelte sbagliate: ma, probabilmente, quando questi ultimi vengono chiamati a farle, ripetono o ingrandiscono gli inevitabili errori”*.



Fig. 124 - Prof. Nicola Vaglio (1914-1995). Direttore dell'Istituto di Ginecologia ed Ostetricia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.



Fig. 125 - Gaetano Salvatore (1932-1997). Ordinario di Patologia generale, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, Presidente della Stazione Zoologica Anton Dohrn.

In realtà, occorre riconoscere che, con maggiore senso della storia, Giuseppe Tesauro aveva una visione del tutto moderna di un Policlinico universitario, una visione di un Ente culturalmente ed economicamente autosufficiente, di un Policlinico, a gestione diretta, di un Ente non fruitore di assistenza pubblica o Ente assistito dallo Stato, ma, invece, datore e donatore autonomo di assistenza non solo sanitaria e fisica, ma anche morale e spirituale. La II Facoltà di Medicina e Chirurgia ed il nuovo Policlinico dovevano soddisfare l'esigenza del più moderno Ospedale Universitario, ove l'attività scientifica e didattica si potesse associare alle più complete forme di assistenza, dalla preventiva alla curativa ed alla rieducativa.

Speriamo che questa visione di Tesauro, così minuziosamente e sapientemente distillata lungo tutto l'arco della vita di un Policlinico, proiettato nel futuro, non si sbiadisca con il tempo, per motivi *extrauniversitari* che, peraltro, appaiono sempre più incomprensibili, alla maggior parte degli accademici partenopei, che hanno realmente a cuore una qualificata assistenza sanitaria universitaria.

La grande trasformazione della Facoltà di Medicina ha sempre suscitato una vasta eco a Napoli e in Italia. L'11 dicembre 1991, il quotidiano *"la Repubblica"* pubblicava a tutta pagina il primo articolo di un'inchiesta intitolato *"Le isole felici. Comincia dal II Policlinico il nostro viaggio nella città che funziona: uomini e strutture che ci invidiano anche all'estero"*. Nei titoli e nel testo si parlava di *"Università dei prodigi"*, della *"grande squadra medica del Policlinico"*, di *"dipartimenti all'avanguardia"*. In particolare, affermava la giornalista Patrizia Capua: *"Nella Cittadella universitaria di Cappella dei Cangiani cattedratici e ricercatori lavorano con standard di qualità europei, il più delle volte senza la luce dei riflettori, nel riserbo di laboratori all'avanguardia e nelle sale operatorie avveniristiche, fra seminari scientifici e scambi culturali con la medicina d'oltreoceano. Riconosciuta come la prima Facoltà universitaria italiana di Medicina e Chirurgia per la parte didattica"*. Un particolare merito di questo piccolo miracolo napoletano, veniva dato a Gaetano Salvatore, Preside della Facoltà, per aver dato *"una dimensione europea al II Policlinico"*.

La giornalista, tuttavia, non tralasciava di accennare ai problemi che si affacciavano e che sarebbero diventati drammatici negli anni a venire, a cominciare dalla mancanza di fondi e dall'esiguità del finanziamento regionale, corrispondente, secondo il Preside Salvatore, ad *"un quarto delle somme che la Regione avrebbe dovuto erogare all'Università"*.

TESAURO E I PROBLEMI IMMUNOLOGICI DELLA GRAVIDANZA

Nel 1965, Tesauro pubblicò un lavoro sul *Bullettin della Société Real Belge de Gynecologie et Ostetrique* “*Considerations sur le comportement immunologique de la femme enceinte et du nouveau-né*”, ponendo le basi alle complesse problematiche, connesse ai fenomeni biologici ed immunologici, legati alla fisiopatologia della riproduzione.

Nell'uomo e nella scimmia, la placenta è emocoriale, per cui gli anticorpi passano al feto principalmente, se non esclusivamente, per via transplacentare. Gli anticorpi che passano al feto sono gli anticorpi Rh di tipo incompleto, l'antitossina difterica e tetanica, le antistreptolisine, gli anticorpi antivirali, mentre le agglutinine anti-A e anti-B superano la barriera placentare con difficoltà. Il feto è quindi protetto da un'immunità passiva, realizzata mediante anticorpi di origine materna che passano per via diaplacentare, nella circolazione fetale.⁽⁶⁴⁾

Dopo aver passato in rassegna i vari aspetti del comportamento immunologico della madre e del feto, Tesauro concludeva che, per esempio, la vaccinazione antipoliomielitica doveva essere effettuata precocemente, nella prima settimana di vita, in modo da preparare ed assicurare una protezione immunitaria del neonato, efficace e valida.

Già Tesauro, insieme a La Torretta, aveva presentato un comunicazione al IV Congresso FIGO di Buenos Aires, nel settembre del 1964 sul “*Ruolo della placenta nel controllo del polimorfismo dei fattori serici durante la vita fetale*”. Con una serie di ricerche sperimentali Egli aveva dimostrato che le proteine che caratterizzano i tipi dei sistemi serici non attraversano normalmente la barriera placentare. Solo le 7S-globuline cui sono legati fattori Gm, attraversano la placenta e nel sangue del cordone sono sempre rinvenibili quel-

le di origine materna. Venne ammesso, tuttavia, il passaggio transplacentare di proteine, a struttura semplice, delle varianti seriche in via di formazione. Gli isoanticorpi materni, eventualmente formati, interferiscono nel meccanismo di azione dei geni, determinando, in tale maniera, il blocco della sintesi delle proteine fetali, responsabili della isoimmunizzazione.^(65, 66)

Gli allievi di Tesauro, i professori Vaglio, Montemagno e La Torretta, apportarono in seguito notevoli contributi sui problemi immunologici della gravidanza, attraverso lo studio e l'osservazione sperimentale dei processi immunitari, durante questa particolare fase della vita riproduttiva.

Infatti, la gravidanza, ritenuta un omoinnesto naturale, pone, per la sua stessa essenza, un complesso di problemi immunologici connessi alla presenza ed allo sviluppo nell'organismo materno di un nuovo essere, in parte con differente patrimonio genetico. Questo interessante fenomeno è unico in natura e risulta tuttora non del tutto chiarito, nonostante siano trascorsi circa cinquanta anni. Le teorie sono numerose e spaziano dalla funzione protettiva del trofoblasto, alla presenza di fattori protettivi uterini, placentari e fetali, all'imaturità immunologica del feto, all'inerzia immunologica della madre e ad una proprietà particolare dell'utero, come sito privilegiato per i trapianti, ma nessuna di esse fino ad ora, ha soddisfatto pienamente gli addetti ai lavori.

Tesauro era convinto che le proprietà della barriera trofoblastica erano, in generale, sufficienti a permettere una buona riuscita dell'impianto dell'uovo e che alcune situazioni patologiche potevano determinare la rottura di questa barriera protettrice. L'ipotesi era che, alcuni aborti, anche precoci, potevano essere messi in rapporto con una nuova patologia embrio-fetale, legata alla rottura di questa barriera protettrice, responsabile del rigetto, anche precoce, del prodotto del concepimento da parte della madre. Così come era possibile che, nella patologia gravidica, alcune sindromi vasculo-renali fossero in rapporto alla presenza di anticorpi antiplacentari.

Tesauro quindi riconosceva che se i rapporti immunologici tra madre e feto si deterioravano, potevano sopraggiungere nuove patologie, che ancora ai nostri giorni devono essere chiarite.

La particolare attenzione della Scuola di Tesauro ai problemi immunologici della gravidanza scaturisce, in maniera significativa, anche dalla scelta di questo tema impegnativo per la prolusione del professore Giacomo La Tor-

retta, letta nell'Aula Magna dell'Università di Messina il 4 maggio 1968, in occasione del suo insediamento come Direttore della Clinica Ginecologica di Messina.

Continuando questo filone di ricerche della Scuola, in data 27 marzo 1976, il professore Ugo Montemagno, allievo di Tesauro e di Vaglio, in occasione della sua chiamata come professore Ordinario presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, svolse la sua prolusione su *“La terapia immunosoppressiva nelle sindromi da sensibilizzazione materna antifetale”*, ricca di dottrina ultraspecialistica e di personali osservazioni sperimentali, pubblicate su prestigiose riviste nazionali ed internazionali.⁽⁶⁷⁻⁶⁸⁾

TESAURO E IL CENTRO STUDI RH E LA BANCA DEL SANGUE

La scoperta del fattore Rh e del suo ruolo nella patogenesi della Malattia Emolitica del neonato (MEN) e delle reazioni emolitiche, in seguito a trasfusioni di sangue omogruppo, coincise con l'inizio della seconda guerra mondiale, per cui non ebbe immediata risonanza nel nostro Paese. Il professore Tortora ne venne a conoscenza sul finire del conflitto, scorrendo i bollettini USIS (*United States Information Service*) quando la stampa medica italiana non aveva ancora ripreso le pubblicazioni.

Il Centro Studi Rh

Nell'estate del 1946 il professore Mario Tortora (Fig. 126), aiuto di Tesauro,



Fig. 126 - Mario Tortora (1909-1994).

ebbe la ventura di entrare in contatto con il dott. Alexander Wiener, (Fig. 127) uno degli scopritori, insieme a Karl Landsteiner (Fig. 128), nel 1940, del fattore Rh. Quest'ultimo aveva scoperto, nel 1909, i quattro principali gruppi sanguigni umani (A, B, AB e 0), scoperta che gli valse il premio Nobel per la medicina e la fisiologia nel 1930.

Tortora, grazie ad una piccola quantità di siero anti-Rh gentilmente inviata da Wiener, poté dare l'avvio a un Centro di ricerca sul fattore Rh, che nel volgere di pochi anni sarebbe di-



Fig. 127 - Alexander Wiener (1907-1976).

ventato un punto di riferimento per gli studiosi di problemi Rh, in particolare ginecologi e medici legali. Con la scoperta del sistema Rh, la probabilità di esclusione della paternità, in base allo studio dei gruppi sanguigni, aveva raggiunto il 63%, mentre il test del DNA sarebbe stato introdotto in medicina forense circa mezzo secolo dopo.

I contatti con Wiener divennero in seguito sempre più frequenti e, quando nel 1950, vincitore di una borsa di studio Fulbright, Tortora si recò negli USA con il dott. Nappi (già Docente nell'Università di Bari), l'incontro si svolse in un'atmosfera di grande cordialità. Al Congresso Nazionale della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, che si svolse a Firenze nel 1946, Tortora fece una breve comunicazione dal titolo "*Ereditarietà dei fattori Rh e Hr, e rapporti di filiazione*". Egli nell'anno successivo, all'Accademia di scienze mediche e chirurgiche di Napoli, presentò un caso di *Icterus gravis neonatorum* e due casi di *Icterus precox da isoimmunizzazione A-B*.

Al Convegno internazionale sui problemi pratici del fattore Rh (Napoli, 9-10 novembre 1948) lo stesso illustrò i reperti anatomico-patologici di due casi di ittero nucleare, che figurano tra i primi contributi italiani sull'argomento. Al Congresso nazionale della SIGO (Bologna, 14-16 ottobre 1948) Tortora espose i risultati di un'indagine sulla distribuzione dei fattori Rh e Hr nella popolazione napoletana. Pochi mesi dopo, venivano resi noti i risultati di una



Fig. 128 - Karl Landsteiner (1868-1943).

ricerca analoga condotta da Morganti e coll. nella popolazione della provincia di Ferrara (*Tortora riferì che al Congresso di Bologna, un interlocutore, che sedeva al tavolo della presidenza, obiettò in maniera plateale, che, data la difficoltà di reperire i sieri diagnostici, era quanto meno prematuro discutere di problemi Rh!*).

Nel marzo 1956 viene pubblicato da Wiener un manuale mai superato, "*Rh-Hr Syllabus – I tipi di sangue e le loro applicazioni* –", tradotto in italiano dal professore Tortora, con la correzione del manoscritto e delle bozze di stampa dei professori Raffaele Nappi e Giacomo La Torretta⁽⁶⁹⁾ (Fig. 129).

Nella prefazione, Wiener afferma che la crescente complessità dei tipi Rh-Hr richiedeva la necessità di una conoscenza più completa dei principi fondamentali e di una trattazione più approfondita della sierologia dei tipi Rh-Hr, degli agglutinogeni Rh, delle proprietà sierologiche degli agglutinogeni, dei rapporti tra genotipi e fenotipi sia per gli Rh⁺ (positivi) che per gli rh- (negativi), degli aspetti sierologici della eritroblastosi fetale e della Malattia emolitica del neonato, e della ipotesi del *cross-over* di Fisher-Race e sui simboli C-D-E. I simboli C-D-E venivano erroneamente ancora usati dalla maggioranza degli studiosi, mentre l'*American Medical Association* raccomandava di adottare nelle perizie medico-legali, solo la nomenclatura originale Rh-Hr e di abolire i simboli C-D-E.

Wiener si augurò che la pubblicazione del testo *Rh-Hr Syllabus* avrebbe reso la problematica più facilmente comprensibile ai medici italiani, accelerandone in tal maniera anche la soluzione, relativa all'urgente problema della nomenclatura Rh-Hr.

Il "miracolo di Roma" e i "miracoli" di Napoli

Ai primi di settembre del 1951 molti giornali italiani pubblicarono con grande rilievo il caso di una neonata, figlia dei coniugi americani Brown, che in una clinica romana era stata sottoposta, con esito favorevole, ad exsanguino-trasfusione. La madre che, dagli esami di routine nel corso della gravidanza,

ALEXANDER S. WIENER

M. D., F. A. C. P., F. C. A. P.
Brooklyn, N. Y.

Rh-Hr SYLLABUS

I TIPI DI SANGUE E LE LORO APPLICAZIONI

Traduzione italiana a cura del Prof. MARIO TORTORA

Clinica Ostetrica e Ginecologica della Università di Sassari

con 13 figure e 25 tabelle

IDELSON
NAPOLI

Fig. 129 - Il testo di A. S. Wiener (1956).

era risultata immunizzata verso il fattore Rh, aveva avuto altre cinque gravidanze con parti di figli morti o deceduti nelle prime ore di vita. L'intervento "audace e prodigioso" era stato presentato da "La Tribuna Illustrata" del 9-16 settembre come il primo del genere nella storia mondiale dell'ostetricia.

"Il Giornale" del 4 settembre 1952 puntualizzava che la exsanguino-trasfusione veniva praticata, fin dal 1949, nella Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Napoli, dove 8 neonati erano stati salvati, appunto con tale intervento. Il cronista aggiungeva di essere da tempo a conoscenza di questi successi senza clamori, ma solo dopo tanta pubblicità, data al caso dei coniugi Brown, aveva deciso di interrompere quel silenzio che gli stessi medici della clinica avevano pregato di mantenere. In una nota apparsa su "Il Mattino d'Italia" del 28-12-1952, una neolaureata in Medicina precisava che il miracolo Brown si era avverato anche a Napoli il 13 luglio 1949, nella Clinica Ostetrica, e da allora, si ripeteva ogni qualvolta se ne presentava l'occasione, evidenziando che l'exsanguino-trasfusione era argomento di insegnamento e figurava tra le tesi di esame.

Vale la pena ricordare che negli anni ai quali fa riferimento la presente nota, non si conosceva la immunoprofilassi anti-D e la Neonatologia (che più tardi evocherà a sé la pratica della exanguino-trasfusione) non aveva ancora emesso i primi vagiti (Fig. 130).

Tesauro, nella sua relazione "L'influenza della isoimmunizzazione Rh sulla mortalità neonatale" (presentata al *III World Congress on Fertility and Sterility* di Amsterdam del 9 giugno 1959), sottolineava che restava molto grave il problema della mortalità fetale, dovuta ad isoimmunizzazione Rh materna, sia perché l'incidenza era molto alta (20%), sia perché in quel periodo, non si disponeva di mezzi idonei a neutralizzare l'attività degli anticorpi materni.^(70, 71)

I dati riportati mettono chiaramente in luce il livello scientifico della Scuola di Tesauro anche in questo campo. Egli riconosceva che il solo trattamento di sicura efficacia era la exsanguino-trasfusione, effettuata in 35 bambini Rh positivi, affetti da malattia emolitica del neonato, con una sopravvivenza di 27 (77%).

Tesauro ribadiva che l'interruzione profilattica della gravidanza non prima della 35^a settimana doveva essere eseguita mediante taglio cesareo, perché si eliminavano i pericoli di un travaglio e i traumi e l'anossia provocati dalle contrazioni uterine, aumentavano in tal caso le probabilità di sopravvivenza di questi neonati prematuri e con eritroblastosi.^(71, 72)

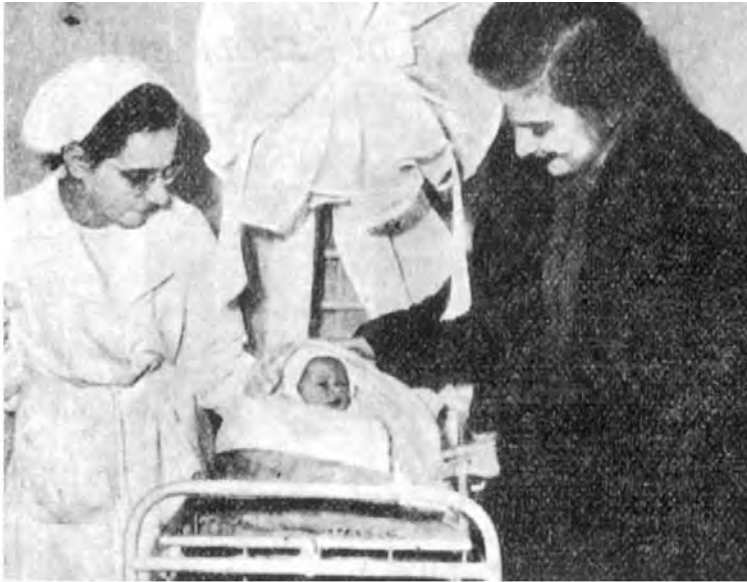


Fig. 130 - Il caso riportato da *"Il Mattino d'Italia"* riguardava il figlio dei coniugi (madre polacca e padre napoletano). L'intervento di exsanguino-trasfusione fu eseguito usando una siringa Jubé a tre vie, prelevando il sangue direttamente dalla donatrice e iniettando nel neonato attraverso una sottile canula di plastica introdotta nella vena ombelicale 400 cc di sangue Rh-negativo. L'Ostetrica in divisa è la Signora Natalina Bonavolontà.

Il *"Sancta Sanctorum"* del Centro Rh e della Banca del Sangue era ubicato al secondo piano dell'edificio di Sant'Andrea delle Dame, dove erano presenti la Direzione, le stanze degli Aiuti, alcuni laboratori, l'Archivio e la famosa biblioteca.

Fin dai primi giorni di internato, fui assegnato al Centro Rh: un'enorme stanza in cui troneggiava la famosa frigo-emoteca *Jewett Refrigerator* (di cui parlerò in seguito), con un bancone in muratura e una piccola stanza attigua con due lettini, utilizzati per effettuare i prelievi di sangue da conservare. Nella frigo-emoteca veniva custodita gelosamente dagli *emotecari* anche la scorta di sangue Rh positivo e negativo, nonché i vari sieri utilizzati per le analisi di tipizzazione.

Tutti i medici, compresi gli specializzandi, dovevano essere in grado, fin dal momento del ricovero della paziente in Clinica, di effettuare l'esame del gruppo sanguigno e della tipizzazione del fattore Rh.

Nel settembre del 1968, il Gruppo del “*Centro Rh ed Emoteca*” era costituito dal professore Alfredo Paladini e dai dottori Dario Di Martino, Bruno Rascio, Pasquale De Luca, Andrea Di Lieto ed in seguito Francesco Giuseppe Tinelli. Essi erano responsabili delle molteplici attività del Centro Rh: oltre ai controlli sul gruppo e fattore Rh delle pazienti, che si rivolgevano alla struttura, si effettuava il test di Coombs indiretto e la titolazione in caso di positività e, subito dopo la nascita, il test di Coombs diretto sul sangue funicolare. In caso di positività del test sul feto, si organizzava immediatamente la exsanguino-trasfusione, mediante l'utilizzo di sangue proveniente o da donatori o spesso dai familiari, con gruppi sanguigni tipizzati per tempo.

Sulla mortalità perinatale globale per Malattia Emolitica del Neonato (MEN) Rh del 44,1%, costituita dal 20% di mortalità neonatale e dal 24% da mortalità intrauterina, Paladini riferì che, nel 1969, il 40,7% delle donne, anche se era a conoscenza del proprio stato di isoimmunizzazione, si era presentato in Clinica Ostetrica, solo al momento del travaglio di parto e spesso con feto premorto. Per le restanti pazienti, già in osservazione presso il Centro Rh, era consigliato il ricovero in clinica dalla 34^a settimana di gestazione, o anche prima, se il titolo anticorpale superava il livello critico di 1:32. In percentuale, i neonati guariti nell'85% dei casi erano nati, mediante taglio cesareo versus il 45% di parti spontanei e il 57% di parti espletati, mediante induzione medica del travaglio.

Ricordo la cerimonia della exsanguino-trasfusione (Fig. 131): essa veniva effettuata nelle prime ore dopo la nascita in sala operatoria, indistintamente a tutti i neonati, con test di Coombs positivo, indipendentemente dall'esistenza o meno di segni clinici della malattia. Il Medico specialista, ieraticamente, sistemava il neonato sul lettino assistito da un'ostetrica e da un'allieva e, dopo la detersione, incannulava la vena ombelicale mediante un catetere di polietilene raccordato con una siringa Jubé a tre vie, collegati al set della bottiglia di sangue. All'inizio la siringa era dotata di rubinetto a tre vie di metallo, mentre in seguito si utilizzò un kit disposable, in materiale plastico. La tecnica utilizzata era quella che prevedeva la somministrazione e la sottrazione del sangue da impiegare.

La durata dell'intervento, non essendoci in questa fase così precoce la necessità di drenaggio della bilirubina dai tessuti, era contenuta fra i 60 e 90 minuti primi. Le manovre erano molto lente: si dovevano allontanare, per quanto possibile, gli anticorpi in circolo, i globuli rossi sensibilizzati dagli anticorpi



Fig. 131 - La procedura dell'exsanguino-trasfusione.

e trasfondere sangue 0 Rh (negativo) fresco al neonato. Anche dopo numerosi interventi, si avvertiva un'aria di tensione: infatti, spesso quelle madri approdavano alla Clinica Ostetrica, dopo numerosi insuccessi, dovuti alla isoimmunizzazione grave, nell'ambito del fattore Rh, con pregressa poliabortività o elevata mortalità prenatale.

Le alterazioni della concentrazione ematica del calcio, legate all'impiego di sangue citratato con miscela ACD, in quanto i radicali acidi di essa fissavano gli ioni calcio, erano responsabili di incidenti anche gravi e mortali. Queste modificazioni della calcemia erano corrette mediante la somministrazione di gluconato di calcio al 10%.

Ricordo la soddisfazione degli *emotecnari* nel momento in cui venivano dimessi questi neonati, guariti o in via di guarigione, consegnati agli increduli genitori, forse già rassegnati a rimanere senza figli, prima di conoscere i miracoli che si facevano nella Clinica Miranda di Sant'Andrea delle Dame.

Nel 1969, su di un totale di 118 feti exsanguino-trasfusi (3 neonati deceduti nel 1964 e 12 in epoca successiva), si registrava una mortalità neonatale del 12%, legata spesso non tanto alla prematurità, ma alla gravità stessa della malattia ed alle gravi lesioni oramai irreversibili, che si erano determinate nell'organismo fetale e neonatale.

Nonostante il progresso tecnico e le più moderne misure terapeutiche e profilattiche realizzate presso del Centro Rh della Clinica Ostetrica, nell'Italia meridionale, le cifre percentuali della mortalità perinatale da MEN Rh erano abbastanza elevate, a causa di fattori regionali e sociali, come la multiparità, l' inadeguata coscienza eugenica e il basso livello di educazione sanitaria.⁽⁷²⁻⁸²⁾

Nel 1966, W. Gorman, V.J. Freda e J.G. Pollack (Figg. 132-134) pubblicarono uno studio sulla prevenzione dell'isoimmunizzazione Rh, usando immunoglobuline anti-D nelle donne Rh negative non immunizzate e che avevano partorito un feto Rh positivo, da somministrare entro 72 ore dal parto o dall'aborto. Il dosaggio poteva variare in rapporto all'entità presunta o accertata dell'emorragia feto-materna. Tesauro pubblicò, tempestivamente, nel maggio del 1968, negli scritti in onore del professore G. Delle Piane, una nota di immunologia ostetrica sulle *"Nuove acquisizioni in tema di prevenzione dell'isoimmunizzazione"*. Egli illustrò, in maniera dettagliata, i risultati ottenuti da Freda e coll. su volontari Rh negativi di sesso maschile, sottoposti a ripetuti stimoli antigenici, con sangue Rh positivo e trattati con immunoglobuline Rh. Analoghi risultati erano stati ottenuti nelle madri Rh negative, trattate con 4,5 cc di immunoglobuline Rh, entro 72 ore successive al parto di un feto Rh positivo ABO compatibile.

Nell'ottobre del 1968, Tesauro organizzò, tempestivamente, un Congresso Internazionale, a cui parteciparono gli stessi Gorman e Pollack, presso l'Aula Magna storica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.^(82, 83)

Il Gruppo del Centro Rh della Clinica Ostetrica presentò i risultati delle proprie esperienze sull'argomento, destando molto interesse nei partecipanti.



Fig. 132 - W. Gorman.



Fig. 133 - V. J. Freda.



Fig. 134 - J.G. Pollack.

Presso la Clinica Ostetrica, si cominciarono a somministrare le immunoglobuline anti-D, prima a random, poi a tutte le gravide Rh negative, dopo il parto di un feto Rh positivo, mentre, per problemi economici, la terapia non poteva essere effettuata dopo un aborto.

Anche in questo caso il lungimirante Tesauro ed il suo allievo Alfredo Paladini si impegnarono, con tutte le loro forze e nelle sedi adatte, a portare avanti una campagna di sensibilizzazione, nei confronti della prevenzione della immunizzazione feto-materna nell'ambito del fattore Rh.

Essi calcolarono che in Italia bisognava eseguire la sieroprofilassi, su di un totale di 180.000 puerpere, con una spesa di circa 3 miliardi di lire. Per sradicare questa malattia la profilassi doveva essere realizzata a tutte le puerpere, anche dopo un aborto. Infatti, il risparmio per l'acquisto di immunoglobuline da parte del Servizio Sanitario Nazionale italiano era solo fittizio, in quanto, nella valutazione costo-beneficio, non si mettevano sul piatto della bilancia, a parte gli evidenti problemi psicologici e fisici delle 6-7.000 gestanti/per anno e dei relativi neonati, il costo aggiuntivo, legato ai lunghi ricoveri, alle visite ostetriche, agli esami di laboratorio, alle indagini sierologiche ed immunologiche numerose e frequenti, ai prolungati ricoveri delle gestanti, agli interventi ostetrici, come la induzione medica anticipata del parto ed un eventuale taglio cesareo, all'assistenza al neonato prematuro, alle exsanguino-trasfusioni e alle trasfusioni, nonchè alle giornate di degenza per il neonato, presso Reparti di Pediatria o di Neonatologia, ed al personale sanitario, composto da immunoematologi, pediatri, radiologi, ginecologi, al personale tecnico ausiliario ed alle attrezzature ed al materiale impiegato.

Tesauro aveva guardato più lontano degli altri: la generazione postbellica ha avuto la fortuna ed il privilegio di assistere alla quasi completa scomparsa delle complicanze da isoimmunizzazione, nell'ambito del fattore Rh, anche grazie alle intuizioni teoriche e sperimentali del Maestro, profuse nel famoso Centro Rh di Sant'Andrea delle Dame di Napoli. Dopo pochi anni, finalmente una legge dello Stato italiano avrebbe disposto l'erogazione delle immunoglobuline anti-D, a dosaggi differenziati, a tutte le puerpere Rh negative, sia dopo un parto di un feto Rh positivo che dopo un aborto.

La Banca del sangue

Nell'immediato dopoguerra, come è noto, non esistevano Centri trasfusionali adeguatamente attrezzati ed organizzati, con i compiti attuali di raccolta, lavorazione e distribuzione del sangue.

Il professore Tortora riferiva che aveva sempre viva nella memoria una drammatica esperienza vissuta nel giugno 1944, alla vigilia dello sbarco anglo-americano ad Anzio. Mentre sulla città di Napoli era in corso un bombardamento aereo notturno, fu trasportata in clinica con mezzi di fortuna, una donna con il volto affilato ed emaciato e il polso appena percettibile. Sottoposta ad intervento laparotomico, in uno degli ovari fu riscontrata una tumefazione del volume di un'arancia, dalla quale fuoriusciva liquame purulento. Le condizioni della paziente apparivano disperate, e soltanto dopo la infusione di due flaconi di plasma (lasciati alla clinica pochi giorni prima da un ospedale delle truppe alleate in via di trasferimento dalla Zona Flegrea) cominciarono a migliorare e nel volgere di poche ore riuscì a superare lo shock.

Con l'inizio dell'attività del Centro Rh, si erano realizzate le premesse necessarie per impiantare nella clinica una Banca del sangue.

Avendo vinto una borsa di studio Fulbright, Tortora fu accolto, in qualità di Ricercatore nella prestigiosa Banca del sangue e del plasma del *Bellevue Medical Center* di New York, diretta dal dott. L.J. Unger, amico di Wiener. La candidatura alla borsa di studio era stata caldeggiata dallo stesso Wiener e dal professore Stebbins dell'Università di Washington D.C., ai quali era nota la produzione scientifica di Tortora nel campo del fattore Rh e delle emotrasfusioni.

Nella Banca del sangue di New York, Tortora partecipò, in collaborazione con il dott. Unger e il dott. Nappi, ad una serie di ricerche sulla isoimmunizzazione, indotta artificialmente negli animali di laboratorio.

Durante la permanenza a New York, insieme al dott. Nappi, Tortora organizzò manifestazioni mondane e artistiche, il cui ricavato fu devoluto all'acquisto di modernissime attrezzature per la Banca del sangue della Clinica Ostetrica di Napoli, tra cui un *Jewett refrigerator* della capacità di 450 flaconi di sangue, nonché di sieri diagnostici più rari (alla fine del 1950 il laboratorio del Centro Rh disponeva di sieri anti A₁, M, N, P, D, C, E, c, e, Kell, Le^a, Le^b, Duffy).

Prima di lasciare gli Stati Uniti, su invito del dott. J. Elliot, immunoematologo di fama internazionale, Tortora visitò la Banca del sangue della Dade County, con sede a Miami (Flo), diretta dallo stesso Elliot.

Il Centro Rh della Clinica Ostetrica di Napoli, oltre che con Wiener, Unger ed Elliot, mantenne frequenti contatti, per scambio di informazioni e aggiornamenti scientifici, con i maggiori studiosi di problemi Rh italiani e di

altri Paesi europei, tra i quali Cappellini, Moranti (Milano), Sansone (Genova), Bessis (Parigi), Mourant (Londra), van Loghem (Amsterdam).

Le manifestazioni, a favore della Banca del sangue della clinica ostetrica di Napoli continuarono anche dopo la partenza di Tortora da New York, mentre ad un cocktail party (Club Ruban Bleu, New York, febbraio 1951), il dott. Unger pronunciava un toccante discorso sull'impegno e la particolare competenza di Tortora sulle problematiche legate alla isoimmunizzazione materno-fetale ed alle emotrasfusioni.

Con la creazione della Banca del sangue, le trasfusioni nella clinica andarono progressivamente aumentando: da 190 nel 1950 a 308 nel 1951, a 370 nel 1952. Nel biennio '51-'52 furono trasfusi 300 litri di sangue intero, di cui 36 Rh negativo. Su 6.000 donne esaminate nel centro Rh fino al dicembre 1952, 580 risultarono Rh- negative, di cui 60 immunizzate. Nel periodo luglio '49 - dicembre '52 furono eseguite 15 exanguino-trasfusioni per ittero grave neonatale.

All'occorrenza il sangue conservato nella Banca della Clinica Ostetrica veniva utilizzato e rimpiazzato con altro sangue di parenti, conoscenti delle pazienti o dei Vigili del Fuoco, la cui caserma si trovava e si trova a pochi metri dalla Clinica Ostetrica. In particolari situazioni, si ricorreva anche alla generosità di un folto gruppo di donatori tipizzato per il sistema Rh e ABO, selezionati tra il personale medico e paramedico della clinica. In tal modo si evitava che, nei momenti di necessità, si fosse costretti a far ricorso a *donatori di sangue*, peraltro non sempre reperibili, che spesso richiedevano lautissimi compensi, per ogni trasfusione eseguita. Da sottolineare che alla Banca pervenivano anche richieste per emergenze esterne, da parte di altre Cliniche universitarie, specie le Chirurgie, ed esse erano sempre soddisfatte in tempi brevi, compatibilmente con le esigenze della Clinica Ostetrica.

“Non tutti sanno – scriveva un giornalista, riferendosi anche al Centro di diagnosi precoce del cancro ginecologico – che a Napoli, la città tanto criticata per certi suoi sistemi di vita e la scarsità dei mezzi assistenziali a disposizione, esistono due grandi Centri Medici, veramente all'avanguardia. Si tratta di due iniziative che rifuggono alle speculazioni commerciali, sostenendosi con criteri rigorosamente scientifici, impostati a futuri sviluppi di carattere nazionale. Il sangue non si paga, qualunque sia la condizione sociale della paziente” (L'“Unione Sarda” del 31-12-1953).

TESAURO E IL CARCINOMA DEL COLLO DELL'UTERO

Durante il suo soggiorno a New York nel 1953 Tesauro, Tortora e Martella andarono a far visita al famoso professore Papanicolau (Fig. 135), presso la Cornell University (Fig. 136).

Il professore Papanicolau aveva prima collaborato con il professore di Zoologia Sperimentale Thomas Morgan (1866-1945) del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia della Columbia University di New York, che aveva, tra l'altro, frequentato con l'amico Hans Driesch (1867-1941) il Laboratorio bio-



Fig. 135 - George Papanicolau (1883-1962).

logico di Zoologia marina di Napoli, approfondendo gli studi sulla ereditarietà legata ai cromosomi nella *drosophila melanogaster* (il moscerino della frutta), per i quali aveva vinto il Premio Nobel nel 1933.

Papanicolau, in seguito, aveva lavorato con Charles Rupert Stockard (1879-1939), Professore di Zoologia Sperimentale e Direttore del Dipartimento di Anatomia alla Cornell University di New York, autore di numerose ricerche nei campi della embriologia sperimentale, della genetica e della endocrinologia, realizzate anche durante la sua permanenza presso la Stazione Zoologica di Napoli.



Fig. 136 - La Cornell University New York.

La Stazione Zoologica di Napoli, fondata dal naturalista e zoologo tedesco Anton Dorn nel 1872, ha rappresentato sempre una delle più autorevoli istituzioni scientifiche europee, svolgendo ricerche all'avanguardia negli specifici campi della biochimica, della biologia molecolare e cellulare, della neurobiologia e della neurofisiologia e dell'ecologia.

Ancora una volta Napoli, con tutte le sue contraddizioni, faceva capolino anche nella lontana New York per contribuire in maniera sostanziale allo sviluppo ed al progredire della Scienza.

Già Tesauo aveva precocemente compreso l'importanza della scoperta di Papanicolau nella prevenzione del carcinoma del collo dell'utero.⁽⁸⁴⁻⁸⁶⁾

In occasione delle Giornate mediche di Bruxelles (1953), Tesauo presentò, in francese, la relazione su "*Conceptions actuelles sur le diagnostic e le traitement du cancer de l'Uterus*", pubblicata nella *Bruxelles-Médical-Revue belge de sciences medico-chirurgicales – Travaux Originaux*.⁽⁸⁷⁾

Tesauo, sempre sensibile ai problemi sociali, riportò i dati statistici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1948: su 100 donne affette da carcinoma del collo dell'utero, che si presentavano per il trattamento, 12 erano operabili, 33 al limite dell'operabilità e 55 assolutamente inoperabili.

Troppe donne arrivavano al controllo quando il loro destino era già segnato e l'opera del medico non poteva essere che limitata nel tempo e nelle tecniche possibili.

Spesso molti specialisti identificavano con lo speculum una lesione infiammatoria o anche una lesione sospetta della cervice uterina e consigliavano solo ripetute lavande vaginali, medicazioni locali e ovuli di ittiolo.

In attesa che un'educazione sanitaria pubblica, senza tuttavia ricadere nella noiosa psicosi cancerofobica, permettesse di analizzare, per tempo, un gran numero di donne nei Centri di trattamento, bisognava evitare un falso senso di sicurezza, legato all'assenza di chiari sintomi, ma seguire gli sviluppi progressivi dei diversi mezzi di trattamento e tutte le possibilità di un'identificazione precoce della neoplasia. Tesauro passò in rassegna i risultati della terapia chirurgica e della terapia attinica, ottenuti nei migliori Centri come quelli di Cardiff, Copenaghen, Manchester, Paris, London e Napoli.

Tesauro, nell'assise mondiale di Bruxelles, ribadì che il vero problema del carcinoma del collo dell'utero era di giungere precocemente ad una diagnosi, in uno stadio non avanzato, ma trattabile, con le terapie più opportune, affermando che: *“Se il termine precoce è considerato in senso stretto, assoluto, una tale diagnosi non può che riferirsi a una lesione neoplastica, veramente iniziale, e per questo allo stadio 0, al massimo allo stadio I, con sintomatologia clinica assente o minima”*.

Nel 1943, Papanicolau aveva dimostrato che il metodo citologico poteva identificare lesioni cancerose allo stadio iniziale, non invasivo, clinicamente asintomatico, dato confermato da Meigs (1943) e da Ayre (1944).

Il professore Mario Tortora, Aiuto del professore Tesauro, aveva vinto una borsa di studio Fulbright, nel 1950 e nel 1953, per svolgere alcune ricerche sulla isoimmunizzazione sperimentale e sotto la guida del professore Papanicolau della Cornell University, sulla diagnostica citologica dei tumori maligni della sfera genitale femminile.

Tortora, nel 1955, fu nominato Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Sassari e dal 1960 al 1980 divenne Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica di Ferrara, dove avrebbe realizzato il Primo Programma Italiano di screening di popolazione, per la diagnosi precoce del carcinoma del collo dell'utero.

Tesauro sottolineava che la metodica era delicata e richiedeva la necessità di personale tecnico molto esperto, data la possibilità di errori di interpreta-

zione, con le relative conseguenze nelle indicazioni terapeutiche. L'esame citologico doveva essere considerato un mezzo per selezionare le pazienti, da sottoporre ad ulteriori approfondimenti, mediante l'esame istologico.

Ma le discussioni furono spesso accese e passionali, su questi punti: la messa in opera, da un punto di vista pratico, la preparazione del personale tecnico e innanzitutto le difficoltà del metodo citologico per i particolari aspetti biologici delle cellule neoplastiche, peraltro non ancora chiariti. Nonostante le obiezioni, anche autorevoli, sulla metodica di Papanicolau, Tesauro insisteva che la strada intrapresa era, senza dubbio, quella giusta.

Da più parti, veniva obiettato che il numero di carcinomi, clinicamente asintomatici, identificati con lo studio della citologia vaginale, era troppo ridotto per compensare le spese e il lavoro, ma Tesauro fece sua, la frase di Pundel (1950): *“se uno non può identificare su mille donne che quattro carcinomi insospettabili e che potrebbero essere operati, anche ad uno stadio iniziale, e quindi di avere una chance di guarigione di circa il 100%, si potrebbe veramente affermare che la metodica merita di essere applicata nella pratica corrente, poiché la vita di quattro donne vale più di qualche migliaio di franchi ed un mese di lavoro in laboratorio”*.

Tesauro insisteva sul fatto che il *dépistage* sistematico doveva essere diretto alle comunità, che doveva avere lo stesso valore di protezione sociale del *dépistage* sistematico della tubercolosi, mediante la cutireazione e l'esame radioscopico. Con i mezzi a disposizione occorreva intensificare una vasta organizzazione di *dépistage*, anche attraverso la propaganda, per creare in tutte le classi sociali, una coscienza *anticancerosa*. La propaganda doveva essere diretta ai medici ed alle donne, inculcando la consapevolezza che il cancro del collo dell'utero poteva essere svelato prima della comparsa di perdite ematiche atipiche e che, se diagnosticato precocemente e opportunamente trattato, guariva definitivamente, confermando, in tal modo, il vecchio aforisma di Celso che *“solo all'inizio il cancro è curabile”*.

Tesauro auspicava che la chirurgia e l'actinoterapia, le sole armi che erano a disposizione contro il carcinoma, in un prossimo futuro, cedessero il passo a forme di terapie più specifiche. Ma, in attesa della scoperta del rimedio più opportuno, si doveva tendere tutti gli sforzi, ad aumentare la percentuale dei casi iniziali e pertanto più favorevoli.

Affermava Tesauro che *“se il medico esaminasse attivamente tutte le pazienti con disturbi riferibili all'apparato genitale, se il medico avesse, per dirlo alla No-*

vak, “toujours le cancer dans le cervau” e mettesse in opera tutti i mezzi, soprattutto più recenti, per permettere la diagnosi di tumore, se tutte le donne oltre i 35 anni, indipendentemente dal proprio stato di salute, si sottoponevano ad esami periodici, si eliminerebbero numerosi errori ed omissioni e si ridurrebbe, materialmente, il numero di morti causate da questo terribile flagello, che pesa ancora sulla umanità”.

Attualmente, stiamo vivendo un momento esaltante per le recenti acquisizioni della ricerca sul cancro, soprattutto per quanto riguarda le applicazioni della genetica, e della biomedicina in generale e della immunologia. In questa strategia, tre temi sembrano essere in primo piano: il ruolo dei geni nella diagnosi e nella terapia delle neoplasie, la possibilità di analizzare l'individuo secondo le caratteristiche biologiche ed immunologiche personali e sostanzialmente irripetibili e negli ultimi anni le infezioni genitali, specie quelle da *Human Papilloma Virus (HPV)*, responsabili, secondo l'OMS, della maggior parte dei carcinomi cervicali.

A questo proposito, si ricorda che la recente introduzione della vaccinazione anti *HPV* (Tipi 6, 11, 16 e 18), per ora ammessa, dalle Linee-guida dell'OMS, solo nelle preadolescenti dal compimento degli 11 anni fino al compimento dei 12 anni, nella prevenzione del carcinoma della cervice dovrebbe, in futuro, essere in grado di indurre un'elevata protezione prima di un eventuale contagio.

Nel nostro Paese, nonostante gli sforzi compiuti da Tesouro, Tortora e tanti altri, nell'ambito delle reti assistenziali universitarie, ospedaliere e consultoriali, afferenti al Servizio Sanitario Nazionale, il carcinoma della cervice resta ancora un grave problema sanitario, con circa 3.500 nuovi casi e 1000 decessi per anno. Infatti, in Italia, secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale Screening, l'adesione ai programmi organizzati di screening della cervice, anche se è andata man mano aumentando, dal 16% nel 1998 al 38% nel 2004, resta inadeguata e lontana dal target dell'85%, raccomandato dalle Linee-guida Europee e dalla Commissione Oncologica Nazionale.

Comunque, grazie all'opera costante e febbrile di Papanicolau, la citodiagnostica ha trovato una sua giusta collocazione nella diagnostica ginecologica oncologica moderna, di modo che il suo insegnamento ed il suo esempio hanno trovato l'humus adatto, in tantissimi allievi sparsi in tutto il mondo, contribuendo a salvare la vita a milioni di donne.⁽⁸⁸⁾

TESAURO E LA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA GINECOLOGICA

Nel campo della diagnostica delle malattie della sfera genitale femminile, Tesauro sottolineava l'importanza fondamentale dell'osservazione clinica, integrata da alcune tecniche radiologiche, nella visualizzazione degli organi pelvici, sia come controllo che come documentazione diagnostica, sia quando, peraltro, le condizioni locali ostacolavano la precisa osservazione dello stato degli organi e impedivano di giungere ad una esatta diagnosi.

Egli presentò un'aggiornata relazione sulla "*Exploration radiologica en gynecologia*" nella relazione, svolta presso la II Cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Madrid il 15 aprile 1964.⁽⁸⁸⁾

Tesauro presentò una propria casistica, completa e puntuale, delle possibilità diagnostiche della radiologia in ginecologia, frutto sempre della stretta collaborazione tra il ginecologo ed il radiologo, così come avveniva presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica di S. Andrea delle Dame di Napoli. Ricordando gli insegnamenti di Douay sull'importante ruolo della insufflazione tubarica e della isterosalpingografia, Tesauro espose alcune immagini suggestive di esami clinici diretti e con l'introduzione di sostanze radioopache nell'utero e nelle tube, per evidenziare il contorno delle pareti cavitari, integrata dall'introduzione di un gas nel peritoneo, per via transaddominale o intratubarica (Figg. 137, 138).

Nonostante che l'ecografia non fosse ancora stata introdotta, come metodica diagnostica in Europa, la Ginecografia, la Colpografia, la Isterosalpingografia, la Cervicoisterografia e la Pelvigrafia, la Pneumopelvigrafia, l'associazione simultanea di isterosalpingografia e della pneumopelvigrafia, permettevano ad un occhio esperto lo studio non solo morfologico e funzionale, ma anche l'identificazione di quadri infiammatori e tumorali, benigni e maligni degli orga-

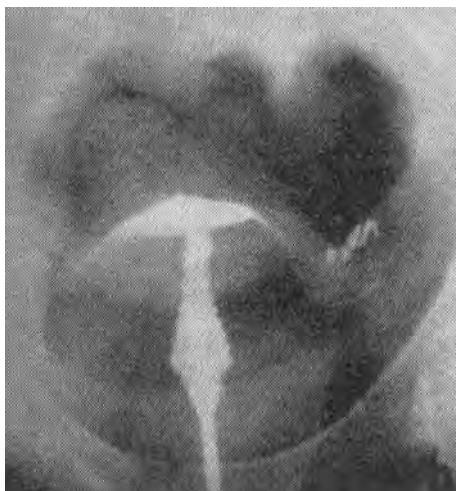


Fig. 137 - Isterosalpingografia.⁽⁸⁸⁾

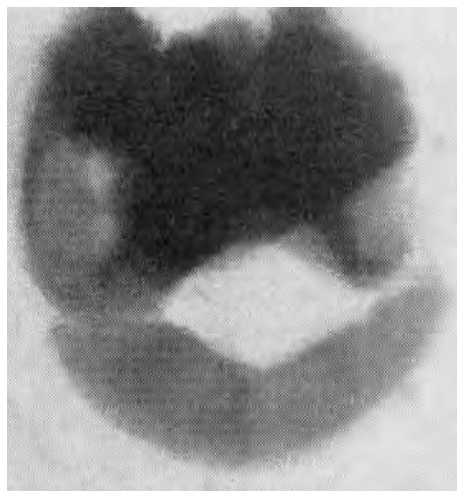


Fig. 138 - Pneumopelvigrafia.⁽⁸⁸⁾

ni genitali femminili. Queste metodiche diagnostiche avevano incontrato, presso la clinica Ostetrica e Ginecologica di Napoli, un vasto campo di applicazione ed in perfetta sicurezza.

Il tocco finale viene ancora una volta scolpito dal Maestro, mai chiuso nella sua raffinata preparazione di abile diagnosta, quando, dalla comparazione diretta tra le immagini pneumopelvigrafiche e le immagini ottenute nel corso di celioscopia, concludeva che, tra le due tecniche è l'uso del laparoscopio, che permette di ottenere immagini più significative. L'associazione della celioscopia e della pneumopelvigrafia permetteva di ridurre, tuttavia, le eventualità di errori di interpretazione e di dirigere l'attenzione verso diagnosi più precise, in un gran numero di casi, con possibilità di effettuare e identificare percorsi, sempre più adeguati per la terapia e per la prognosi.

Ancora una volta Tesauro guardava molto lontano, preconizzando già gli straordinari successi della celiochirurgia nella diagnostica e nella terapia, in chirurgia generale e specialistica, specialmente ginecologica.⁽⁸⁸⁾

LA PRODUZIONE SCIENTIFICA E GLI SCRITTI IN ONORE DI TESAURO PER IL XXV ANNO DI INSEGNAMENTO

Durante i mesi di studio del materiale bibliografico raccolto per poter elaborare questa monografia, ho avuto l'onore ed il privilegio di esaminare una corposa documentazione riguardante la produzione scientifica, didattica e assistenziale del Maestro, gentilmente fornitami dal figlio, professore Paolo Tesauro, che gelosamente la custodisce.

Le oltre 300 pubblicazioni meticolosamente raccolte in quattro faldoni, inventariate e numerate personalmente da Tesauro e dalla Signora Maria, dagli inizi della vita accademica fino agli ultimi giorni, hanno rappresentato per me una fonte preziosa di informazioni per conoscere, in via diretta, i contenuti delle ricerche scientifiche, dei vari programmi e delle iniziative del Maestro e dei componenti della Scuola napoletana di Ostetricia e Ginecologia (Fig. 139).

Non è possibile un esame completo delle opere di Tesauro, che testimoniano il poderoso e geniale contributo portato alle Scienze mediche da Lui e dalla sua Scuola e che sono ora raccolti anche in volumi di trattati, in monografie ed in pubblicazioni varie, in periodici, dei quali fu assiduo e, spesso, battagliero collaboratore.

Numerosi Ricercatori italiani ed esteri hanno espresso in molte occasioni un giudizio estremamente favorevole sull'attività scientifica del Maestro e della sua Scuola, riconoscendo l'altissima qualità delle ricerche e il particolare pregio con cui erano stati esposti i risultati conseguiti, sia nell'ambito della scienza fondamentale, legata alla conoscenza di base, che della scienza applicata allo



Fig. 139 - Produzione scientifica del professore Giuseppe Tesauro.

specifico settore scientifico-disciplinare.

Inoltre, in maniera inusuale per l'epoca, molti articoli erano stati pubblicati su prestigiose riviste internazionali in francese, in inglese, tedesco e spagnolo, mentre l'«*Archivio di Ostetricia e Ginecologia*» di Napoli, di cui Tesauro era Direttore, era una rivista molto ambita ed apprezzata e per questo presente in moltissime biblioteche italiane e straniere.

Nel 1962, la Scuola Napoletana volle organizzare i festeggiamenti per il XXV anno di insegnamento del professore Tesauro, curando la pubblicazione di 261 elaborati dedicati al Maestro, editi in due eleganti volumi⁽⁶⁰⁾ (Fig. 140).

Illustri professori, di varie sedi universitarie italiane e componenti della Scuola Napoletana, vollero inviare il loro contributo personale agli organizzatori, per testimoniare la loro stima ed il loro apprezzamento per l'attività svolta dal Maestro Tesauro, in tutti quegli anni, nei compiti istituzionali, non solo didattici, ma anche scientifici ed assistenziali.

Tra essi ne ricordo alcuni: Giovanni Adinolfi (Caserta); Cesare Andreoli (Vercelli); Luigi Auricchio (Napoli); Vito Maria Buscaino (Napoli); Scipione Caccuri (Napoli); Luigi Califano (Napoli); Francesco Cedrangolo (Napoli); Giovanni Ciardi Dupré (Napoli); Franco Crainz (Novara); Carmine Cutinelli (Na-



Fig. 140 - Scritti in onore del professore Giuseppe Tesaro.

poli); Vittorio Danesino (Napoli); Ettore Debiasi (Genova); Giuseppe Delle Piane (Torino); Ferdinando de Ritis (Napoli); Giosuè Giardino (Napoli); Wladimiro Ingiulla (Firenze); Gastone Lambertini (Roma); Antonio Lanzara (Napoli); Vito A. Longo (Napoli); Massimo Macciotta (Modena); Flaviano Magrassi (Napoli); Mario Serafino Massazza (Milano); Eugenio Maurizio (Roma); Mario Mazzeo (Napoli); Antonio Merlino (Salerno); Nicola Misasi (Napoli); Vincenzo Monaldi (Napoli); Ugo Montemagno (Napoli); Espedito Moracci (Pavia); Giuseppe Motta (Messina); Giulio Murano (Napoli); Giuseppe Muscettola (Napoli); Al-

fredo Paladini (Napoli); Vincenzo M. Palmieri (Napoli); Italo Panella (Catania); Giuseppe Pescetto (Sassari); Guido Maria Piccinini (Napoli); Pietro Quinto (Bologna); Gaetano Salvatore (Napoli); Armando Santoni (Napoli); Ettore Ruggieri (Napoli); Pompeo Spoto (Siena); Mario Tortora (Ferrara); Nicola Vaglio (Perugia); Giuseppe Valle (Bari); Giuseppe Vecchietti (Padova); Pietro Verga (Napoli); Giuseppe Zannini (Napoli).

Inoltre, molti Ginecologi stranieri, di fama mondiale, vollero, con entusiasmo, contribuire alla buona riuscita di questo importante anniversario, inviando i risultati delle loro interessanti ricerche realizzate in numerosi Paesi di vari continenti. Tra i tanti figurano molti nomi che hanno lasciato un segno indelebile nella storia della Ostetricia e della Ginecologia mondiale come: Clarice do Amaral Ferreira, Rio de Janeiro (Brasil); Isidor Alfred Amreich, Wien (Oesterreich); Servando O. Arellano, Manila (Philippines); Joseph G. Asherman, Tel Aviv (Israel); Frans Johan J. van Assen, Rotterdam (Nederland); Clau-

de Bèclère, Paris (France); Boris Belonoschkin, Farsta (Sverig); Joseph Bieniarz, Montevideo (Uruguay); Alexander Brunschwig, New York city (USA); Epica Burghardt, Graz (Oesterreich); Roberto Caldeyro-Barcia, Montevideo (Uruguay); George W. Corner Philadelphia, (USA); Marcel Dargent, Lyon (France); Pierre Florent Denoix, Villejuif (France); Santiago Dexeus, Barcelona (España); Gustav Doderlein, Jena (Deutschland); Martin Walter Donner, Maryland (USA); Eugène Douay, Paris (France); Sándor Ferkó, Budapest (Ungarian); Paul Funck-Brentano, Paris (France); Jacob Pearl Greenhill, Chicago (USA); I. Jordania, Georgia (URSS); Gerhardus Hellinga, Amsterdam (Nederland); G. Huggett, London (Great Britain); Gerrit Jan Kloosterman, Amsterdam (Nederland); H. L. Kottmeier, Stockholm (Sverige); Heinrich Martius, Göttingen (Deutschland); Pierre Mauvais-Jarvis, Paris (France); Carlos Méndez-Bauer, Montevideo (Uruguay); René Moricard, Paris (France); Edmundo G. Murray, Buenos Aires (Argentina); Frank Novak, Ljubljana (Jugoslavija); Antonín Novotný, Praha (Czechoslovakia); L.S.; L.S. Persianinov, Mosca (URSS); Juan José Poseiro, Montevideo (Uruguay); Elizabeth M. Ramsey, Baltimore (USA); Samuel R. M. Reynolds, Chicago (USA); Claude Sureau, Paris (France); Manuel Usandizaga, Barcelona (España); Jacques Varangot, Paris (France); Pierre Hubert de Watteville, Genève (Suisse); Imre Zoltán, Budapest (Ungarian); Bernhard Zondek, Jerusalem (Israel) e molti altri.⁽²¹⁾

TESAURO E LA TELEVISIONE A CIRCUITO CHIUSO NELL'INSEGNAMENTO DELLA GINECOLOGIA ED OSTETRICA

Il Bollettino dell'Università di novembre-gennaio 1955-56 aveva pubblicato che l'inizio del Corso ufficiale di Clinica Ostetrica e Ginecologica a Napoli, era coinciso con un avvenimento, che segnava un'epoca nuova nel campo dell'insegnamento. Il professore Tesauro aveva voluto presentare, nella sua prima lezione dell'anno accademico 1955-56, il modernissimo impianto di televisione, di cui era stata dotata, per scopi didattici, la Clinica Ostetrica e Ginecologica (Fig. 141).

Alla cerimonia erano presenti il Magnifico Rettore professore Pontieri, S.E. Giordani, Presidente del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, il Preside della Facoltà di Medicina professore Verga, il professore Carelli, Direttore dell'Istituto di Fisica e Presidente della Radiotelevisione italiana, il professore Colamonico, Preside della Facoltà di Lettere ed un folto gruppo di autorevoli rappresentanti del corpo accademico (Fig. 142).

Il Magnifico Rettore illustrò, con elevati concetti, gli scopi che avevano guidato l'installazione dell'apparecchiatura televisiva della Clinica Ostetrica, esortando i giovani a fare tesoro delle possibilità che questo nuovo mezzo didattico offriva, aprendo più vasti orizzonti all'insegnamento dei delicati procedimenti, inerenti al parto ed alle tecniche operatorie ginecologiche. Il professore Tesauro accennò al grande vantaggio di assistere, in gran numero, attraverso la TV, a quegli interventi, la cui visione, per le particolari esigenze del campo operatorio, era di solito riservata a pochi, illustrando, altresì, il caso cli-

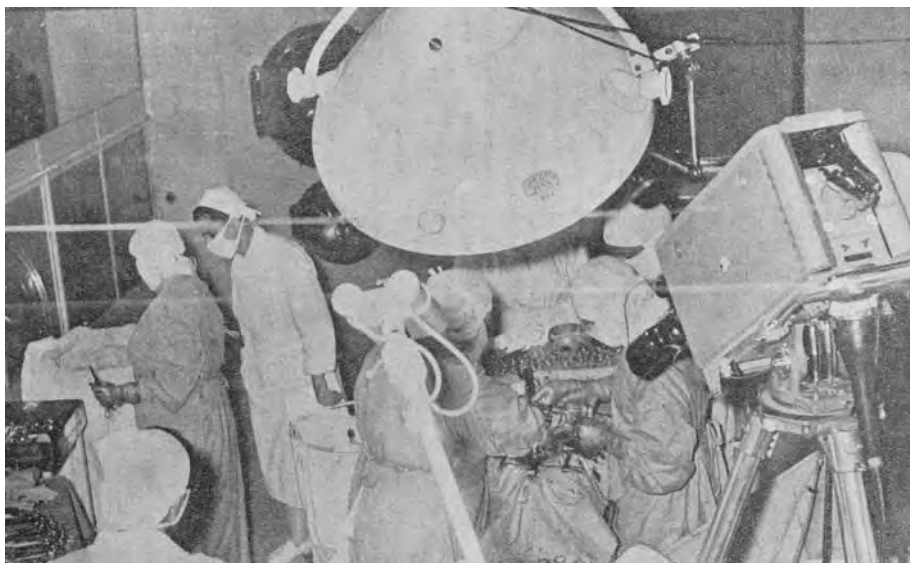


Fig. 141 - Novembre 1955. La sala operatoria della Clinica Ostetrica e Ginecologica di Napoli durante l'intervento trasmesso per televisione. In primo piano a destra la telecamera per la ripresa televisiva.



Fig. 142 - Novembre 1955. L'aula della Clinica Ostetrica e Ginecologica durante l'inaugurazione dell'impianto televisivo. In prima fila, da sinistra a destra: il Magnifico Rettore, professore Pontieri, il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, professore Verga, il Preside della Facoltà di Lettere, professore Colamonico, il Presidente del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione e il Comm. Claverini, rappresentante della stampa.

nico di una paziente che doveva essere sottoposta ad isterectomia, per via laparotomica.

Il Bollettino dell'Università degli Studi di Napoli riporta che, quando sullo schermo era apparso il campo operatorio e si vedeva in diretta, per la prima volta in Italia e forse in Europa, in un'aula universitaria, il bisturi incidere la cute dell'addome della paziente, gli allievi ebbero la gradita sorpresa di ascoltare, attraverso un perfetto sistema audio, la voce del loro Maestro, il quale, con facile terminologia, spiegava le varie fasi dell'intervento. Vi era una atmosfera di tensione e di drammatica attenzione, propria di una sala operatoria.

L'impianto di cui era dotata la Clinica Ostetrica era il più moderno e funzionale sistema videodidattico: la camera da ripresa televisiva, dello stesso tipo di quelle usate nelle riprese negli studi, era dotata di una serie di obiettivi (lo zoom ottico o elettronico non era stato ancora inventato) di diversa lunghezza focale, montati su di una torretta girevole, che permettevano di passare velocemente dalle visioni di insieme alla dimostrazione dei più piccoli particolari.

La telecamera, dotata di un tubo speciale Image Orthicon, permetteva di effettuare le riprese, con l'illuminazione comunemente usata in sala operatoria, evitava l'impiego di riflettori, e non disturbava la paziente e gli operatori. Le immagini riprese venivano convogliate su di un monitor di controllo, situato al di fuori della sala operatoria e inviate a vari televisori situati nei locali della Clinica ed alla speciale camera di proiezione, situata nell'aula, che permetteva la riproduzione delle immagini su schermo gigante.

Tutte le operazioni di controllo venivano effettuate attraverso comandi a distanza, sia per la messa a fuoco che per la chiusura ed apertura degli obiettivi. La ripresa televisiva ed il controllo venivano effettuati da assistenti della clinica diligentemente addestrati allo scopo, evitando l'ingresso di estranei nel teatro operatorio.

L'assistente alla camera di controllo era collegato, telefonicamente, con l'aula, per ricevere in diretta, informazioni sulle caratteristiche delle immagini e sul funzionamento del sistema audio.

Quando, terminato l'intervento, il professore Tesauro ritornò in aula, ancora vestito con il camice di sala operatoria di colore azzurro, per le esigenze della ripresa, gli studenti gli tributarono una calorosa dimostrazione di affetto e di riconoscenza.

Il Rettore volle esprimere la sua profonda ammirazione e la sua grande sod-

disfazione per la dimostrazione a cui aveva assistito, affermando che: *“Si tratta di una realizzazione che annulla ogni barriera, che poteva ancora esistere tra lo studente ed il Maestro. Mi sono sentito attraverso lo schermo televisivo al fianco dello stesso operatore, mentre si svolgevano le varie fasi dell'intervento, ed ho partecipato da vicino all'immensa drammaticità del momento ed alla tensione dell'uomo, che col bisturi risanatore era tutto proteso al benessere della paziente”*.⁽⁸⁹⁾

Si era chiusa così la prima lezione televisiva del Corso di Clinica Ostetrica e Ginecologica che, con il nuovo mezzo didattico inaugurato, costituiva, per tutti coloro che erano desiderosi di apprendere la difficile arte dell'Ostetricia e della Chirurgia ginecologica, non solo una grande promessa, ma soprattutto la garanzia di un insegnamento, fatto di immagini vive, destinate ad imprimersi nelle menti, per non essere più dimenticate.

Il professore Paride Stefanini, Ordinario di Chirurgia Generale dell'Università *“La Sapienza”* di Roma, solo nel 1960, avrebbe trasmesso per la prima volta un intervento chirurgico, in diretta dalla sala operatoria, utilizzando un circuito interno televisivo.

Come spesso mi riferiva il professore Paladini, le riprese televisive continuarono negli anni successivi sempre agevolate dal professore Tesauro e che, poiché non vi era la disponibilità di tecnici, il professore Enzo Martella, con altri giovani volenterosi assistenti, facevano funzionare l'impianto.

Nel 1965, Tesauro presentò a Parigi al *“Palais de la Découverte”* la relazione su *“La Télévision en circuit fermé dans l'enseignement des facultés de Médecine”*⁽⁹⁰⁾. In essa, precorrendo ancora una volta i tempi, vengono descritti gli aspetti peculiari e più efficaci dell'insegnamento in diretta, rispetto alla cinematografia, che mostrava immagini in differita.⁽⁹¹⁾ Da un confronto tra vari gruppi di allievi, Tesauro riportò che le reazioni emotive e la partecipazione in caso di utilizzo della videodidattica erano di gran lunga superiori e più attive rispetto alle altre forme di insegnamento e ai film.⁽⁹²⁾

Il miglior rendimento della didattica mediante TV era probabilmente dovuto al senso di novità, perché suscitava un interesse più attivo: la percezione dell'immediatezza aumentava la disposizione ad apprendere, una caratteristica della mentalità dei Paesi più industrializzati, desiderosi di orientarsi verso una direzione giusta e condivisa. Rappresentando il progresso, la TV costituiva uno stimolo più efficace all'apprendimento.

In una pubblicazione del 1954 sull'importanza didattica del mezzo audio-

visivo, Tesauro applicò il “*Cono di Esperienza*”, una rappresentazione grafica dei metodi di apprendimento, che confermava la superiorità della televisione in rapporto al film e alla lezione tradizionale, onde favorire l’acquisizione mentale di un avvenimento o l’idea di un oggetto.⁽⁹³⁾

La televisione, a circuito interno, non implicava necessariamente nella sua organizzazione i principi di apprendere senza errori (errorless learning), né quelli dell’insegnamento lineare (linear teaching), che facevano dell’istruzione programmata uno strumento di informazione piuttosto che di formazione.

D’altronde, la televisione a circuito chiuso implicava una trasformazione fondamentale nel ruolo stesso dei docenti, per l’intensificarsi della loro funzione formativa, in quanto dovevano non solo dire e mostrare, ma incoraggiare, consigliare, chiarire le strategie personali per apprendere, riconoscere e favorire la creatività.

Tesauro ribadì i punti di forza della videodidattica: la immediatezza e la contemporaneità dell’evento, l’ingrandimento su schermo gigante, che permetteva di apprezzare al meglio i dettagli anatomici, la possibilità di trasmettere in diretta anche ad un gran numero di studenti, tenuto conto dell’affollamento delle aule universitarie, la possibilità di colpire gli studenti con quei particolari stimoli emotivi, più appropriati ed efficaci, che possono determinare un rapporto positivo con l’insegnamento.⁽⁹⁴⁾

A Parigi, Tesauro, con grande soddisfazione, descrisse tutte le caratteristiche strutturali e tecniche dell’impianto a circuito interno televisivo tra la sala parto, la sala operatoria e l’Aula, utilizzato nella Clinica Ostetrica di Napoli. Egli concluse che la lunga e corposa relazione presentata era frutto di un’esperienza maturata nell’arco di dieci anni di utilizzo della televisione come mezzo ausiliario didattico, nell’insegnamento clinico-chirurgico della Ginecologia ed Ostetricia, esperienza che aveva dimostrato di essere senza alcun dubbio positiva, nonostante le risorse limitate messe a disposizione.

Tesauro all’epoca della sua Presidenza della FIGO, dal 1963 al 1967, pubblicò ripetutamente i risultati entusiasmanti sulla videodidattica sul “*Journal of the International Federation of Gynecology and Obstetrics*”.

Ricordo la mia prima esperienza all’interno della sala operatoria e del set di ripresa, dopo qualche mese dal mio ingresso in Clinica Ostetrica. In quel giorno di ottobre del 1968, poche settimane prima del passaggio nel “fuori ruolo” del professore Tesauro, vi era una grande animazione nel complesso ope-

ratorio della Clinica Ostetrica.

Oggi siamo quasi abituati alle riprese televisive, ma allora faceva un certo effetto osservare, da vicino, il lavoro dei tecnici che permettevano il collegamento tra la sala operatoria e l'Aula grande della Clinica Ostetrica di S. Andrea delle Dame, per poter effettuare, per la prima volta a Napoli, la ripresa televisiva, a colori, dei vari tempi di una seduta operatoria (Fig. 143).

Ricordo con emozione che il professore Tesauro indossò il camice e i guanti sterili, che in quella atmosfera surreale sembravano paludamenti ieratici, mentre la maschera di garza, che gli ricopriva integralmente la testa, metteva ancor più in evidenza gli occhi penetranti e profondi del vecchio saggio, che vedeva sempre lontano (Fig. 144).

Quando fu tutto pronto, la teletrasmissione permise, sui monitor e sullo schermo gigante, presente nell'Aula, la comparsa di splendide immagini a colori, mai viste prima. Si trattava di un'isterectomia allargata, secondo Ernst Wertheim (1864-1920): il professore illustrava in diretta i vari tempi, mentre con mano sicura isolava i vari tessuti e strutture, che apparivano ingranditi, nei loro colori reali e non disegnati, anche se, mirabilmente, come ai tempi di Douay a Parigi. Ricordo che, al tempo della forcipressura delle arterie uterine, Tesauro invitava, come al solito in modo pacato e gentile, la ferrista a passargli la pin-

za di Faure, allungando il tempo della pronuncia del dittongo, forse per ricordare il suo primo Maestro di Chirurgia e per sottolineare la estrema delicatezza del momento operatorio.

L'Aula grande era gremita: moltissimi professori delle altre discipline chirurgiche e mediche, gli Aiuti, gli Assistenti, e gli Specializzandi della Clinica Ostetrica parteciparono alla seduta operatoria in diretta, forse non del tutto consapevoli che stavano assistendo ad un evento epo-

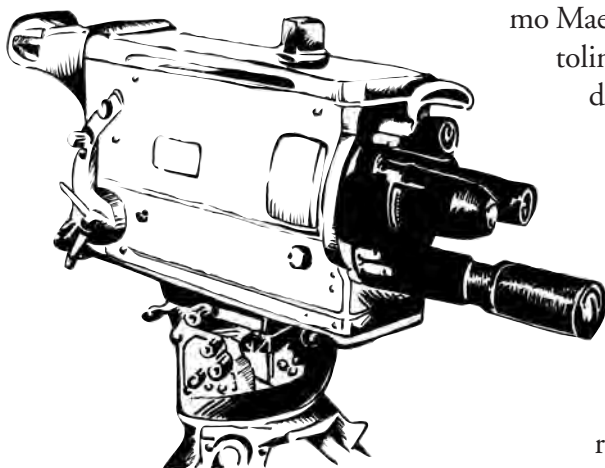


Fig. 143

cale, che avrebbe aperto una nuova frontiera nel campo della Teledidattica, specialmente se realizzata con apparecchiature ad alta risoluzione e per di più a colori.

Dopo pochi anni, l'apprendimento e la formazione a distanza (*e-learning*), mediante le autostrade telematiche di Internet, avrebbero favorito la creazione di aule virtuali, in cui studenti collegati da posti diversi e lontani, seguono la lezione del docente, collegato in teleconferenza, con l'utilizzo anche di supporti didattici integrativi, come registrazioni audiovisive e trasmissioni televisive in diretta o in differita, con programmi dedicati, per esempio, alla formazione medica ed alla robotica chirurgica.

Ancora una volta Tesauro aveva mostrato alla comunità scientifica ed accademica, la sua lungimiranza nell'utilizzo di impianti ed apparecchiature più perfezionate ed all'avanguardia, soprattutto per la didattica, mediante la televisione a colori, che avrebbe permesso, indubbiamente, un ulteriore progresso, tutto a vantaggio dei giovani, veramente desiderosi di apprendere e di fissare nella mente, con vivida immediatezza, le immagini di una particolare tecnica operatoria o delle modalità di assistenza al parto.



Fig. 144 - Giuseppe Tesauro in sala operatoria.

L'INCONTRO CON GIUSEPPE MOSCATI

Tesauro, prima ancora di scegliere la disciplina in cui eccelse, costruì le basi della sua formazione medica e morale nei sette anni che trascorse, da studente e da neolaureato, nell'istituto di Fisiologia Umana, diretto dal professore Giuseppe Albini ed in seguito dal professore Filippo Bottazzi. L'Istituto di Fisiologia, attualmente occupata dalla II Università di Napoli, si trova nell'angolo Nord del complesso Sant'Andrea delle Dame, a pochi metri dalla Chiesa di Sant'Aniello a Caponapoli, edificata sulle vestigia del tempio, sembra, di Demetra sulla sommità dell'acropoli greco-romana. Egli ebbe la fortuna di incontrare uno dei più attivi collaboratori del Bottazzi, Giuseppe Moscati, dal quale apprese la metodologia e l'impostazione della ricerca, l'arte di condurre un accurato studio sull'ammalato, e innanzitutto il rispetto e l'amore verso la persona sofferente, in quanto immagine di Cristo (Fig. 145).

L'incontro con Moscati (Fig. 146), l'averne apprezzato le doti certamente non comuni, la sincerità delle sue convinzioni e la sua coerenza di vita furono determinanti per la formazione etica, morale, culturale e scientifica di Giuseppe Tesauro.



Fig. 145 - Giuseppe Moscati (1880-1927).

Ma le vite di san Giuseppe Moscati – il medico santo di Napoli – e di Tesauro si incrociarono anche per un avvenimento prodigioso ed inspiegabile, che mi è stato raccontato recentemente. Il 12 aprile 1927, martedì santo, il professore Moscati, dopo aver partecipato, come ogni giorno, alla Messa e aver ricevuto la comunione, trascorse la mattinata nell'Ospedale Incurabili di Napoli. Tornando a casa in-



Fig. 146 - Il professore Filippo Bottazzi con gli Allievi (anno accademico 1922-23).

contrò durante il tragitto la Signora Antonietta Tesauro, nata Ranucci, madre di Giuseppe e la invitò ad andare a casa Moscati nel pomeriggio in quanto sua sorella, Nina Moscati, “*avrebbe sicuramente avuto bisogno di lei*”. Verso le ore 15 Moscati cominciò a sentirsi male, si adagiò sulla poltrona, e poco dopo incrociò le braccia sul petto e spirò serenamente. Aveva 46 anni e 8 mesi. Era probabilmente quello che aveva previsto fin dalla mattina il Santo Moscati?

Tesauro scrisse “*il bene più grande che ci ha dato Giuseppe Moscati, è stata la dimostrazione continua della sua concezione del dovere di una “Missione sublime” nella vita del Medico insegnata con la parola, con la genialità della sua dottrina e soprattutto con l’esempio di umiltà, non soltanto a noi, che avemmo l’immensa fortuna di essere suoi allievi diretti, ma anche a quanti lo avvicinarono, sia pure per brevi istanti*”.

Tesauro fu sempre legato alla memoria del suo Maestro di Vita e di Scienza e, riconoscendone l’eccezionale personalità e l’eroismo della sua semplice

vita, si fece promotore di una lettera postulatoria al Santo Padre, Pio XII, per sollecitare la conclusione del processo di beatificazione, lettera che fu sottoscritta da altri 13 professori Ordinari della Facoltà medica.

Nonostante il peso degli anni e sotto una pioggia torrenziale, Tesauro partecipò il 16 novembre del 1975 alla solenne beatificazione del Moscati, proclamata da Paolo VI sul sagrato della Basilica S. Pietro.

Egli fu uno dei periti delle commissioni incaricate per la ricognizione dei resti del corpo di Moscati e per lo studio del caso clinico riconosciuto come miracolo, dovuto all'intercessione di Giuseppe Moscati.

Tesauro, per grande rispetto e sentita devozione, volle portare sulle spalle l'urna di bronzo con i resti del Santo, che fu definitivamente tumulato in una Cappella della Chiesa del Gesù Nuovo di Napoli, ricordando forse quanto aveva affermato Moscati in occasione della dedicazione di un busto a Giovanni Paladino nel cimitero di Poggioreale: *“Il bisogno di eternare nel marmo e nel bronzo le grandi figure scompare, e celebrarne l'opera, sta a dimostrare che il pensiero e lo spirito umano sono eterni. Sotto ogni croce e ogni stele di questo cimitero, ove pare che non rinserrino che mucchi di ossa informi e di polveri, c'è il ricordo di un cuore che visse d'infinito amore e soffrì un immenso dolore: c'è la sede di uno spirito che non può essere estinto”*.

Tesauro è stato forse l'unico allievo, che ha avuto l'immensa gioia di vivere la canonizzazione del suo Maestro. Egli era costantemente ispirato dai pensieri del Santo. Moscati affermava: *“Il medico si trova in una posizione di privilegio, perché si trova spesso a cospetto di anime che, malgrado i loro passati errori, stanno lì per capitolare e far ritorno ai principi ereditati dagli avi, stanno lì ansiose di trovare un conforto, assillate dal dolore. Beato quel medico che sa comprendere il mistero di questi cuori e infiammarli di nuovo. Ma è indubitato che la vera perfezione non può trovarsi, se non estraniandosi dalle cose del mondo, servendo Iddio con un continuo amore, e servendo le anime dei propri fratelli, con la preghiera, con l'esempio, per un grande scopo, per l'unico scopo che è la loro salvezza”* (da una lettera al dott. Antonio Nastri di Amalfi, 8 marzo 1925).

Moscati, pur essendo uno scienziato di prim'ordine, riteneva che non esistevano contrasti tra la fede e la scienza: come ricercatore era al servizio della verità e la verità non è mai in contraddizione con se stessa né, tanto meno, con ciò che la Verità eterna ci ha rivelato.⁽⁹⁵⁾

Paolo VI, che Lo ha beatificato il 16 novembre 1975, affermò: *“È un me-*

dico che ha fatto della professione una palestra di apostolato e una missione di carità. È un professore di Università che ha lasciato tra i suoi alunni una scia di profonda ammirazione. È uno scienziato di alta scuola, noto per suoi contributi scientifici di livello internazionale, per le pubblicazioni e i viaggi, per le diagnosi illuminate e sicure, per gli interventi arditi e precorritori”.

In una nota “Ricordo di Moscati” pubblicata sull’Osservatore Romano il 16 novembre 1975 in occasione della Beatificazione, Tesauro ricordò che nell’ambiente severo dell’Istituto di Fisiologia diretto dal Maestro Bottazzi, la personalità di Moscati aveva un aspetto del tutto particolare: il suo prestigio, pur essendo egli *soltanto* l’assistente più anziano, era tale che le sue indicazioni venivano subito accettate da tutti. Vi era fin da allora come *un’aureola speciale* intorno alla sua persona, un senso di spontaneo rispetto, per il quale nessuno osava dubitare di una sua parola o modificare una sua proposta, ma, invece, tutti chiedevano il suo consiglio e attendevano la soluzione delle loro preoccupazioni. Egli aveva dimostrato al giovane Tesauro, come a tutti quelli che gli erano accanto, una benevolenza spontanea ed affettuosa, che sembrava sorgesse dal nulla, perché era una delle doti intrinseche del suo carattere. Egli non concepiva la gelosia, tanto comune nei ricercatori, e comunicava apertamente le sue idee e i suoi progetti sperimentali, frutto della sua genialità, del suo studio e della sua meditazione, con una generosità illimitata.

La sua dedizione al lavoro e allo studio creava sempre motivi di interesse intorno a lui. Infatti, Tesauro e gli altri giovani colleghi seguivano Moscati dall’Istituto al reparto ospedaliero, alle lezioni cliniche del pomeriggio, al teatro anatomico del complesso monastico di Santa Patrizia in Via Luciani Armanni, dove, esempio unico tra gli insegnanti di Medicina interna, faceva lui stesso le autopsie dei pazienti deceduti nel reparto, per cercare le modalità di evoluzione della malattia, che aveva determinato la morte, e per trarne motivo di apprendimento e di studio.

Spesso i giovani assistenti lo seguivano a casa di pazienti per le sue consultazioni, favorendo in tal modo legami sempre più intimi e familiari. Egli ascoltava con attenzione gli allievi e li consigliava, moderava i loro impulsi e li guidava con la sua saggezza. Spesso si recava a casa degli allievi per curare affettuosamente i loro familiari, sempre senza alcun compenso. Tesauro ricordò che, in uno dei momenti più difficili della sua vita, lo vide arrivare a casa, ad offrirgli il suo aiuto: egli riconobbe che non aveva mai saputo come avesse fat-

to a intuire la particolare condizione di angoscia di quel momento.

Considerava la sua attività professionale un apostolato e non un lavoro retribuito: assisteva tutti e non solo non chiedeva, ma non accettava nulla, inventandosi magari pretesti occasionali per il rifiuto degli onorari.

Egli possedeva un eccezionale intuito clinico, che gli permetteva di formulare con sicurezza le diagnosi più precoci e più ardite e di indicare le terapie più appropriate, che davano esiti brillanti e memorabili. Ma il bene più grande che ha dato e che rappresenta la sintesi intrinseca di quanto ha lasciato, è stata la dimostrazione continua della sua concezione del dovere di una *missione sublime* nella vita del medico, insegnata non solo con la parola, con la genialità della dottrina, ricca di intuizione quasi sovrannaturale, ma con l'esempio di umiltà dimostrata non solo agli allievi, ma a tutti coloro che lo avvicinavano anche per brevi istanti (Figg. 147, 148).

Giovanni Paolo II, che ha canonizzato Moscati il 25 ottobre 1987, riba-



Fig. 147 - 16 novembre 1977. I professori G. Tesauero, G. Bossa, F. D'Onofrio e G. D'Ambrosio e tanti altri, in occasione della traslazione delle reliquie del professore Moscati.

dì: *“L'uomo che oggi invocheremo come Santo della Chiesa universale, si presenta a noi come un'attuazione concreta dell'ideale del cristiano laico. Giuseppe Moscati, Medico Primario ospedaliero, insigne Ricercatore e Docente universitario di Fisiologia umana e di Chimica fisiologica, visse i suoi molteplici compiti con tutto l'impegno e la serietà che l'esercizio di queste delicate professioni laicali richiede. Da questo punto di vista il Moscati costituisce un esempio non soltanto da ammirare, ma da imitare, soprattutto da parte degli operatori sanitari..., egli si pone come esempio anche per chi non condivide la sua fede”.*

In quel giorno di festa, Tesauro, dinanzi ad una folla di 100.000 persone, volle essere partecipe alla solenne cerimonia della canonizzazione. In quell'occasione ebbe una udienza privata con Giovanni Paolo II, alla presenza del Cardinale Giordano, Arcivescovo di Napoli, insieme al figlio professore Be-



Fig. 148 - 16 novembre 1977. Cinquantenario della morte. Cerimonia della ricognizione canonica e traslazione delle reliquie del professore Moscati nella Cappella della Visitazione della Chiesa del Gesù Nuovo di Napoli.

niamino Tesauro, professore emerito di Chirurgia dell'Università di Napoli Federico II (Fig. 149).

A proposito della procreazione, il padre Alfredo Marranzini riportò alcune affermazioni di Moscati su questo tema molto delicato. Con l'avvento del fascismo si era determinato un movimento per proteggere la razza umana dalla decadenza, promuovendo il mantenimento della specie costituita soltanto da individui sani. Il Segretariato per la moralità, istituito presso la Giunta diocesana dell'Azione Cattolica di Napoli, curò nel 1925 la pubblicazione di un volumetto dal titolo *"L'eugenica"*, nella cui prima parte il padre Giuseppe De Giovanni espone i principi morali cattolici al riguardo, e nella seconda il professore Mazzeo gli aspetti scientifici. Moscati accettò di stendere la prefazione scientifica, colma di sensibilità e profonda adesione ai valori della vita.

Alcuni eugenisti, per salvaguardare la razza umana dalla decadenza, suggerivano mezzi lesivi della libertà o delle leggi biologiche, e quindi dell'etica.



Fig. 149 - S.S. Giovanni Paolo II, S.E. Cardinale Michele Giordano, già Arcivescovo di Napoli, con Giuseppe Tesauro ed il figlio Beniamino (Roma, in occasione della canonizzazione di Giuseppe Moscati il 25 ottobre 1987).

Moscato condannò la sterilizzazione, le pratiche malthusiane e le norme contro la libera contrazione del matrimonio. Egli faceva molto più affidamento sulle sapienti risorse della natura, capaci di stabilire un equilibrio eugenico secondo le leggi mendeliane, per cui sulle rovine delle *“famiglie degenerate nuovi germi producono l’eterna primavera della vita”*. Moscati invitò pertanto i legislatori a tutelare la sanità morale con una politica di elevazione dei valori religiosi e morali del popolo e di miglioramenti economici. Egli raccomandava *“agli uomini di governo di facilitare, non a limitare matrimoni, ed in età giovanissima, perché i matrimoni sono una profilassi fisica e morale; a tanto giova una politica di elevazione dei valori religiosi e morali del popolo e di miglioramenti economici. E nel fiorire di tante nascite, non bisogna scoraggiarsi; saranno soprattutto le leggi naturali a ristabilire l’equilibrio eugenetico... I cosiddetti cromosomi sanno raggrupparsi meglio di quanto non ingiungano loro gli eugenisti!”*.

Tesauro sottolineò che ogni azione, ogni singolo gesto di Moscati era costantemente informato ad una vita, pervasa di profonda umiltà, di pietà inesauribile, di bontà e di generosità, che rivestivano l’attività professionale di un aspetto non mistico, ma pratico e reale, pur rimanendo nobile e prezioso.

Alla sua morte lo rimpiansero con devozione proprio quegli uomini, donne e bambini che Moscati aveva aiutato, spogliandosi anche dei propri averi. In quella triste occasione, tutta quella gente che esclamò, tra le lacrime, che *“oggi Napoli ha perduto un grande Medico, ma i poveri hanno perso tutto”*, negli anni ha riempito di ex voto la Cappella della Chiesa del Gesù dove è sepolto.

Il professore Tesauro ricordava, a distanza di anni, che *“l’affetto e la devozione che avevo per lui vivo si sono andati cambiando in un sentimento diverso, profondo e sereno, che non riesco a classificare. Qualche cosa come la devozione ad un Santo, ad un Essere superiore. Io sento ancora il suo pensiero vigile: trovo in questo pensiero tutto il conforto di cui ho bisogno; mi sento ancora aiutato e guidato da lui! E nel dire questo non aggiungo una parola alla verità. Nel sentimento che mi lega alla sua memoria, oggi il dolore non c’entra più: è una religione forte e serena, a cui mi sento attaccato ogni giorno di più”*.

Per questi motivi gli insegnamenti di Giuseppe Moscati, con il suo esempio, costituiscono per i medici cattolici una consegna sacra da eseguire!⁽⁹⁶⁾

TESAURO E IL PROFESSORE ANTONIO CARDARELLI

Il 30 ottobre 1977 Tesauro, come ex allievo del professore Antonio Cardarelli (1832-1927), fu invitato a pronunciare, alla presenza del Ministro della Sanità, Senatore Luciano dal Falco e di un Comitato d'onore costituito da



Fig. 150 - Tesauro a Civitanova del Sannio, 30 ottobre 1977. Commemorazione del cinquantenario della morte di Antonio Cardarelli.

Senatori, Deputati, Vescovi e Docenti universitari, un discorso in occasione della cerimonia di commemorazione del cinquantenario della morte del Senatore professore Antonio Cardarelli, in Civitanova del Sannio (Fig. 150).

Antonio Cardarelli (Fig. 151) si era laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Napoli. Le sue doti non comuni gli consentirono, anche con qualche difficoltà, una carriera rapida come Assistente coadiutore presso il più importante Ospedale di Napoli, che poi gli sarà intitolato.

Come Primario, cominciò ad esercitare l'insegnamento libero, ed anche da questo si evinceva il suo valore personale, in quanto senza alcun titolo ufficiale, dava lustro alla Scuola Ospedaliera, formando anche la larga schiera di allievi che fedelmente lo seguivano.

Alla Cattedra universitaria arrivò solo a 60 anni, nel 1889, dunque non più in età di concorsi, quando l'attribuzione della cattedra significò un riconoscimento di validità del suo insegnamento, che attirava a Napoli allievi, e non solo studenti, ma anche medici, che si appassionavano alla sua didattica semplice, obiettiva, razionale e rapidamente riformatrice.

Tesauro ricordava le affollate lezioni del Maestro, sempre seguite con grande attenzione, anche da laureati, per trarne il massimo profitto. Egli, insieme agli studenti del secondo triennio della Facoltà di Medicina, aveva avuto la fortuna di seguire le lezioni del professore Cardarelli: si ritrovavano tutti la mattina dei giorni dispari, alle 9, e l'aula era sempre stipata al massimo. Tesauro e i giovani colleghi, nei primi mesi, guardavano con un certo stupore alcuni anziani, che erano tra i primi a prendere posto nelle file più vicine alla cattedra, e si chiedevano il perché di questa loro presenza costante, con una puntualità superiore agli altri. Erano medici, non solo laureati da molti anni, ma anche affermati nell'esercizio professionale a Napoli o nei dintorni, che frequentavano assiduamente, con la passione di ascoltare, i ragionamenti di Cardarelli, esprimendo, con franchezza, la loro soddisfazione di trarne sempre nuovo profitto, per



Fig. 151 - Immagine del professore Antonio Cardarelli con dedica al professore Moscati.

il continuo aggiornamento, reso possibile dai casi clinici complicati ed interessanti proposti dal Maestro.

Era il metodo naturalistico e positivo, come base filosofica del sapere clinico, ispirato al più schietto positivismo biologico, che Cardarelli trasfondeva negli ascoltatori, con limpidezza e chiarezza. Il riconoscimento tributato dagli ascoltatori, più anziani era, per i giovani studenti, un esempio ed uno stimolo, poiché esprimeva lo spessore e il grande valore di quel tipo di insegnamento.

Tesauro ricordava che non avevano mai udito, alle lezioni del grande Maestro di Clinica medica, nude teorie ricavate da trattati. Cardarelli formulava assiomi, in base all'attenta osservazione che andava facendo sull'ammalato e, con parola facile e piana, presentava i frutti dell'esperienza sconfinata, che gli derivava da un esercizio professionale così lungo, e così vasto e dalla elaborazione critica, frutto del suo ingegno e della sua dottrina, basata su uno studio accurato ed assimilato in tutti i campi della biologia e della medicina.

La religiosa attenzione e la convinta ammirazione dell'uditorio, erano le caratteristiche meravigliose di quell'aula, ove non rimaneva mai un posto vuoto.

Tesauro riferì che Cardarelli, all'inizio di una lezione tenuta nel febbraio 1922, esaltò con nobili espressioni il grande gesto compiuto, nel giorno precedente, dal cardinale Achille Ratti, poi Pio XI, subito dopo l'elezione a Sommo Pontefice, uscendo solennemente, per la prima volta, dopo la breccia di Porta Pia, sulla loggia Vaticana ad impartire la benedizione *Urbi et Orbi*.

Il metodo diagnostico di Cardarelli, in netto contrasto con la pratica medica allora imperante, si basava su un'adeguata valutazione dell'approccio con il soggetto bisognoso di cura e una minuziosa osservazione della sua sintomatologia. Sintetizzava il suo metodo con il motto latino: "*Observatio et Ratio*". Prima l'osservazione poi il ragionamento: così si doveva procedere in clinica medica.

Egli divenne famoso per le sue capacità di diagnosticare le malattie, tanto che l'esattezza delle sue diagnosi divenne diffusamente proverbiale. Ai suoi tempi non c'erano gli strumenti diagnostici oggi disponibili, tutto era affidato all'acume e all'occhio clinico, sorretti da un illuminato sapere.

Tesauro ricordò che il Molise aveva dato alla vita culturale, accademica, professionale di Napoli e dell'Italia tanti uomini insigni, tanti giuristi, tanti pensatori e tanti medici, ma tra essi, il nome di Antonio Cardarelli aveva un po-

sto unico ed un prestigio del tutto eccezionale, come Clinico, Ricercatore e Docente Universitario, sia nella sua Regione, che nel meridione e in Italia. La figura luminosa di Maestro e di medico fu venerata e idolatrata dai discepoli e dal popolo, specie quando affermava, anche con il quotidiano esempio, che il compimento dei doveri del medico doveva essere un atto d'amore per il prossimo.

Di lui scrisse Matilde Serao nel suo *Paese della Cuccagna*: *“tutta quella gente lo chiamava, lo invocava, gli tendeva le mani, chiedendo aiuto, assediando il portone, le scale, la sua porta... con la pazienza e la rassegnazione di chi aspetta un salvatore”*.

Fu medico di fiducia di personaggi celebri come Vittorio Emanuele II, Umberto I, Benedetto Croce e Giuseppe Verdi (1813-1901), che soffrì negli ultimi anni di violente crisi di cefalea da grave arteriosclerosi cerebrale responsabile di una serie di ictus cerebrali. Egli diagnosticò a S.S. Papa Leone XIII, unico tra i medici interpellati, un carcinoma della pleura, basandosi sulla sola lettura dei bollettini medici. Il professore Cardarelli ebbe in cura anche Giuseppe Garibaldi (1807-1882), che, a parte gli esiti cicatriziali per sette ferite di guerra, soffriva di febbri reumatiche con gravi deformità articolari, sempre più invalidanti, trattate da anni con *“solfato purissimo di chinino”* ⁽⁹⁶⁾.

Il prestigio e la popolarità avevano portato il professore Cardarelli in Parlamento: per 14 anni, fu Deputato nel Collegio di Isernia, mentre nel 1896 fu nominato Senatore. In 44 anni portò alla vita parlamentare il contributo del suo genio e del suo equilibrio. Sui problemi, che ancora si dibattono, come la riforma universitaria, memorabili sono le sue polemiche con i Ministri: si resta meravigliati nel verificare con quanta chiarezza, egli prospettasse, fin da allora, i problemi dell'istruzione universitaria e le particolari difficoltà per la formazione medica, enunciando soluzioni, per quei tempi avveniristiche, ma che ora sono ancora di vibrante attualità.

Tesauro ricordò che, dopo le battaglie giovanili del materialismo, imperante in quei tempi, Cardarelli era passato alla categoria dei grandi convertiti, gli uomini che hanno trovato tardi, sulla via della loro piena maturità, la luce del Signore. L'inizio di questa evoluzione fu l'incontro con Padre Agostino Gemelli, figura eccezionale di religioso e di scienziato, che era venuto a Napoli, per chiedere al Senatore Cardarelli aiuto e consigli per la Fondazione dell'Università Cattolica. Cardarelli dette entusiasticamente tutta la sua adesio-



Fig. 152 - Antonio Cardarelli (1832-1927).

ne e, in una particolare occasione, affermò pubblicamente il suo pensiero, dicendo di voler salutare in Agostino Gemelli colui che gli aveva dato il supremo bene della fede, ed aggiungendo: *“non si può fare vera opera di persuasione religiosa, se non si è medici”*. In quest’ultima frase rimaneva, secondo Tesauo, un dubbio se fosse da lui riferita all’uomo al quale si rivolgeva o a se stesso: forse ad entrambi (Fig. 152).

Fra gli immediati continuatori della Scuola di Cardarelli, le figure più eminenti sono state quelle di Sergio Pansini, di Molfetta, professore di Semeiotica e poi di Clinica medica a Napoli, di Giuseppe Zagari di Scilla, clinico medico a Perugia, a Modena e poi a Napoli, di Luigi D’Amato, molisano di Campochiaro, clinico di Messina, e poi di Napoli e di Guido Bosca clinico medico a Napoli.

A Civitanova del Sannio Tesauo così concluse il suo intervento: *“Dopo la sua fine terrena ed il suo transito all’immortalità, le schiere di ammalati, che egli aveva confortato con la sua parola, e sollevato con la sua opera, si fermarono, sbi-gottiti, con penosa delusione, con rimpianto egoistico, ma anche pieno di significato. Oggi, anche la schiera degli allievi diretti, vanno esaurendosi, ma il nome vive, e vive la Scuola alla quale egli impresso la sua orma geniale e inconfondibile ed il nome glorioso rimane simbolo di quella Medicina che è Scienza ed Arte, pervasa di spirito religioso, da tramandare secondo il suo esempio per il bene dell’umanità. In piedi, in silenzio dedichiamo al Suo spirito, sicuramente aleggiante in questa piazza, il nostro raccoglimento e la nostra devozione”*.

L'ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI

Intorno al 1947-1948 si formò a Napoli un movimento associativo di medici appartenenti all'area cattolica della società napoletana. L'Associazione assunse il nome di "*Associazione Medica Napoletana S. Luca*" nell'ambito dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (Fig. 153).

Tra i Soci fondatori figuravano Gaetano Quagliariello, caposcuola della Biochimica in Italia e anche Rettore Magnifico dell'Ateneo napoletano, il professore Vincenzo Maria Palmieri, cattedratico di Medicina Legale di fama internazionale e il professore Gastone Lambertini, illustre Anatomico. In seguito vi furono le adesioni del professore Giuseppe Tesauo, Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica e successivamente Rettore dell'Università Federico II, del professore Guido Bossa, Titolare della cattedra di Patologia Medica ed in seguito di Clinica Medica, del professore Mario Mazzeo, Direttore dell'Istituto di Igiene, del professore Soccorso Tecce, Primario ospedaliero. Molti dei Soci erano stati allievi di Giuseppe Moscati. In seguito si aggiunsero il professore Ludovico Pontoni, Ordinario di Semeiotica medica, il professore Pietro De Franciscis, Ordinario di Fisiologia umana dell'Università di Napoli, il professore Mario Raso, Ordinario di Anatomia patologica, il professore Carlo Romano, Ordinario di Medicina Legale, il professore Vincenzo Durante Mangoni, Docente di Medicina Legale, il professore Felice D'Onofrio, Ordinario di Geriatria, la professoressa Carla Loffredo Sampaolo, titolare di Istologia, il professore Vincenzo Scala, allievo di Quagliariello, Primario di Chimica clinica e di Laboratorio, il professore Nevio Quattrin, della Scuola di Di Guglielmo, Primario ematologo di grande notorietà, e il professore Luigi Chianca, Primario medico.

Nel I Corso Cristologico (1957) per intellettuali, professionisti e laureati, di cui era Presidente S.E. Cardinale Marcello Mimmi, Lambertini riferì che: "*Nella fattispecie dei miracoli di Gesù può forse un medico tentare una critica scien-*

tifica all'una o all'altra delle operazioni miracolose di Gesù, quando tutto il Vangelo si illumina di un'accecante luce, quando il miracolo non è soltanto in ognuna delle azioni ma più ancora in ogni momento della vita di Cristo e nella sapienza semplice e profonda delle sue parabole e quando spesso il miracolo ci appare come una parabola non detta, ma espressa dal Divino Artigiano? Il pallore della luce scientifica che vorremmo immettere nei bagliori di questa immensa eterna luce di verità sarebbe così povero e fatuo che non varrebbe a soddisfare neppure il pensiero e il sentimento del più umile dei cristiani”.

Tesauro, socio e Decano per anni dell'Associazione Medici Cattolici contribuì molto, con la sua costante presenza e la non comune esperienza di vita, alle attività dell'Associazione, sia a Napoli che a livello centrale. Fino a pochi giorni prima della sua dipartita aveva partecipato alle riunioni, sempre sollecitando tutti con consigli, suggerimenti ed affettuosi richiami a fare sempre meglio e di più a favore degli ammalati e ad agire sempre in coerenza con i comuni principi condivisi e di venire incontro, generosamente, alle esigenze altrui, sì da rendere incisiva la presenza dell'Associazione e più umanizzata la assistenza.

In occasione del X Corso Cristologico “*La Chiesa nel mondo contemporaneo*”, del 27 marzo 1966, tenutosi presso il Teatrino di Corte del Palazzo Reale, Tesauro svolse la relazione sulla “*Regolazione delle nascite e Santità della famiglia*”. Egli ricordò che il Concilio Vaticano II aveva sottolineato la grande dignità, che la religione cattolica attribuiva al matrimonio ed alla famiglia e che lo stesso Papa Paolo VI aveva affermato che, dalla santità e dalla pienezza della vita spirituale della famiglia, dipendono la vita fisica e morale dell'umanità. Nessuno poteva negare che un minaccioso pericolo per l'Istituto

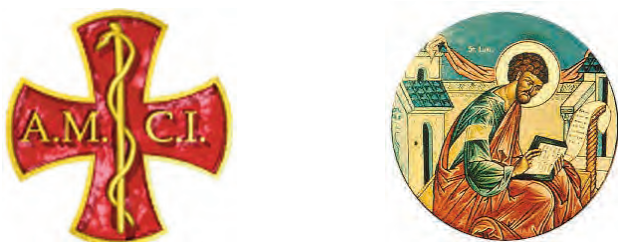


Fig. 153 - Logo dell'Associazione Medici Cattolici Italiani.

della famiglia potesse essere rappresentato dall'eccessivo incremento della popolazione mondiale.

Tesauro, dopo un'accurata esposizione delle dottrine filosofiche inerenti la limitazione delle nascite, che fiorirono presso i Greci e i Romani, sottolineò la visione quasi solamente economica della società formulata dal pastore anglicano T. Malthus.

Il Maestro, da sapiente Ginecologo, passò in rassegna i vari metodi contraccettivi utilizzati, concludendo che solo una regolazione delle nascite, ottenuta con una scelta cosciente e responsabile, fondata sull'amore coniugale, purificato da egoismi, può garantire la salvezza della famiglia cristiana.

Purtuttavia, Tesauro riconosceva che la lunga evoluzione storica della regolazione delle nascite era una prova indiscutibile della variabilità dei suoi termini. Egli si chiedeva: *“Se esso è stato posto già nelle epoche più remote e poi ripresentate con la evoluzione della filosofia prima e delle scienze positive dopo, a diecine di secoli di distanza, quale prova abbiamo noi che i termini che ora ci si ripropongono e l'allarme che ne consegue siano più fondati ed urgenti di quelli considerati dalla stessa allarmata preoccupazione da Aristotele e da Ippocrate? È forse deludente concludere con un punto di domanda, ma non è la prima volta che è stato commentato che l'interrogativo non solo corrisponde al destino dell'uomo, ma è stato sempre incentivo di progresso e di speranza”*.

Giuseppe Tesauro fu certamente un uomo dotato di qualità e personalità non comuni, esigente anche con se stesso, ma pronto a donare ed a condividere le difficoltà degli altri. Sono queste le qualità che gli hanno permesso di superare uno dei periodi più tempestosi, vissuti dalla Università italiana, di creare nello stesso tempo le premesse per quella ripresa, che noi, tutti oggi, constatiamo e di lasciare, infine, un'impronta indelebile del suo operato.⁽⁹⁷⁾

FESTEGGIAMENTI PER L'OTTANTESIMO COMPLEANNO

Quando Tesauo, nel 1978, compie 80 anni, agli Allievi che vogliono festeggiarlo, il Maestro, con la sempre devota collaborazione dell'Allievo professore Benito Nagar, Primario di Ginecologia ed Ostetricia dell'Ospedale di Cassino, detta le sue condizioni: la cerimonia doveva tenersi presso l'Abbazia benedettina di Montecassino, un luogo di intimo raccoglimento e di preghiera ma di grande sofferenza, per l'inutile bombardamento del 15 febbraio 1944.

Già Tesauo, attonito ed incredulo, aveva partecipato con sofferta commozione, nel 1973, ai funerali del professore Giacomo La Torretta, Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica di Messina, vittima a 51 anni di un destino assurdo e crudele.

Nel corso della mesta cerimonia, Tesauo si rivolse con parole accorate e sofferte: *“Giacomo, come testimone della tua vita di sacrifici, di lavoro, di dedizione nobile e generosa agli studi e all'Istituto, non posso tacere in questo momento, anche se la parola non potrà avere la forma degna per i movimenti affettivi che affollano la mia mente e turbano il mio animo....Assolutamente rigido nella linea morale, sei pur stato il più degno, il più buono, il più affettuoso, il più leale e perciò un solco profondo resterà nei nostri cuori per sempre”*.

Egli riconobbe, con rammarico, che era molto triste e innaturale che il Maestro potesse recitare l'orazione funebre al proprio giovane Allievo, prematuramente scomparso e piangere sulla sua bara, come un padre per il figlio, dal momento che quella bara portava via una parte del suo cuore, un lembo della sua anima ed una parte viva del suo lavoro. Tesauo in quella occasione ricordò i meriti di quella personalità di primo piano, che aveva dedicato la propria vita alle istituzioni ed alla Scuola di Napoli, con cui non aveva mai interrotto il suo legame affettivo.

In seguito il professore Tesauo, sempre protetto dall'affettuosa presenza

dei figli Beniamino e Paolo e di tutta la famiglia, aveva attraversato un altro periodo particolarmente difficile e doloroso, in quanto aveva perduto nel 1976 Donna Maria, la compagna di tutta una vita.

Il 1° novembre 1986 si era addormentato serenamente nella sua villa, davanti *agli eterni incanti del mare di Amalfi*, il caro amico e Collega Gaetano Scoppetta. Nel corso di una struggente telefonata alla figlia Anna Scoppetta, il professore Tesauo si era rammaricato, con profonda e sentita commozione, di essere venuto a conoscenza della dipartita e per di più con alcuni giorni di ritardo.

Questi tragici eventi erano stati un duro colpo, anche per la sua tempra di quercia secolare!

Nonostante queste forti emozioni, Egli continuava comunque a dedicarsi alla sua Scuola. Ricordava il professore Vittorio Danesino che *“fino agli ultimi giorni Egli è stato sempre l’artefice, il protagonista ancora vigile, critico, propositivo e dinamico, indicando agli Allievi la strada della solidarietà, dell’operosità e della forza globale di coesione, specie in quei momenti che sembrano connotati da stanchezza, da sfiducia, da caduta di impegno e di motivazioni”*.

Nei momenti di nostalgia delle cose passate, ma non perdute, Egli riconosceva che gli mancavano alcuni momenti esaltanti della vita accademica: l’incontro giornaliero con i collaboratori anche per discutere il programma di una ricerca, l’entrare in sala operatoria per effettuarvi un intervento impegnativo, la visita in corsia alle degenti e l’accedere in aula per le lezioni agli studenti e specializzandi e la intensa attività amministrativa e politica nei quindici lunghi anni di Rettorato, durante il periodo più turbolento delle università italiane.

La figura complessa, autoritaria, dinamica, volitiva, persuasiva, riflessiva, a volte passionale, ma profondamente umana e generosa di Tesauo, sempre intonata al carisma dell’Unità della Scuola, la Sua figura di Maestro ascoltato e decisivo della Ginecologia italiana, per oltre 30 anni, è rimasta e rimarrà sempre per gli Allievi e gli Allievi degli Allievi una testimonianza, un punto di riferimento, un monito di vita, una scelta preferenziale, un impegno di Scuola, un suggello di rettitudine.

Negli ultimi tempi Tesauo era paternamente dispiaciuto per delle incomprensioni che erano sorte tra alcuni Allievi: quale migliore occasione per incontrarsi nella storica Abbazia e chiarire le posizioni apparentemente contrastanti (Fig. 154).



Fig. 154 - Il Maestro Giuseppe Tesaurò con gli Allievi. Da sinistra: Gerli, Tramontana, Franza, Del Bianco, Moracci, Berlingieri, Panini, Vaglio, Montemagno, Danesino, Nagar, Paladini, Adinolfi, Ragucci, Martella, Petti e in basso Ciaramella, Chiantera, Tramontano, Zara.

Alcuni dei presenti ricordano ancora questa semplice ma suggestiva cerimonia: il Maestro, accompagnato dal professore Benito Nagar, salì lentamente la lunga scala di marmo, che portava all'altare di Cristo, circondato dai Suoi Allievi e dal personale medico dell'Ospedale di Cassino e fu accolto dal Padre Abate S.E.R. Martino Matronola, nel suo studio personale, per un colloquio riservato (Figg. 155, 156).

Tutti i partecipanti furono accompagnati dal segretario don Armando D'Onorio (oggi Abate e Vescovo successore di S.E.R. Matronola) nella meravigliosa Sala dei Congressi e dei Concerti (Fig. 157), dove, dopo il saluto inaugurale del professore Nagar e del Padre Abate, il Maestro, visibilmente commosso, espresse il suo sentito ringraziamento.

A questo punto dagli Allievi della Scuola, fu offerto un calice d'argento con pietre preziose con incise le parole: "LXXX AET. SUAE ANNOS PERTINGENS JOS. TESAURO CUM DISCIPULIS B. BENEDICTO D.D. XXVII V MCMLXXVIII", che fu affidato alla custodia perenne dei Padri Benedettini, con la promessa di utilizzarlo nelle cerimonie religiose, dedicate ai componenti della Scuola di Ostetricia e Ginecologia di Napoli (Figg. 158, 159).

L'omelia, nel corso della Santa Messa, fu molto toccante anche per l'alto livello dottrinale e culturale del Padre Abate che, tra l'altro, richiamò i doveri morali della nostra professione, l'amore verso la Scuola la fonte di insegnamento, l'affetto e la gratitudine verso i Maestri e l'umanità professionale verso i pazienti.

In seguito, durante la *colazione di lavoro* intervennero il professore Vittorio Danesino ed il professore Benito Nagar che auspicarono una rinnovata e serena convivenza tra le varie anime della Scuola.

Al volgere dell'incontro, il professore Tesauro prese la parola e brevemente rinnovò un sincero ringraziamento per tutti affermando che, *"nel momento in cui abbraccio*



Fig. 155 - La scalinata dell'Abbazia.



Fig. 156 - Il bacio del Sacro Anello a S.E.R. Martino Matronola.



Fig. 157 - Abbazia di Montecassino. Sala dei Congressi.



Fig. 158 - Tesauro legge compiaciuto la dedica degli Allievi sotto il calice " LXXX AET. SUAE ANNOS PERTINGENS JOS. TESAURO CUM DISCIPULIS B. BENEDICTO D. D. XXVII V MCMLXXVIII". Da sinistra: professori Giovanni Adinolfi, Enzo Martella e Benito Nagar.



Fig. 159 - Il calice donato dalla Scuola. Per gentile concessione di S.E.R. Padre Abate dell'Abbazia di Montecassino. (2006, Archivio Storico).

percorso accademico e di vita, così sapientemente dettati, da tempo, dall'ottuagenario Maestro.

Nagar, abbraccio tutti Voi”.

Il Maestro inviò al professore Nagar, in data 13 giugno 1982, un biglietto in cui esprime la sua profonda commozione per la giornata di Montecassino: *“Conosco, per tante prove, il tuo affetto ed il tuo attaccamento e la manifestazione di ieri, in tono così elevato, interamente dovuta a te, rimane nel mio animo ricordo spirituale incisivo e indistruttibile. Non so trovare la parole adatte per meglio esprimertelo e ti prego di dire a tua Moglie ed ai tuoi figli quanto vi voglio bene e quanto tengo al vostro affetto. Ti abbraccio”* (Fig. 160).

Forse la Scuola, in quel sacro monastero benedettino, dopo aver ascoltato i riti religiosi, in suggestivo raccoglimento, ritrovò i comportamenti e le parole più adatti per continuare, collegialmente, il

PROF. GIUSEPPE TESAURO

Carissimo Benito, sono profondamente
commosso per la giornata di ieri
a Montecassino. Conosco, per tante
prove, il tuo affetto ed il tuo
attaccamento, e la manifestazione
di ieri, in tono così elevato, interamente
dovuta a te, rimane nel mio animo,
ricordo spirituale incisivo ed
indistruttibile. Non so trovare
le parole adatte per meglio esprime-
rte, e ti prego di dire a tua
Moglie, ed. ai tuoi figli quanto
mi voglio bene, e quanto tengo
al vostro affetto. Ti abbraccio
13 giugno 1982 tuo G. Tesaurò

51, VIA S. BRIGIDA - NAPOLI

Fig. 160 - Lettera inviata dal professore Tesaurò a Benito Nagar.

*“È vero che nella scienza ciò che contano sono i dati,
ma è anche vero che un ammasso di dati non è scienza
più di quanto un mucchio di pietre sia una casa...”*

(da “La Scienza e l’ipotesi” di H. Poincaré - matematico e filosofo francese 1854-1912)

LA PUERICULTURA PRENATALE MODERNA: IL FUTURO REMOTO

Dopo la metà del Novecento, l’Ostetricia sembrava poter ridurre l’area dei propri interventi chirurgici, grazie alle tecniche di monitoraggio del travaglio e di controllo farmacologico del parto. Ma dagli anni ’60-’70 in poi, l’ecografia ostetrica ha fatto sì che paziente dell’ostetrico fosse non solo la gestante, ma lo diventasse anche il feto: amniocentesi, villocentesi, fetoscopie, interventi in utero e le tecniche di fecondazione medicalmente assistita hanno ampliato la sfera di azione ostetrico-ginecologica. La medicalizzazione, già intervenuta nel parto naturale per proteggerlo da eventuali rischi, è diventata, nel giro di pochi anni, una medicalizzazione chirurgica, che, con la tecnica del taglio cesareo, interviene per ovviare ad altre rischiose complicanze.

Fin dagli anni ’60 numerose Scuole di Ostetricia e Ginecologia, italiane e straniere, avevano approfondito i vari aspetti della nuova branca, per cui la Puericoltura prenatale, la Medicina dell’Età prenatale e la diagnostica e la terapia delle gravidanze a rischio, erano divenute patrimonio comune, sia culturale che scientifico.

Tesauro, come Presidente della FIGO e del Comitato speciale FIGO-OMS, aveva svolto un intenso lavoro, sulle problematiche di base per poter raggiungere un’univocità di definizioni e di terminologie che risultarono, nei decenni successivi, fondamentali per ottenere dati statistici reali e comparabili tra loro. Chicago, Sydney, Ginevra, New York, Dublino rappresentano le tappe fondamentali di questo percorso, nel quale i Componenti del Comitato, sempre sollecitati da Tesauro, con suggerimenti e consigli, accettarono, sul piano internazionale, la definizione del concetto di mortalità perinatale, prendendo altresì in esame le varie cause, che potevano incidere sul distretto materno-fetale, nel periodo preconcezionale, in gravidanza e nell’ultimo periodo della vita intrauterina, determinando una morte fetale precoce o tardiva.

Inoltre, Tesauro, come Presidente della SIGO, del Comitato centrale dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia e del Consiglio Superiore di Sanità, aveva sottolineato, in tutte le sedi competenti, che si dovevano prendere attentamente in esame le condizioni pregravidiche, quelle intervenute durante la gravidanza, il parto ed il periodo neonatale, al fine di migliorare l'assistenza alla gestante e di favorire, in tal modo, la riduzione della mortalità e della morbidità perinatale.

Tesauro era convinto che la salute dei nuovi componenti della società dovesse essere considerata un diritto fondamentale e che la mortalità e la morbidità perinatale, così elevate, richiedessero urgenti misure a livello mondiale, per poter realizzare una innovativa programmazione dei servizi sanitari dei vari Paesi, in modo da tutelare con continuità ed integrazione l'assistenza alla gestante ed al nascituro.

L'incidenza della mortalità perinatale in Italia nel 1955 era in media di 46,2 (per 1000 nati) con un triste primato della Basilicata al 61,5 (1.000 nati) e della Campania al 57,2 (1.000 nati). La mortalità perinatale dal 1955 al 2000 è riportata nei Grafici 1, 2.



Grafico 1

* Marianelli L.: "Natimortalità, mortalità perinatale e mortalità infantile nelle varie regioni d'Italia dal 1955 al 1964". Rivista di Clinica Pediatrica 1986: 1268-1279.

Pecorari D., Diani F. e Tanganelli E.: "Birth rate and perinatal mortality in Italy during the years 1964 through 1986". J Foet. Med. IX, n. 3-4 1989: 39-43. ISTAT 1990-2000.

L'incidenza della mortalità perinatale in Europa è riportata nel grafico 2

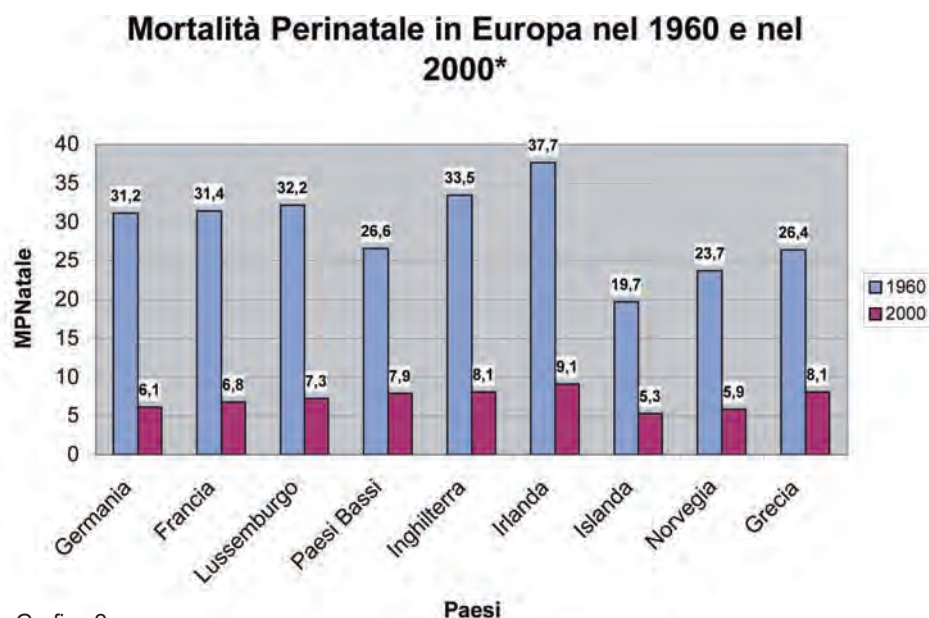


Grafico 2

* *Demographic Statistics 1995. Eurostat (1960)*
New Cronos database 2003. Eurostat (2000)

Questi dati mettono in evidenza come anche l'opera dottrinale, metodologica e applicativa di Tesauro abbia contribuito a raggiungere una significativa riduzione della mortalità perinatale in Italia e nei Paesi più sviluppati.

Sono stati anni di straordinari progressi, non solo nelle tecnologie, nelle conoscenze scientifiche e nelle metodologie cliniche, ma anche nella preparazione del personale di assistenza e nella cultura della popolazione in generale.

Un'altra pietra miliare, in Italia, è stata l'istituzione, nel 1983, del primo Dottorato di ricerca in "*Perinatologia*", il cui principale obiettivo è stato la formazione di esperti in Medicina Perinatale, che abbiano specifiche competenze sia nel campo della ricerca che in quello applicativo. Ne deriva che sono certamente aumentati i livelli, sia dei requisiti minimi sia delle raccomandazioni per l'assistenza, e sono sorti o si sono definiti nuovi indirizzi e nuovi me-

todi. Di queste problematiche sono sempre più coscienti sia i mezzi di informazione che l'utenza, specie in questo momento in cui, alla realtà del forte calo delle nascite, si contrappone la crescente esigenza della qualità della vita.

Inoltre, Tesauro aveva auspicato che, per identificare precocemente e tempestivamente i segni clinici di una sofferenza fetale, bisognasse affidarsi non all'osservazione periodica individuale e con mezzi tradizionali, ma all'impiego sistematico di progrediti sussidi tecnici, in grado di registrare anche le minime variazioni fisiopatologiche dell'attività cardiaca fetale, delle contrazioni uterine e dell'equilibrio acido-base fetale.

In particolare, egli sosteneva che, per migliorare il livello di assistenza ostetrica e valutare più accuratamente le carenze e gli eventuali errori assistenziali, bisognava affidarsi alla nuova semeiotica fetale, costituita dalla cardiotocografia e dalla determinazione dell'omeostasi fetale sul sangue prelevato dallo scalp.

Riteneva fosse necessario abbandonare il forcipe nello stretto superiore, ampliare le indicazioni del taglio cesareo, riconsiderare criticamente le teorie innovative sulle cause della paralisi cerebrale postnatale, solo in una modesta percentuale attribuibile a lesioni ipossiche intrapartum, raccogliere informazioni, registrate in un certificato di assistenza al parto, elaborato in maniera completa, solo negli ultimi anni, in Italia attraverso il modulo CEDAP.

Egli insisteva sul fatto che bisognava considerare, innanzitutto, la Medicina dell'Età prenatale e la Puericultura prenatale, come una scienza sociale, per cui sorgeva la necessità di elaborare nuovi provvedimenti atti ad eliminare le lacune assistenziali, legislative e previdenziali esistenti e di creare le basi per una sempre più larga diffusione di una coscienza sanitaria, specie negli strati meno evoluti della popolazione, che prevedesse, tra l'altro, il ricovero della gestante specie se a rischio non al momento del travaglio di parto, ma nel corso delle ultime settimane di gravidanza, al fine di ottenere la conferma del benessere fetale piuttosto che la identificazione di una fase di distress già in atto.

Anche il professore G.B. Candiani, nel 1990, riteneva indispensabile far riferimento ad alcuni orientamenti paradigmatici, che avevano sicuramente contribuito a sconvolgere molti degli atteggiamenti diagnostici e terapeutici, sia in Ostetricia che in Ginecologia, ed a modificare il rapporto con le pazienti.⁽⁹⁸⁾

Il tripode, su cui si fonda la nuova semeiotica fetale, è costituito dalla cardiotocografia, l'esame dell'ECG fetale e la pulsiossimetria, la biometria embrio-fetale ecografica e la Doppler-flussimetria dei distretti materno-fetali: esse

da un lato hanno introdotto elementi di innegabile portata per confermare lo stato di benessere del feto, evitando di trovarsi, improvvisamente, di fronte ad una fase di compromissione fetale, dall'altro, forse, sono state responsabili di quell'eccessiva medicalizzazione del parto, che tuttora, trova qualche riserva, nella sua routinaria applicazione (Figg. 161-164).

Negli ultimi decenni, questi soccorsi diagnostici, unitamente ad una migliore informazione, hanno messo l'ostetrico nella condizione di vigilare, più attentamente, sull'evoluzione della gravidanza e di condurre il travaglio in modo più razionale. Ma si poteva facilmente constatare, come l'uso di macchine "*intelligenti*" avrebbe progressivamente portato ad una involuzione di quella pratica ostetrica vaginale, che si fondava sui riscontri semeiologici obiettivi, in nome dei quali si provvedeva, con ponderazione e responsabilità, a risolvere le diversificate situazioni cliniche.

Forse, si può cominciare a dare una chiave di lettura diversa al drammatico aumento del taglio cesareo. Moir, nel 1964, aveva già previsto un uso ec-

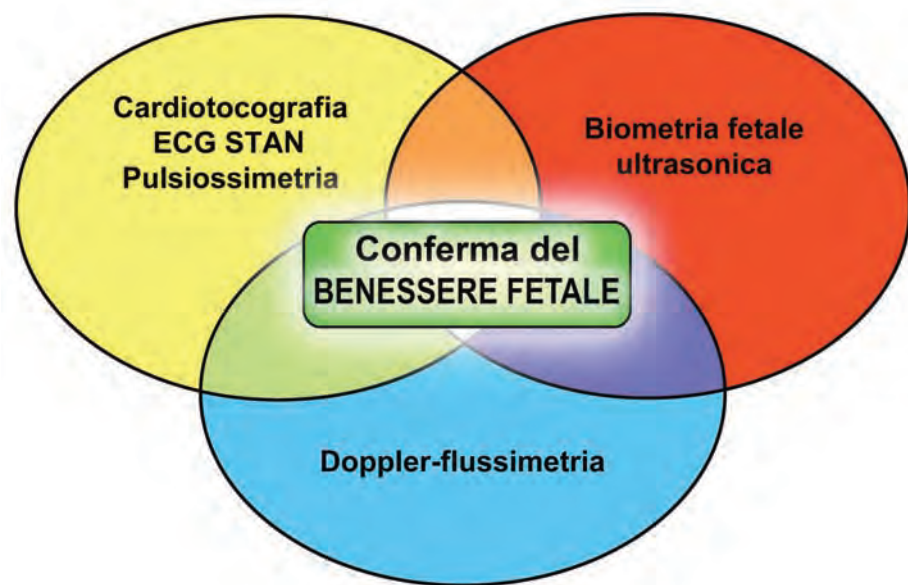


Fig. 161



Fig. 162 - Feto di 10 settimane in 3D.



Fig. 163 - Feto di 36 settimane in 3D.

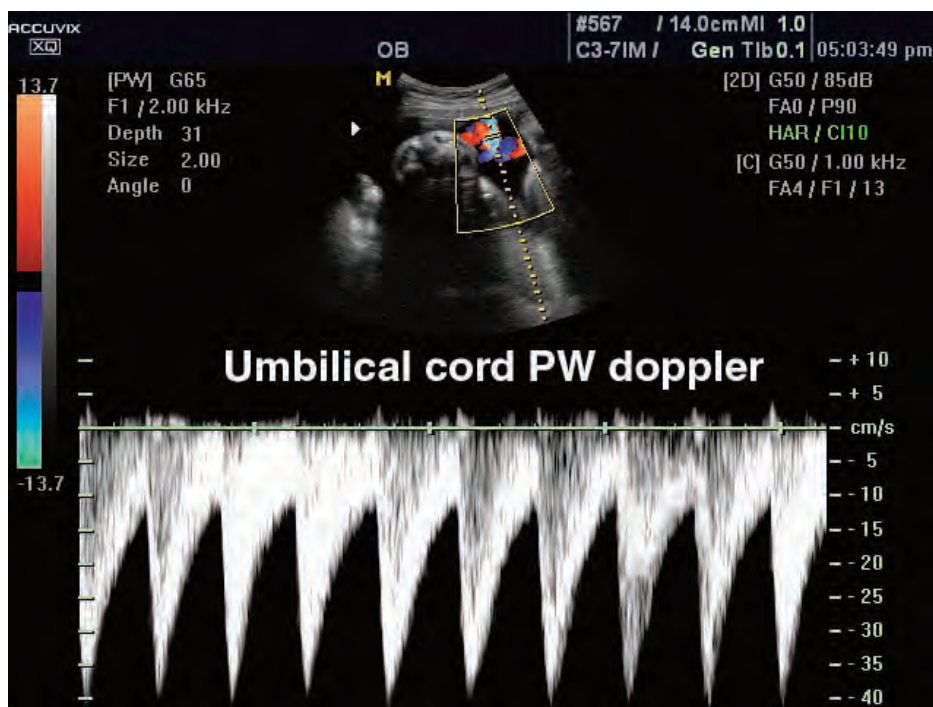


Fig. 164 - Doppler-flussimetria dell'arteria ombelicale.

cessivo del parto addominale nei casi di distocia: il fatto si è avverato per questa indicazione ma, via via, anche per altre situazioni cliniche innegabilmente importanti, come la presentazione podalica e la gravidanza gemellare.⁽⁹⁹⁾

Studi di Seiler (1990) avevano dimostrato che la morbidità neonatale non era migliorata con la nascita, mediante sectio cesarea, tanto che erano stati riportati risultati comparabili con il parto vaginale, in casi selezionati ed adeguatamente trattati.⁽¹⁰⁰⁾

Candiani riconobbe, con la solita onestà intellettuale, che *“se il più impressionante sviluppo della ostetricia operativa andava riferito all'estensione del taglio cesareo, come misura più idonea per combattere le complicazioni del parto, per le prospettive materne diverrebbe assai triste il giorno (e non ne siamo molto lontani) nel quale questa operazione venisse indiscriminatamente impiegata per risolvere casi che possono invece essere trattati con le ordinarie procedure vaginali. Si calcola che, nell'ultima decade, ci sia stato un tale incremento da ritenere che*

una gravidanza su quattro si concluda per via addominale. Né ci sono dati per pensare che questo tasso si livelli o diminuisca: infatti, in una indagine del National Center for Health Statistics, si prevede che negli USA la media nazionale, nei prossimi 10 anni, sarà del 40%, quando ai nostri tempi era intorno al 5-6%”.

Attualmente l'Italia è il Paese europeo con la più alta percentuale di tagli cesarei: 11,2% nel 1980, 21,2% nel 1990, 32,9% nel 1999, 35% nel 2005, 36,9% nel 2006. La Campania ha superato il 51%, nonostante l'OMS raccomandi di non superare il 15%.

I fattori responsabili di questo incremento sono da ricercare nell'innalzamento dell'età media delle gravide, in fattori socio-economici, nell'aumento delle nullipare, rispetto alle multipare, nel più frequente ricorso alle tecniche di fecondazione medicalmente assistita (con conseguente aumento delle gravidanze cosiddette preziose) e nell'aumento dei tagli cesarei iterativi che, anche negli USA, costituiscono oltre il 27% delle indicazioni al taglio cesareo.

Probabilmente, si dovranno criticamente ripercorrere le tappe che hanno portato a queste percentuali, recuperando, innanzitutto, il senso di una responsabilità etica, che dovrebbe sempre illuminare gli addetti ai lavori, e potenziando, altresì, l'offerta formativa teorica e pratica sia a livello di Laurea triennale e specialistica in Ostetricia che nella Scuola di Specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia che, dal 2005, molto opportunamente, include anche un settore specifico di Medicina perinatale.

Tanaron (1798) affermava che *“se da un lato l'operazione cesarea dovrebbe essere praticata immediatamente in tutti quei parti malagevoli, e contro natura, piuttosto che tormentare le pazienti per volere farle partorire per le vie naturali, i quali tentativi cagionano la morte, purtuttavia conviene far osservare che non si deve mai intraprendere senza un maturo preventivo esame, senza essere prima sicurissimo della sua necessità, e senza essere appoggiato dal consiglio di bravi Professori, affinché non corra alcun rischio il buon credito dell'Operatore”*.⁽³⁷⁾

Come si evince da tutta la produzione scientifica, Tesauro aveva tra l'altro preconizzato che, l'uso routinario della cardiocografia, nell'ambito della prevenzione della mortalità e della morbidità perinatale, avrebbe dovuto, in parte, sostituire l'auscultazione intermittente, troppo soggettiva e fallace, nella diagnosi di distress fetale (Fig. 165).

Come è stato dianzi affermato, i primi tentativi di registrazione elettrocardiografica fetale risalgono alla metà del secolo scorso, che, nonostante le

difficoltà tecniche nell'acquisizione ed interpretazione del segnale, era l'unica tecnica, in grado di fornire un tracciato della frequenza cardiaca fetale, privo di artefatti, e basato sull'analisi dell'intervallo R-R. Nel 1954, Caldeyro-Barcia sperimentò il posizionamento di elettrodi sul corpo fetale e sull'addome materno⁽³⁷⁾.



Fig. 165 - Cardiotocografo interfacciato con penna ottica.

Nel 1963, Hon comprese che solo il posizionamento degli elettrodi sullo scalp fetale, poteva consentire una drastica riduzione dei segnali di disturbo, seppure con il limite dell'invasività della metodica e delle conseguenti possibili complicanze.⁽⁸⁾

Pressoché negli stessi anni, Steer (1951)⁽¹⁰¹⁾, Hellman (1965)⁽¹⁰²⁾ e Goodlin (1979)⁽¹¹⁾ sperimentarono la registrazione fonocardiografica della frequenza cardiaca fetale mediante un microfono applicato sull'addome materno che rilevava i rumori cardiaci fetali. Il limite principale di questa tecnica era l'interferenza, determinata dai rumori addominali e dai rumori esterni, con conseguente elevata incidenza di artefatti della registrazione.

Negli anni '60, si riesce finalmente ad applicare la registrazione ultrasonografica, mediante trasduttori posizionati sull'addome materno, alla rilevazione dei pattern di frequenza cardiaca fetale e nasce la cardiotocografia, che consente la registrazione contemporanea della frequenza cardiaca fetale e dell'attività contrattile uterina. Caldeyro-Barcia (1960) (Fig. 166)⁽⁸⁾, Hon (1968) (Fig. 167)⁽⁹⁾ e Hammacher (1968)⁽¹⁰³⁾, Sureau (Fig. 168) Romanini⁽¹²⁾ (Fig. 169) mediante la cardiotocografia, dimostrarono chiaramente che le decelerazioni tardive avevano un significato prognostico sfavorevole. In particolare, Hon elaborò concetti di fisiopatologia cardiocircolatoria fetale, ancora oggi

fondamentali, per la comprensione del significato delle decelerazioni, in rapporto all'attività contrattile uterina.

Le ricerche di Hon avevano confermato le felici intuizioni di Depaul (1847), Maestro di Pinard, pubblicate oltre un secolo prima. Esse avevano già preconizzato i differenti gradini del distress fetale, caratterizzati da progressiva o permanente bradicardia, che preannunciava la morte fetale, di Bodson (1831) e di Stofft (1831), per i quali le decelerazioni sincrone con le contrazioni erano più pericolose, se intense e che le decelerazioni tardive rispetto alla contrazione, erano ancora più pericolose. Inoltre

Kennedy (1833) aveva identificato la possibile influenza della pressione delle pareti uterine, esercitata sulla testa fetale, anticipando in tal modo le scoperte di Hon, sulla eziopatogenesi delle decelerazioni precoci e finalmente nel 1968, in Europa, fu introdotto da Hammacher il primo cardiotocografo commerciale.

Attualmente, nell'ambito della nuova semeiotica fetale, la cardiotocografia, dopo la 26^a settimana, rappresenta un controllo irrinunciabile per il monitoraggio del feto a rischio, la valutazione del suo stato di benessere e la prognosi perinatale. In tutto il mondo, la maggior parte delle decisioni, relative all'assistenza al parto, di feti con sospetto distress, è legata alle informazioni raccolte attraverso l'utilizzo della cardiotocografia.

Nel 2005, *l'American College of Obstetricians and Gynecologists* ha ripor-



Fig. 166 - Roberto Caldeyro Barcia.



Fig. 167 - Edward H. Hon.



Fig. 168 - Claude Sureau.



Fig. 169 - Carlo Romanini.

tato che nel 2002, negli USA 3.400.000 feti (l'85% di circa 4.000.000 di nati vivi) sono stati controllati con il monitoraggio elettronico fetale, che rappresenta, pertanto, la procedura ostetrica più comunemente eseguita, anche nelle gravidanze non a rischio. Questi dati percentuali sono paragonabili a quelli riscontrati nella nostra Scuola di Medicina dell'Età prenatale, afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Napoli Federico II, in quanto, ispirandoci ai protocolli clinico-assistenziali da me presi in esame, nel corso di uno stage formativo sotto la guida dei professori E.H. Hon e R. Paul del Women's Hospital della University of Southern California di Los Angeles, abbiamo sempre sostenuto l'indispensabilità della registrazione cardiotocografica, dal punto di vista della metodologia clinica, della ricerca scientifica e anche degli aspetti medico-legali, nelle gravidanze a rischio e, laddove possibile, nelle gravidanze apparentemente non a rischio.⁽¹⁰⁴⁾

Nonostante l'attuale ampia diffusione della cardiotocografia, l'interpretazione dei tracciati della frequenza cardiaca fetale, la riproducibilità della interpretazione e l'algoritmo di comportamento in presenza di tracciati anormali o non rassicuranti, sono ancora oggetto di controversie e se ne è messo perfino in dubbio la validità. In particolare al momento sono ampiamente dimostrate una bassa specificità e sensibilità, variamente quantificata dai vari gruppi di studio, durante il travaglio di parto. Un pattern cardiotocografico normale è considerato un buon indicatore di benessere fetale, mentre un test anormale ha una scarsa predittività nei confronti della sofferenza fetale ipossica ed è gravato da un numero elevato di falsi-positivi, con conseguente ricorso ad interventi ostetrici non necessari. Tale limitata validità ed efficacia della cardiotocografia non deve però sorprendere, se si considera che, inizialmente, questa tecnica è stata introdotta su basi empiriche, con conoscenze incomplete della fisiopatologia cardiocircolatoria fetale e delle implicazioni cliniche, legate ai pattern cardiotocografici anormali. Inoltre, mancava un accordo generale sui criteri di lettura ed interpretazione dei tracciati cardiotocografici e l'introduzione simultanea di linee-guida in differenti continenti, ha contribuito a determinare confusione nella nomenclatura e nelle definizioni.

Quando la cardiotocografia fu introdotta negli anni '60, si diffuse un generale ottimismo sul fatto che essa sarebbe stata in grado di prevenire e ridurre la morte fetale in travaglio e avrebbe ridotto gli esiti neurologici sfavorevoli a lungo termine. Nonostante il drammatico declino della mortalità fetale in-

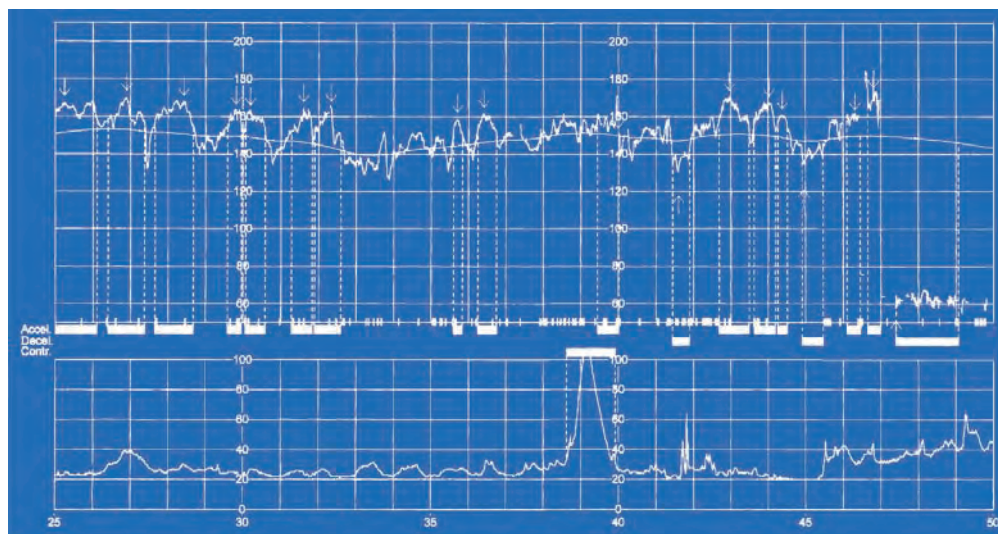
trapartum, nei Paesi sviluppati, la frequenza della paralisi cerebrale sia nei nati a termine che nei prematuri, è rimasta invariata (1-2 / 1000 feti). Tuttavia, nonostante i suoi limiti, la cardiocotografia rimane oggi l'unica metodica disponibile per ottenere una registrazione in continuo dei pattern di frequenza cardiaca fetale in gravidanza e in travaglio di parto, e ciò riveste una fondamentale importanza sia clinica che medico-legale.^(105, 106)

Per evitare un'eccessiva medicalizzazione dell'assistenza alla gestante, durante la gravidanza ed il travaglio di parto, è stato proposto il ricorso alla auscultazione intermittente del cuore fetale, così come inizialmente descritto da Kergardec e da Pinard.

Vintzileos (1995) ha pubblicato una meta-analisi di nove studi clinici randomizzati, in cui sono stati confrontati i risultati ottenuti con il monitoraggio elettronico dell'attività cardiaca fetale e quelli con l'auscultazione intermittente. Essi hanno messo in evidenza che l'uso del monitoraggio elettronico, ha determinato un incremento dell'incidenza di tagli cesarei ed il ricorso al parto operativo vaginale, con vacuum extractor e con il forcipe, mentre ha ridotto la mortalità perinatale globale specie quella causata dall'ipossia fetale.⁽¹⁰⁷⁾

Più recentemente (2006), una meta-analisi della *Cochrane Library* sullo stesso argomento ha dimostrato che, rispetto all'auscultazione intermittente, l'applicazione del monitoraggio cardiocotografico continuo in travaglio di parto, non ha comportato significative differenze nella mortalità perinatale né nell'incidenza di paralisi cerebrali neonatali, ma è stata associata ad una riduzione delle convulsioni neonatali, nonché ad un significativo incremento nella percentuale dei tagli cesarei e dei parti vaginali operativi.⁽¹⁰⁸⁾

Non essendo disponibile una valida alternativa alla cardiocotografia, si sta diffondendo l'elaborazione computerizzata del tracciato cardiocotografico (Fig. 170), mediante l'utilizzo di software dedicati, che permettono un'analisi obiettiva e riproducibile, superano i limiti della valutazione visiva tradizionale e riducono la variabilità intra- ed inter-osservatori. Inoltre, i software per l'analisi computerizzata, consentono lo studio di parametri aggiuntivi, rispetto alla valutazione tradizionale, come la short term variability, l'analisi spettrale e l'entropia approssimata, che sembrano correlarsi, in modo più specifico, con l'effettivo stato di ossigenazione del feto. L'applicazione dello studio di tali parametri alla pratica clinica potrebbe consentire una migliore gestione dei casi, in cui il tracciato cardiocotografico è sospetto alla lettura tradizionale, limi-



Metodica 2 CTG2. Riconoscimento, da parte dell'elaboratore, della linea di base e dei fenomeni accelerativi.

Analisi automatica del CTG				
	Totali		/Ora	
FCF basale Media (FCFB bpm)	142.21			
Rapporto grandi / piccole accelerazioni	1.36			
Numero decelerazioni > 20 bpm per 30 sec o > 10 bpm per 80 sec	3.00		2.31	
Numero movimenti (marker)	0.00		0.00	
Numero grandi accelerazioni > 15 bpm per 15 sec	19.00		14.65	
Numero piccole accelerazioni > 10 bpm e < 15 bpm per 15 sec	14.00		10.80	
Numero contrazioni	4.00		3.08	

Analisi automatica parametri Frequenza Cardiaca Fetale (FCF)				
	Media	Mediana	Interquantile 25%	Interquantile 75%
FCF basale (FCFB bpm)	142.21	140.68	137.98	146.82
Variazioni breve periodo (STV msec)	5.58	5.47	4.45	6.59
Variazioni lungo periodo (LTI msec)	30.20	26.83	20.04	35.67
Ampiezza della variabilità (Delta msec)	41.52	37.27	32.00	49.89
Interval index (II)	0.83	0.83	0.72	0.92
Entropia approssimata (ApEn)	1.11	1.08	1.00	1.29
Contributo spettrale bassa frequenza (LF)	90.08	89.89	88.17	91.87
Contributo spettrale media frequenza (MF)	7.10	6.79	6.34	8.71
Contributo spettrale alta frequenza (HF)	2.83	2.53	2.07	3.48
LF/(HF+MF)	8.61	8.35	7.03	11.11

Qualità del segnale CTG: 22	Percentuale tracciato analizzato: 84%	Operatore:	ID cardiotocografico: M1351A.3819G15670
Note: dilatazione rene fetale			
Campo utente 1:	Campo utente 2:		

Parametri valutati dal sistema 2 CTG2 nel caso del tracciato superiore.

Fig. 170 - Tracciato cardiotocografico computerizzato.

tando gli interventi ostetrici alle sole situazioni in cui l'ossigenazione del feto è effettivamente compromessa. In tal modo, la cardiotocografia computerizzata potrebbe superare un altro limite della cardiotocografia convenzionale, cioè il fatto di essere associata all'aumento del numero di interventi ostetrici non necessari, a causa dell'elevata incidenza di falsi-positivi di cui è gravata.

Infine, proprio per la maggiore attendibilità, la cardiotocografia computerizzata si associa ad una riduzione della durata del monitoraggio e del numero di test aggiuntivi per lo studio del benessere fetale rispetto al metodo tradizionale, consentendo infine una razionalizzazione dei costi per la sorveglianza perinatale.⁽¹⁰⁹⁻¹¹¹⁾

In futuro, come ulteriore sviluppo della cardiotocografia computerizzata, l'utilizzo di *reti neurali* potrebbe addirittura consentire la creazione di un sistema intelligente o addirittura di una macchina *dotata di intelligenza artificiale*, per controllare le condizioni fisiopatologiche del feto.

Attualmente, l'introduzione di apparecchiature elettromedicali più sofisticate, in grado di combinare il monitoraggio cardiotocografico intrapartum con la pulsossimetria fetale pulsata o con l'analisi automatica dell'onda ST del complesso elettrocardiografico del cuore fetale, ha aumentato la capacità degli ostetrici, nell'identificazione precoce dell'ipossia fetale, agevolando interventi più appropriati, in modo da migliorare l'outcome neonatale.

La disponibilità di sistemi per la cardiotocografia computerizzata è anche alla base dell'utilizzo di tale tecnica, nell'ambito della Telemedicina prenatale.

La Telemedicina origina dall'integrazione di apparecchiature elettromedicali, tecnologie informatiche e sistemi per le telecomunicazioni, allo scopo di assicurare la diagnosi, il consulto specialistico ed il monitoraggio a distanza, anche a pazienti residenti in luoghi lontani da Centri sanitari adeguatamente attrezzati. La Telemedicina prenatale applica tali innovazioni alla sorveglianza perinatale, particolarmente in caso di gravidanze a rischio. In particolare, la Telecardiotocografia ha lo scopo di ridurre il sovraccarico delle strutture ambulatoriali e il numero di ricoveri di lunga durata, effettuati allo scopo di consentire un monitoraggio fetale intensivo.

Forse Tesauro sarebbe stato orgoglioso nel constatare che il primo e tuttora unico Sistema italiano di Telecardiotocografia (tra i pochi in Europa e negli USA) Tocomat (Fig. 171) sia stato da noi attivato dal 1999 presso l'Unità Operativa Complessa di Medicina dell'Età prenatale, afferente al Diparti-

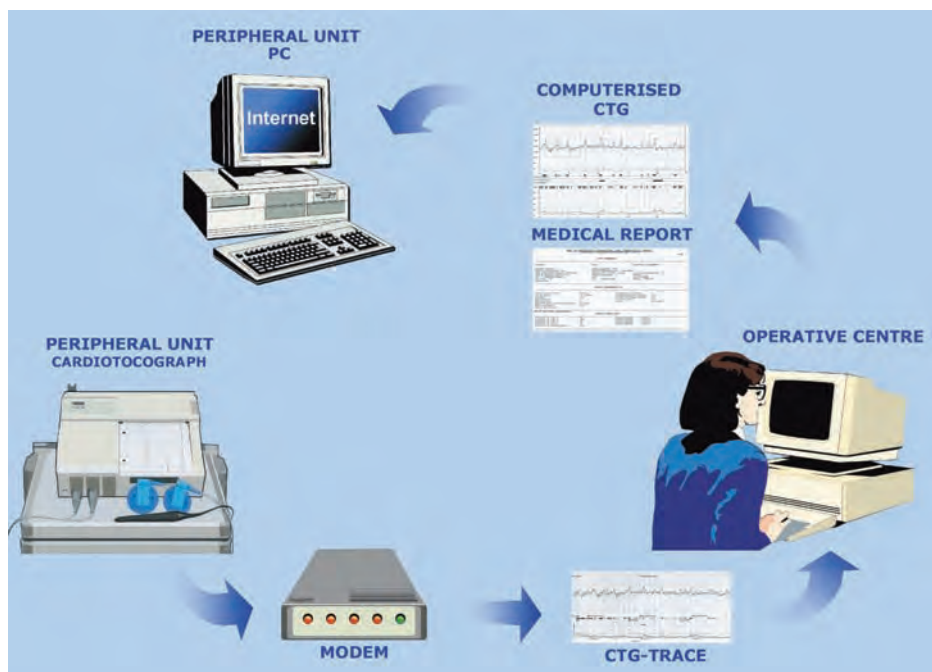


Fig. 171 - Progetto Tocomat. Dipartimento di Scienze Ostetrico-ginecologiche, Urologiche e Medicina della Riproduzione, Università degli Studi di Napoli Federico II.

mento di Scienze Ostetrico-Ginecologiche, Urologiche e Medicina della Riproduzione della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.

Scopo di tale sistema è assicurare un'assistenza medica specialistica, anche a gravide residenti in luoghi disagiati e privi di strutture sanitarie adeguate (isole, piccoli centri urbani decentrati, ecc.), spesso costrette a frequenti spostamenti o a ricoveri ospedalieri, per sottoporsi al monitoraggio cardiotocografico. Il progetto ha anche l'obiettivo di consentire un decentramento della sorveglianza ostetrica ed una razionalizzazione dei costi per l'assistenza perinatale, nonché quello di dare impulso all'insegnamento alla Teledidattica ed all'aggiornamento professionale continuo a distanza in Campania.⁽¹¹²⁻¹¹⁶⁾

Il tracciato cardiotocografico, registrato con il metodo tradizionale presso



Fig. 172 - Cardiotocografo portatile per la Telemedicina prenatale domiciliare.

le unità remote (Fig. 172), è inviato via modem o con un palmare, insieme ai dati relativi alla paziente, alla Centrale Operativa Universitaria (Fig. 173), dove viene visualizzato, analizzato da un operatore esperto e da un software per l'analisi computerizzata ed archiviato in un database.

Nel giro di pochi minuti, il tracciato elaborato dal sistema, unitamente al referto medico, vengono inviati via fax o via e-mail all'unità remota di partenza.

Fino ad oggi, il sistema ha consentito la registrazione e l'analisi di circa 8.000 tracciati da 2.500 gravide, soprattutto ad alto rischio. Inoltre, il coinvolgimento di una unità periferica, localizzata presso il Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia dell'Università Semmelweis di Budapest diretto da Miklós Török, in Ungheria, testimonia l'intento di diffondere il più possibile, anche ad altri Paesi europei, le tecnologie e le esperienze alla base del sistema Tocomat, allo scopo di promuovere l'espansione della Telecardiotocografia, in altre aree geografiche europee disadatte, prive di questo tipo di servizio⁽¹¹⁸⁾ (Figg. 174, 175).

Nel settore scientifico-disciplinare della Medicina dell'Età prenatale, il progresso clinico è indubbiamente legato all'uso di nuove tecniche, che costituiscono la base per le più grandi conquiste dell'Ostetricia moderna e delle bioscienze proiettate nel futuro.



Fig. 173 - La Centrale Operativa del sistema Tocomat. Medicina dell'Età prenatale - Università degli Studi di Napoli Federico II.



Fig. 174 - Scambio culturale e scientifico tra i delegati dell'Università Federico II di Napoli, da sinistra il dott. Fabrizio Pollio, il professore Andrea Di Lieto, Responsabile del Progetto di Telemedicina Prenatale "EUROTOCOMAT", il professore Miklós Török, Direttore del Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia dell'Università "Semmelweis" di Budapest e la dr.ssa Marianna De Falco (9-11 settembre 2005).



Fig. 175 - Scambio culturale e scientifico tra i delegati dell'Università Federico II di Napoli e l'Università "Semmelweis" di Budapest: da destra il professore Giovanni Persico, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II, la dott. Mária Pánczél, Responsabile scientifica dell'Ambasciata d'Ungheria a Roma, professore Miklós Török e il professore Andrea Di Lieto.

Vero è che la predilezione del medico per la diagnostica strumentale dipende da vari fattori, come l'esigenza di economizzare il tempo, la scarsa fiducia nella possibilità di giungere ad una diagnosi esclusivamente clinica, il venir meno della necessaria abilità nel compierla, il desiderio di tutelarsi da eventuali accuse di imperizia, nonché le aspettative dei pazienti, nei confronti di molte propagandate innovazioni tecnologiche.

Le molteplici attività di assistenza e di ricerca sugli aspetti della Cardiocografia, della pulsiossimetria, dell'elettrocardiografia fetale, della biometria fetale ecografica e della Doppler-flussimetria dei distretti materno-fetali contribuiscono, attualmente, a costituire una rete assistenziale di Medicina prenatale in grado di trasmettere ai giovani le nozioni più aggiornate, per migliorare, sempre più, l'assistenza alle gestanti, che era stato sempre il tema dominante nella vita del professore Tesaro.

Tuttavia, la moderna diagnostica strumentale, nonostante i vantaggi indiscutibili che può apportare alla pratica clinica, dovrebbe rappresentare sempre un'attività complementare alla capacità interpretativa e di ragionamento del clinico ed essere applicata, solo dopo la formulazione di un'ipotesi di diagnosi, sulla base dei sintomi soggettivi e dei segni obiettivi: solo in tal modo si potrà realizzare un raccordo sistematico tra il management clinico del medico moderno ed i principi propugnati, con tanta perseveranza, da Laënnec, Kergaradec, Pinard, Douay, Miranda e Tesauro.



Un buon medico deve conoscere i suoi pazienti dalla testa ai piedi, e questa conoscenza è acquisita a caro prezzo. Tempo, comprensione e solidarietà devono essere elargiti con generosità, ma la vera ricompensa consisterà in quel legame personale che rappresenta la più grossa soddisfazione nella professione medica. Una delle qualità precipue del clinico deve essere l'interesse per l'umanità, perché il segreto per curare sta nell'avere a cuore il paziente.

(Dottor Francis Weld Peabody

Lezioni agli studenti della Facoltà di Medicina di Harvard, 1927)

CONCLUSIONI

Il grande esperimento nel settore scientifico-disciplinare della Ginecologia e della Puericultura prenatale non poteva e non doveva fallire. Le fondamenta erano state gettate su di una solida base scientifica, culturale e innanzitutto sociale, i cui obiettivi non sembravano, agli occhi di Tesauro, irrealizzabili. La combinazione di lungimiranza e di intelligente intuizione degli obiettivi razionali, associate ad una miracolosa unione di uomini e di circostanze fortuite, rappresentarono negli anni una forza dinamica irrefrenabile.

La Puericultura prenatale moderna sarebbe stata la sorgente, dalla quale quel nuovo ramo della scienza si sarebbe diffuso nelle cliniche universitarie e negli ospedali di tutto il mondo, realizzando presso i vari Centri di eccellenza, l'esemplare missione assistenziale, con l'opportunità di fare ricerca ed istruire giovani medici. L'innovativa branca ostetrica aveva permesso, per la prima volta, di identificare una nuova via di approccio al comportamento del feto con tutti i risvolti ontologici, clinici e terapeutici che tale posizione comporta, allo scopo di giungere alla conferma del benessere fetale, piuttosto che identificare una fase, più o meno avanzata, di distress fetale. I professori L. Bovicelli (Bologna), E. Cosmi (Roma), L. Gagliardi (Torino), P. Grella (Padova), G. Mandruzzato (Trieste), A. Merialdi (Padova), G.D. Montanari (Modena), C. Montoneri (Catania), A. Pachì (Roma), A. Paladini (Napoli), G. Pardi (Milano), S. Pecorelli (Brescia), F. Pietropaolo (Bari), C. Romanini (Roma) e tanti altri, veri pionieri della Medicina dell'Età prenatale in Italia, riuscirono a fa-

vorire la diffusione delle problematiche legate alla Medicina fetale, in tutte le sedi universitarie e ospedaliere italiane.

Inoltre, i professori B. Salvadori (Parma), F. Destro (Gorizia) e L. Carenza (Roma) hanno contribuito al progresso delle acquisizioni della disciplina, anche attraverso l'attivazione del Gruppo di Studio e di Ricerca in Medicina Fetale. Essi, durante gli appuntamenti annuali, con relazioni e comunicazioni di alto livello, opportunamente selezionate, hanno continuato a trasmettere, innanzitutto ai giovani Ricercatori, l'amore per questo nuovo settore disciplinare.

Il Comitato speciale della FIGO, che prese in esame l'attualità e le prospettive della prevenzione della mortalità e morbidità perinatale nel mondo, ebbe la prova concreta, che le disfunzioni ed i drammi della Ostetricia, di allora, potevano essere debellati, anche attraverso il coinvolgimento delle autorità preposte di ogni Paese, sollecitate a provvedere alle trasformazioni politiche e sociali necessarie. Tutto questo percorso fu realizzato in quanto il professore Giuseppe Tesauro, una persona giusta, al posto giusto, nel momento giusto, dimostrò una particolare attitudine a guardare lontano ed una perizia talmente acclamata che le sue conclusioni furono accettate con fiducia e i suoi suggerimenti attuati senza alcuna riserva.

L'82° Congresso Nazionale SIGO, organizzato dal professore Massimo Moscarini (Fig. 176) e dal professore Antonio Castellano, tenutosi a Roma dal 1 al 4 novembre 2006, è stato dedicato all'*"Arcipelago Donna: antiche sfide e nuove frontiere"*. Alla inaugurazione è seguita una tavola rotonda sul *"Parto e la tutela della donna in gravidanza"* alla presenza anche del Ministro della Salute Signora Livia Turco, che recentemente ha presentato un disegno di legge sulla *"Tutela dei di-*



Fig. 176 - Professore Massimo Moscarini, Ordinario di Ginecologia ed Ostetricia. Il Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università "La Sapienza", Roma. Presidente dell'Associazione Ginecologi Universitari Italiani (A.G.U.I.).

ritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato”.

Il Ministro ha affermato con forza che, ancora oggi, sorge la necessità di sottolineare che la promozione della salute materno-infantile rappresenta un obiettivo prioritario, da perseguire a livello nazionale per i riflessi positivi che produce sulla qualità della vita delle donne e dei loro bambini e di conseguenza, sulla salute della popolazione complessiva. Inoltre, in coerenza con gli obiettivi del Progetto Materno-infantile, con il Piano Sanitario nazionale 2006-2008 e con la Legge Finanziaria 2007, che mirano alla tutela dei diritti della partoriente, alla promozione del parto fisiologico e alla salvaguardia della salute del neonato. Tra gli interventi prioritari previsti, figura una particolare attenzione all'aumentata incidenza dei tagli cesarei, all'allattamento al seno (che ancora non rispetta le raccomandazioni dell'OMS-UNICEF, a tre ed a sei mesi di vita), alla prevenzione dei rischi di malattie del prodotto del concepimento in fase pre e post-concezionale e quindi alle nascite, a basso peso e pretermine, all'informazione delle donne in gravidanza, che registra ancora una limitata diffusione, con forti differenze per area geografica e livello di istruzione. Le varie relazioni, presentate in questo Congresso SIGO 2006, hanno permesso di constatare che tanto si è realizzato in questo campo negli ultimi decenni, ma ancora molte sono le cose da fare, nonostante l'intenso lavoro, svolto da tanti illustri Maestri di Ostetricia, da Adolphe Pinard a Giuseppe Tesauero e tanti altri, nel campo della prevenzione della mortalità e morbidità perinatale e della tutela della salute della donna e del bambino.

Il 29 aprile 2006, presso l'Aula Magna “Gaetano Salvatore” della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II, si è svolta la cerimonia di dedizione dell'edificio n° 9 del Dipartimento Universitario di Scienze Ostetrico-ginecologiche, Urologiche e Medicina della Riproduzione del Policlinico al professore Giuseppe Tesauero, fortemente voluta ed agevolata dal Preside di Facoltà, professore Giovanni Persico, Ordinario di Chirurgia nonché illustre Allievo del professore Beniamino Tesauero e dal dottore Carmine Marmo, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Federico II di Napoli. (Fig. 177)

In quella occasione il professore Ugo Montemagno, professore Emerito di Ginecologia ed Ostetricia della Federico II, con devozione e con rispettoso affetto ha ricordato, ai numerosi intervenuti, i vari aspetti della complessa personalità del Maestro, che, con la severità del suo sguardo e all'umanità delle



Fig. 177 - La Clinica Ginecologica e Ostetrica.
Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.

sue parole, che erano sempre di incoraggiamento e di sprone, contribuì a trasmettere criticamente ai giovani studenti ed agli Allievi il giusto equilibrio tra teoria e sperimentazione, tra scienza di base, legata alla conoscenza, e scienza applicata, pienamente convinto che l'istituzione universitaria, allora come ai nostri giorni, doveva preoccuparsi di formare cittadini in grado di rispondere alle sfide del futuro.

Come un vecchio profeta, Tesauro è giunto incolume e intatto al limitare e, pur interessandosi, fino in ultimo, ai problemi accademici, poté guardare anche ai supremi valori della vita, in quella concezione cristiana che sempre nutriva il Suo spirito (Fig. 178).

Nelle ultime settimane il professore Tesauro mi rispose agli auguri che gli avevo inviato per il Natale con un suo biglietto che ho conservato gelosamente in tutti questi anni (Fig. 179). Si nota la solita grafia chiara, anche se un poco incerta, con una firma vergata, ancora leggermente in salita, così come appariva anche in tutte le pergamene di laurea, durante i suoi quindici anni di Rettorato.



Fig. 178 - Il professore Giuseppe Tesauo, Presidente onorario del Congresso organizzato dai professori Vittorio Danesino, G. Rondanelli e S. Guaschino, su *"Le infezioni in Ostetricia e Ginecologia - Le Malattie ad infezione sessuale negli anni '80"*, in compagnia (da sinistra) dei professori Giuseppe Giusti, Ugo Montemagno e Filippo Polvani. Pavia 4-7 maggio 1984.

Si ricongiunse alla sua Maria il 1° aprile 1988.

Ai suoi comportamenti, ai suoi insegnamenti ed alle sue molteplici pubblicazioni è legato il nome del professore Tesauo, che, dopo la chiusura del ciclo vitale, rivive nella mente degli allievi, i quali, nel loro lavoro, ne continueranno il metodo, con religiosa devozione. Rivive negli istituti ai quali impose un'impronta personale, rivive nelle generazioni dei medici che da Sassari, Messina e Napoli si sparsero a portare i frutti del suo insegnamento, nei Paesi più lontani, ovunque c'era una madre da guarire, una creatura da salvare.

La sintesi della lunga e laboriosa giornata terrena di Giuseppe Tesauo, da

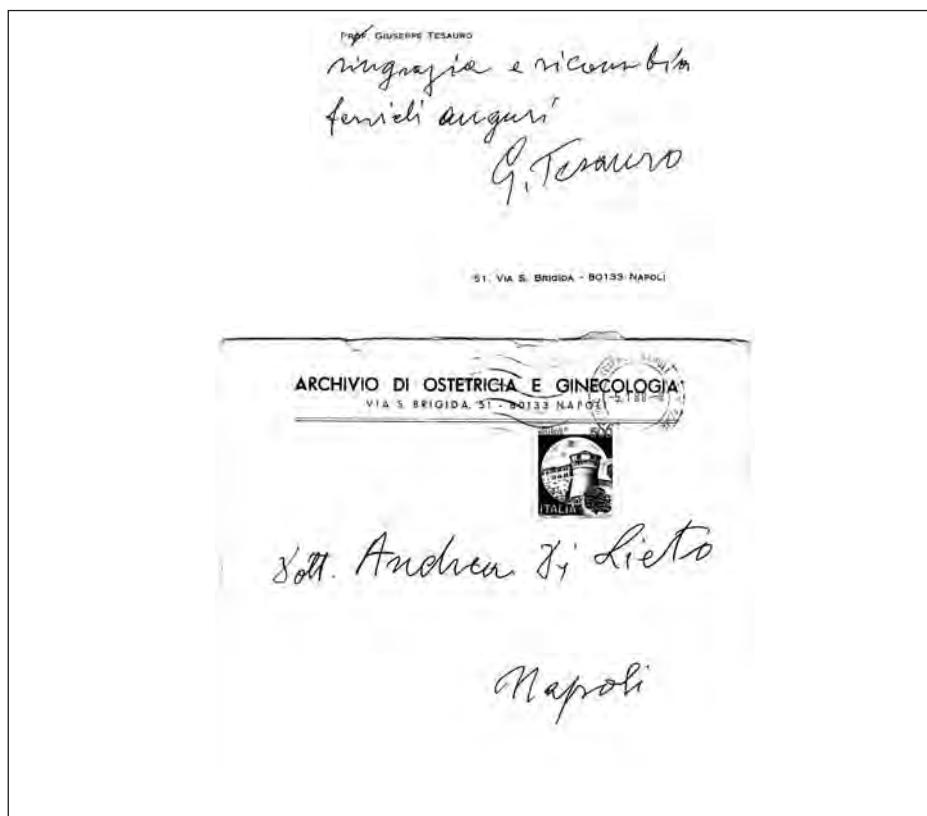


Fig. 179 - Una testimonianza.

fedele laico impegnato nel sociale, può essere questa: un'esistenza spesa per difendere, la vita, sia quando è ancora una semplice promessa e sia quando, come progetto biologico unico ed irripetibile, inizia e prosegue il suo meraviglioso cammino, costantemente illuminato dal pieno rispetto dei diritti inalienabili della persona umana, quali il diritto alla vita ed alla libertà e contro l'aborto e l'eutanasia, anche se passiva, e contro ogni violenza morale e materiale verso l'uomo in quanto creatura di Dio.

Tesauero, da un punto di vista etico, era profondamente convinto che il medico dovesse svolgere la sua missione per dare la vita e non per giudicare quale vita dovesse essere vissuta e quale dovesse essere eliminata, in quanto decidere della vita e della morte dell'uomo, non era più medicina.



Giuseppe Tesaro è stato un Uomo ed uno Scienziato che ha guardato sempre più lontano degli altri, capace di leggere il presente e, nella Sua lungimiranza, progettare il futuro.

Bibliografia

1. Sureau C. *The history of fetal surveillance*. In: van Geijn HP, Copray FJA, editors. *A critical appraisal of fetal surveillance*. Amsterdam: Elsevier; 1994. p. 3-10
2. Stofft H. *Kergaradec à l'écoute du fœtus*. J Obstet Biol Reprod 1981; 10: 611-622
3. Di Lieto A, De Falco M, Campanile M, Scaramellino M, Schiraldi P. *La medicina dell'età prenatale: dallo stetoscopio ostetrico alla telecardiotocografia computerizzata*. Min Ginecol 2007; 59: 75-94
4. Nuland S. B. *Il morbo dei dottori*. Codice Edizioni Torino 2004
5. Bumm E. *Trattato completo di Ostetricia*. Milano Società Editrice Libreria; 1915
6. Cremer M. *Über die direkte Ableitung der Aktionsströme des menschlichen Herzens vom Oesophagus und über das Elektrokardiogramm des Fœtus*. Münchener Medizinischen Wochenschrift 1906; 53: 811-13
7. Hammacher K, Huter K, Bokelmann J, Werners P. *Fetal heart frequency and perinatal condition of the fetus and newborn*. Gynecology 1968; 166: 349-60
8. Caldeyro-Barcia R, Poseiro JJ. *Control of human fetal heart rate during labour*. In: Cassel DE, editor. *The heart and circulation in the newborn and infant*. New York: Grune & Stratton, Inc; 1966. p. 7-36
9. Hon EH, Quilligan E. *Electronic evaluation of fetal heart rate*. Clin Obstet Gynecol 1968; 11: 145-167
10. Hon EH, Lee ST. *The fetal electrocardiogram. I. The electrocardiogram of the dying fetus*. Am J Obstet Gynecol 1963; 87: 804-13
11. Goodlin RC. *History of fetal monitoring*. Am J Obstet Gynecol 1979; 133: 323-352
12. Romanini C. *La reattività fetale*. Roma: CIC Edizioni Internazionali; 1984
13. Dumont M. *Le cinquantenaire de la mort d'Adolphe Pinard (1844-1934)*. Magaz Médical 1984; 13: 1658-1660
14. Dumont M. *Stéphane Tarnier, the architect of perinatology in France*. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2002; 86: 137-139
15. Dumont M. *Nicolas Puzos: un accoucheur au XVIII^e siècle*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1988; 17: 431-437
16. Dumont M. *Le cent-cinquantenaire de la naissance d'Adolphe Pinard (1844-1934)*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1994; 23: 251-357
17. Dumont M. *La longue et laborieuse naissance de la symphysiétomie ou de Séverin Pineau a Jean-René Sigault*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1989; 18: 11-21
18. Reiss HE. *Historical insights: John William Ballantyne 1861-1923*. Hum Reprod Update 1999; 5: 386-389
19. Dunn PM. *Professor Pierre Budin (1846-1907) of Paris, and modern perinatal care*. Arch

- Diseas Child 1995; 73: 193-195
20. Dunn P M. *Adolphe Pinard of Paris and intrauterine Pediatric care*. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2006; 91: 231-232
 21. Piccinini GM. *Ludovico Antonio Muratori e la "Istruzione alle levatrici"*. Scritti in onore del Prof. G. Tesauro nel XXV anno del suo insegnamento. Vol II; Montanino Editore, 1962
 22. Yovarone R, La borde A, Sotero Salgueiro GA, et al. *La isterectomia vaginal en utero no prolapsado: una vieja "nueva" opcion*. Arch Gin Obstet 2002; 40: 456-468
 23. Shiryock RH. *Storia della Medicina nella società moderna*. ISEDI 1977
 24. Tesauro G. *La Sterilità femminile*. Atti XXXV Congresso della SIGO, Perugia 16-18 ottobre 1938 1-116
 25. Stone A. *A World conference on human infertility*. Marriage and Family living 1953; 15: 231-233
 26. *L'alto insegnamento del Sommo Pontefice*. Osservatore Romano 20 maggio 1956
 27. Morgenstern L. *Against the tide: Kurt Karl Stephan Semm (1927-2003)* Surg Innov 2005; 12: 5-6
 28. Tesauro G. *Seduta Inaugurale*. Atti XLIII Congresso SIGO-Maggio 1962- Roma, 11-15
 29. Tesauro G. *La Puericoltura prenatale*. In: Delle Piane G, Maurizio E, Tesauro G. Trattato italiano di Ginecologia. Novara: Istituto Geografico De Agostini; 1966. 555-578
 30. Weill-Hallé A. *Elements de puériculture*. Expans Scient Franç, Paris 1947
 31. Tesauro G. *Considerations and proposal for reasonable care of pregnant women and mothers*. Arch Ostet Ginecol 1961; 66: 117-27
 32. Douay E. *Souvenir* Scritti in onore del Prof. G. Tesauro nel XXV anno del suo insegnamento. Vol I, 1962; 15-17. Montanino Editore
 33. Tesauro G. *Eugène Douay (1881-1967)*. Arch Ostet Ginecol 1967; 72: 85-6
 34. Palmer R. *Eugène Douay. Necrologie*. Ginécol Obstet 1967; 66: 245-248
 35. Schlogel G. *Raoul Palmer et l'aventure celio-chirurgicale de 1940 à 1995*. Histoire des Sciences Médicales 1996; 2: 281-287
 36. Regina V. *Le Chiese di Napoli*. 1995 Newton Compton Editori
 37. Tanaron PP. *Il Chirurgo Raccoglitore Moderno*. Bassano: - Edizione Romondini 1798
 38. Tesauro G. *Considerazioni e proposte per una razionale assistenza alla gestante ed alla madre*. Arch Ostet Ginecol 1961; 1: 117-127
 39. Nardi M G. *Il pensiero ostetrico ginecologico nei secoli*. Thiele e R. E. M. I. Editori 1944
 40. Horst E. *Federico II di Svevia*. 1995. Biblioteca Universale Rizzoli
 41. Cavallo PB. *de Ruggiero Trotula: Sulle malattie delle donne*. 1994. Edizioni La Luna
 42. Jardin P, Guyard P. *I Cavalieri di Malta*. 2004. Edizioni San Paolo

43. Gherli F. *Regimen Sanitaria Salernitana*. Ente Provinciale Turismo 1995, Salerno
44. Tesauo G. *Giovanni Miranda*. Atti del XXXVII Congresso SIGO – Firenze 1° novembre 1946
45. Tesauo G. *Giubileo accademico Giovanni Miranda*. 21 maggio 1945. Arch Ost Gin 1946; 1: 7-16
46. Tesauo G. *Giovanni Miranda*. Annuario dell'Università degli studi di Napoli 1941-42, 1946-47. Napoli 1948
47. Tesauo G. *Discorso commemorativo per l'inaugurazione del busto di Giovanni Miranda*. Arch Ost Gin 1951; 6: 421-425
48. Tesauo G. *Commemorazione di Salvatore Cappellani*. Rendiconti della Reale Accademia di Scienze Mediche e Chirurgiche. 1943-44 e 1944-45. Napoli 1946; pag 1-8
49. Tesauo G. *Discorso inaugurale*. Atti Congresso XXXVIII SIGO. Trieste 2-4 settembre 1947
50. Tesauo G. *La Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Napoli*, La Ginecologia in Italia, 1960; 48: 1-40
51. Winter G, Halban J. *Trattato di Operazioni Ostetriche*. SEI Editrice 1939
52. Tesauo G. *Introduction*. J Int Fed Gynecol Obstet 1963; 1: 6-9
53. Tesauo G. *Contributo allo studio della prevenzione della morbidità e mortalità perinatale*. Arch Ostet Ginecol 1968; 73: 857-96
54. Tesauo G. *L'attività della FIGO e della WHO nella prevenzione della mortalità perinatale* Ann Ostet Ginecol Med Perinat 1972; 93: 24-34
55. Tesauo G, Danesino V. *Trauma ed anossia*. Arch Ostet Ginecol 1956; 3: 157-205
56. Sureau C. *Fetal electrocardiographic research during pregnancy and labor: first results of a new technic of registration by intrauterine electrodes*. Gynécol Obstét 1956; 55: 21-33
57. Caldeyro-Barcia R, Poseyro JJ, Crottogini JJ. *Les effets du travail sur le fœtus et le nouveau-né*. Symposium 1964-Montevideo. Pergamon press, New York 1966
58. Saling EH. *Microblood studies on the fetus clinical application and its results*. Geb Gynak 1964; 162: 56-75
59. Murano G, Di Toro R. *La sindrome anossico-emorragica neonatale*. La Ped 1966; 74: 749
60. MacLennan A. *A template for defining a causal relationship between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement*. Br Med J 1999; 319: 1054-9
61. Hagberg B, Hagberg G, Beckung and P Uvebrant. *Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VIII. Prevalence and origin in the birth year period 1991-94*. Acta Paediatr 2001; 90: 271-277
62. Hankins GD, Speer M. *Defining the pathogenesis and pathophysiology of neonatal encephalopathy and cerebral palsy*. Obstet Gynecol 2003; 102: 628-36

63. Vaglio N. *Seduta inaugurale*. Atti LVII Congresso SIGO – 9-11 ottobre 1975 – Napoli.
64. Tesauro G. *Isoimmunization Rh et mortalité foetale*. Proc IV World Congr Fert Ster Rio de Janeiro, 1962
65. Tesauro G. *Considerations sur le comportement immunologique de la femme enceinte et du nouveau-né*. Bull Soc R Belge Ginecol Obstet 1965; 16: 117-30
66. Tesauro G. La Torretta G. *Role of the placenta in control of polymorphism of blood factors during fetal life*. Arch Ostet Ginecol 1964; 69: 587-99
67. Vaglio N. *Fattori gametici e fattori zigotici di sterilità*. Arch Ostet Ginecol 1962; 67: 237
68. Montemagno U, Di Lieto A. *Immunopatologia gravidica: possibilità e prospettive della terapia immunosoppressiva*. Arch Ostet Ginecol 1972; 5: 317
69. Wiener AS. *An Rh -Hr Syllabus*. Sune and Stratton, 1954. New York
70. Tesauro G. *The influence of Rh isoimmunization on neonatal mortality*. Arch Ostet Ginecol 1959; 64: 727-42
71. Tesauro G. *New information about prevention of Rh isoimmunization*. Minerva Ginecol 1968; 31: 847-50
72. Tortora M. *Contributo clinico alla conoscenza del meccanismo patogenetico della "Eritroblastosi fetale"*. Rendiconti e Atti dell'Accademia di Scienze Mediche e chirurgiche, 1946; 101.
73. Tortora M. *Contributo allo studio della trasmissione ereditaria dei fattori Rh-Hr*. Arch Ostet Ginecol 1948; 52: 451
74. Tortora M. *Distribuzione dei tipi Rh-Hr nella popolazione napoletana*. Arch Ostet Ginecol 1948; 52: 455
75. Tortora M. *Il Centro studi Rh e la banca del sangue della clinica ginecologica dell'Università di Napoli*. Bollettino SIGO 1992; 4: 33-39
76. Paladini A, Di Martino D, De Luca P, Rascio B, Di Lieto A. *Influenza di alcuni fattori sociali sulla mortalità perinatale per malattia emolitica del neonato da incompatibilità Rh*. Arch Ostet Ginecol 1969; 6: 449-60
77. Paladini A, Di Martino D, De Luca P, Rascio B, Di Lieto A. *L'attività del centro per lo studio del fattore Rh della Clinica ostetrica e Ginecologia dell'Università di Napoli nei confronti della profilassi della malattia emolitica del neonato*. Arch Ostet Ginecol 1969; 6: 461-75
78. Paladini A, Di Martino D, De Luca P, Rascio B, Di Lieto A. *Procedimenti diagnostici e terapeutici nella isoimmunizzazione materno-fetale verso il fattore Rh*. Arch Ostet Ginecol 1969; 6: 476-94
79. Paladini A, Rascio B, Di Lieto A, Tinelli FG. *Stato attuale della prevenzione dell'isoimmunizzazione Rh presso la Clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Napoli*. Arch Ostet Ginecol 1970; 5: 367-75

80. Paladini A, Rascio B, Di Lieto A. *Problemi medico-sociali connessi con la prevenzione della Isoimmunizzazione Rh*. Arch Ostet Ginecol 1970; 5: 375-81
81. Paladini A, Di Martino D, De Luca P, Rascio B, Di Lieto A. *Influenza di alcuni fattori sociali sulla mortalità perinatale per malattia emolitica del neonato da incompatibilità Rh*. Arch Ostet Ginecol 1969; 6: 449-60
82. Gorman JG. , Freda VJ. and Pollack W. *Prevention of Rh isoimmunization with anti-Rh Gamma G Globulin clinical trial on mothers*. Proc. 11th Congr Int Soc Blood Transf, Sydney 1966. 1968; 29: 273-279
83. Pollack W, Ascari WQ, Kochesky RJ, O'Connor RR, Ho TY and Tripodi D. *Studies on Rh prophylaxis. 1. Relationship between doses of anti-Rh and size of antigenic stimulus*. Transfusion 1971; 29: 335-339
84. Tesauo G, Tortora M. *Medico-social organization for prevention and early diagnosis of uterine cancer*. Riv Ostet Ginecol Prat 1954; 36: 341-2
85. Tesauo G, Tortora M. *Papanicolau's method for diagnosis of cancer of the uterus*. Minerva Ginecol 1954; 15: 349-50
86. Tesauo G, Tortora M. *The Papanicolau method applied to the diagnosis of uterine cancer*. Riv Ostet Ginecol Prat 1954; 36: 339-41
87. Tesauo G. *Conceptions actuelles sur le diagnostic e le traitement du cancer de l'Uterus*. Bruxelles-Médical – Revue belge de sciences medico-chirurgicales 1953; 5: 221-45
88. Tesauo G. *Radiologic exploration in gynecology*. Acta Ginecol Madr. 1965; 16: 117-30
89. Tesauo G. *L'impianto di televisione alla Clinica Ostetrica e ginecologica*. Bollettino della Università degli Studi di Napoli. Inaugurazione dell'anno accademico 1955-56. 28-31
90. Tesauo G. *La télévision en circuit fermé dans l'enseignement des Facultés de Médecine*. Conférence au Plais de la Decouverte 1965, Paris
91. Tesauo G. *La televisione a circuito chiuso nell'insegnamento della Facoltà di Medicina e Chirurgia*. Annuario, Università degli Studi di Napoli Federico II. Inaugurazione anno accademico 1965-66
92. Musatti C. *Psicanalisi e vita contemporanea*. Einaudi; 1963. 199-200
93. *The Cone of experience - audio Visual Methods in Teaching*. New York: The Dryden Press; 1954. 42
94. Tesauo G, Martella E *Rilievi sull'importanza della televisione a circuito chiuso per l'insegnamento clinico operatorio*. Audiovisivi 1965; 3-4: 95-103
95. Tripodoro A. *Giuseppe Moscati – Il Medico Santo di Napoli*. Padri Gesuiti – 2003 Napoli
96. Sterpellone L. *Famosi e malati*. SEI Frontiere ed. 2005
97. Tesauo G. *Regolazione delle nascite e Santità della famiglia*. Atti X Corso Cristologico "La Chiesa nel mondo contemporaneo". 27 marzo 1966 – Napoli

98. Candiani GB. *L'Ostetricia e la Ginecologia degli anni 90*. Bollettino SIGO 1990; 4: 14-25
99. Moir JC. Kerr's *Operative obstetrics*. In: Monro 7th ed.: Bailliere, Tindall and Co. 1964. 3 – London
100. Seiler JJ. *The demise of vaginal obstetrics: A suggested plan for its revival*. Obstet Gynecol 1990; 75: 710
101. Steer C, Hertsch G. *Continuous observation of the fetal heart*. Am J Obstet Gynecol 1951; 62: 1139-42
102. Hellman L. *Electronics in obstetrics and gynecology*. J Obst Gynaecol Brit Cwlt 1965; 72: 896-906
103. Hammacher K, Huter K, Bokelmann J, Werners P. *Fetal heart frequency and perinatal condition of the fetus and newborn*. Gynecology 1968; 166: 349-60
104. *Intrapartum fetal heart rate monitoring*. ACOG Practice Bulletin No. 62. 2005; 105(5): 1161-9
105. Nelson KB, Dambrosia JM, Ting IY, Grether. *Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy*. N Engl J Med 1996; 334: 613-618
106. Low JA, Pickersgill H, Killen H, Derrick EJ. *The prediction and prevention of intrapartum fetal asphyxia in term pregnancies*. Am J Obstet Gynecol 2001; 184: 724-30
107. Vintzileos AM, Nochimson DJ, Guzman EF, Knuppel RA, Lake M, Schiffrin BS. *Intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation: a meta-analysis*. Obstet Gynecol 1995; 85: 149-55
108. Alfrevic Z et al. *Continuous cardiotocography as a for of electronic fetal monitoring for fetal assessment during labor*. Cochrane database Syst Rev. 2006; 19: 3: CD006066
109. Dawes GS, Meir YJ, Mandruzzato G. *Computerized evaluation of fetal heart-rate patterns*. J Perinat Med 1994; 22: 491-9
110. Arduini D, Rizzo G, Stabile E, Capponi A, Romanini C. *Approximate entropy of fetal heart rate in normal and growth-retarded fetuses*. Obstet Gynecol 1996; 87: 969-74
111. Bracero LA, Morgan S, Byrne DW. *Comparison of visual and computerized interpretation non-stress test results in a randomised controlled trial*. Am J Obstet Gynecol 1999; 181(5): 1254-8
112. Dalton KJ, Dawson AJ, Gough NA. *Long distance telemetry of fetal heart rate from patients' homes using public telephone network*. Br Med J (Clin Res Ed) 1983; 286: 1545
113. Currie JR, Dalton KJ. *Fetal home telemetry*. Midwifery 1986; 2: 202-5
114. Di Lieto A, Catalano D, Pontillo M, Pollio F, De Falco M, Schiraldi P et al. *Telecardiotocography in prenatal telemedicine*. J Telemed Telecare 2001; 7: 119-20
115. Di Lieto A, Scaramellino M, Campanile M, Iannotti F, De Falco M, Pontillo M et al. *Prenatal telemedicine and teledidactic networking. A report on the TOCOMAT project*.

Minerva Ginecol 2002; 54: 447-51

116. Di Lieto A, De Falco M, Campanile M, Papa R, Torok M, Scaramellino M, Pontillo M, Pollio F, Spanik G, Schiraldi P, Bibbò G. *Four years' experience with antepartum cardiotocography using telemedicine.* J Telemed Telecare 2006; 12: 228-33

INDICE DEI NOMI CITATI NEL TESTO

- Abouchid Edna 60
Acconci 56, 126
Adair 175
Adela 113
Adinolfi Giovanni 13, 15, 59, 218, 248
Agostino, santo 86
Aker O.N. 60
Albini Giuseppe 43, 228
Alespachin Elisabetta 141
Alfieri Emilio 56, 126
Ambrosio 59
Ambesi Impiombato Francesco Saverio 153
Isidor Alfred Amreich 219
Anderson James 60
Andreoli Cesare 218
Anzisi G. 59
Asclepio 141
Asherman Joseph G. 219
Aubry 73
Auricchio Luigi 134, 218
Auricchio Salvatore 81, 184
Aymerich 126
Ayre 212
Bacelli Guido 125
Bacialli 126
Baird D. 157
Ballantyne 35
Barnes J 157
Barone Alfonso 13, 59, 81, 82, 137
Bartholini Nicola 81
Bartolotti 180
Bassanini 162
Baudelocque Jean-Louis 33, 143
Bauhino Gaspare 141
Baumm Hass 60
Béclère Claude 220
Becquet, Madame 34
Belisario Corinzio 87
Belonoschkin Boris 60, 220
Benagiano Giuseppe 66
Benda 175
Benedetto XVI, Papa 65
Benedicto XXVII 246
Beneke 174
Berger 176
Bergonzoli Isolina 81
Berlingieri 13, 246
Bertino Alessandro 126
Beruti 28
Bessis 209
Bianchi Leonardo 41
Bickenbach W. 157
Bieniarz Joseph 179, 220
Bifulco Francesco 81
Billard 174
Blumenthal Ferdinand 53
Bodson 26, 260

Bonadonna T. 60
 Bonavolontà Natalina 81, 203
 Bonham D.G. 157
 Bompiani 56, 99
 Borghese Elio 184, 187
 Bossa Guido 134, 232, 240, 241
 Botella Lluisa 60
 Bottazzi Filippo 40, 41, 43, 228, 229, 231
 Bottini 125
 Bovicelli L. 270
 Brissaud 174
 Brockway 174
 Brown 200, 202
 Brunschwig Alexander 220
 Brusa G. 174
 Budin Pierre 35
 Bumm Ernesto 27, 42
 Buoncompagno Francesco 86
 Burghardt Epica 220
 Buscaino Andrea 184
 Buscaino Vito Maria 218
 Butler N. 157, 158, 160, 169
 Caccioppoli Renato 130
 Caccuri Scipione 218
 Cafiero F. 130
 Calabrese Urso 119
 Calcagno F. 59
 Calderoni 126
 Caldeyro-Barcia Roberto 28, 154, 177, 220, 259
 Califano Luigi 134, 218
 Campos Art da Paz 57, 60
 Candiani G.B. 254
 Capezza Concetta 81
 Cappellani Salvatore 56, 126, 133
 Cappellini 209
 Capuano Giuseppe 126
 Carbonara A. 59
 Cardarelli Antonio 41, 124, 151, 236-240
 Carelli 221
 Carenza L. 271
 Caron 34
 Caronia 100
 Castelazo-Ayala L. 157
 Castellano Antonio 271
 Castellino Pietro 41
 Cattaneo Luigi 60, 175
 Cattaneo Piero 60
 Caturani Ferdinando 81
 Ceci Giuseppe 88
 Cedrangolo Francesco 218
 Celso 213
 Cessa Giuseppe 143
 Cetroni 175
 Chevalier Raul M. 60
 Chianca Luigi 241
 Chiantera 246
 Chiara Domenico 126
 Chiari Leopoldo 126
 Chiarleoni 126
 Ciaramella Salvatore 59, 81, 246
 Ciardi Dupré Giovanni 218
 Ciliberto C. 130
 Cimmino Carmela 81
 Cirillo Domenico 124
 Cirillo Nicola 124
 Civita Teodoro 126
 Claramella S. 59

Claverini 222
 Clivio Innocente 56, 126
 Cofone 117
 Colacurci A. 59
 Colamonico 221, 222
 Coletta Alessandro 81
 Coletta Sandro 60
 Colmeiro-Laforet Carlos 60
 Corcione Enzo 80
 Conte Guida. G. 59
 Corner George W. 220
 Coronide 141
 Cosentino 126
 Costantino l'Africano 119
 Costantino, Imperatore 84
 Costanza d'Altavilla 118
 Cotte 77
 Cotugno Domenico 124
 Cova Ercole 126
 Crainz Franco 218
 Cremer Max 28, 29
 Croce Benedetto 88, 128, 239
 Crottogini 179
 Cusco 31
 Cutinelli Carmine 134, 218
 Cutinelli Letizia 153
 Cuzzi Alessandro 126
 D'Agata Maria Luisa 81
 D'Altavilla Costanza 118
 D'Amato Luigi 41, 240
 D'Ambrosio G. 232
 D'Onofrio Felice 232, 241
 D'Onorio Armando 246
 dal Falco Luciano 236
 Danesino Vittorio 13, 57, 58, 81, 82,
 139, 219, 245, 246, 247, 274
 Dargent Marcel 220
 Davis 173
 De Almeida Fernando 60
 De Crecchio Luigi 85
 De Falco Marianna 267
 De Filippis Amalia 59, 81
 De Filippo Eduardo 89
 De Francis Pisero 184, 241
 De Giovanni Giuseppe 234
 De Grost J. 60
 de La Tour Etienne Sébastien 18
 de la Ville sur Yllon Ludovico 88
 De Luca Pasquale 204
 De Moraes Arnaldo 60
 De Renzi Salvatore 124
 de Ritis Ferdinando 184, 219
 de Ruggiero Trotula 114, 115
 de Watteville Pierre Hubert 60, 154,
 220
 Debiasi Ettore 219
 Decio 126
 Del Bianco Celestino 13, 59, 81, 82,
 150, 151, 180, 246
 Del Torto 134
 Delle Donne Fulvio 111
 Delle Piane Giuseppe 60, 68, 69, 206,
 219
 Demetra 85, 228
 Depaul Jean-Anne Henri 11, 21, 25,
 260
 Destro F. 271
 Dexeus Santiago 220
 Dhillon H. 157
 Di Giacomo Salvatore 88

Di Guglielmo 241
 Di Lieto Andrea 7, 9, 152, 153, 204,
 267, 268
 Di Martino Dario 204
 Diana 85
 Diano Giacinto 86
 do Amaral Ferriera Clarice 60, 217
 Doderlein Gustav 60, 217
 Dohrn Anton 152
 Donatelli 134
 Donner Martin Walter 220
 Doppler Andreas 28
 Dossena 56
 Douairre Odette 61
 Douay Eugène 49, 74,-78, 215, 220,
 226, 269
 Dumont 39
 Durante Mangoni Vincenzo 241
 Ehrenfest J. 174
 Ehrlich Paul 151
 Elena Petrovic Niegos 127
 Elliot 208
 Enrico IV di Hohenstaufen 118
 Fanelli Alfredo 59, 81
 Fanzago Cosimo 84
 Farabeuf Louis-Hubert 33
 Faure Jean Louis 49, 50, 74, 76, 78,
 226
 Federico I Barbarossa 118
 Federico II di Svevia 107
 Federico Ruggiero 119
 Ferguson Haig 35
 Fernstrom 179
 Ferrari Domenico 126
 Ferrari Enzo 59
 Ferrari Vincenzo 59, 81
 Ferriera do Amaral 61
 Ferroni Ersilio 126
 Figueroa Casas Pedro 61
 Fikentsher Richard 65
 Fischer 26
 Flegia 141
 Fleming 176
 Florent Denoix Pierre 220
 Ford 174
 Forestier 22
 Fornero 56
 Foucault 114
 Fra' Gerardo Sasso di Scala 120
 Francesco III di Modena 125
 Franza Carlo 13, 81, 246
 Freda V.J. 206
 Freud Sigmund 145, 174
 Frigeri Enrico 81
 Fuentes Carlos 47
 Funck-Brentano Paul 220
 Gagliardi L. 270
 Gaifami Paolo 56, 126
 Galeazzi Lisi Riccardo 59
 Galeno 113
 Galeotti 143
 Garibaldi Giuseppe 239
 Gasbarrini Antonio 59
 Gedda Luigi 59
 Gemelli Agostino 239, 240
 Gerardo Sasso di Scala Fra' 120
 Gerli 246
 Gevers Rudolph H. 61
 Giardino Giosuè 219
 Giordani S.E. 221

Giordano Michele 233, 234
 Giovanni Battista, Santo 120
 Giovanni l'Elemosiniere 120
 Giovanni Paolo II 65, 232, 233, 234
 Giovanni Plateo il Giovane 114
 Giraud 182
 Giusti G. 274
 Giustiniani Ignazio 87
 Goethe Wolfgang 140
 Goodlin 259
 Gorman W. 206
 Gowers 174
 Graziani Aldo 81
 Greco D. 130
 Green Armytage V.B. 61
 Grella Pasquale 72, 73, 270
 Grontoft 182
 Gruntngen 176
 Guaschino S. 274
 Guerrero Carlo D. 60
 Guida C. 59
 Hagberg 181
 Halban Joseph 148, 149
 Hammacher Konrad 28, 259, 260
 Hankins 181
 Harvey William 22
 Helinus 113
 Hellinga Gerhardus 220
 Hellman 259
 Hillis 26
 Hodgkinson C.P. 157
 Hon 26, 28, 29, 176, 177, 259
 Huggett G. 220
 Hultin H. 157
 Ierace Francesco 46
 Imre Zoltàn 220
 Ingelman-Sundberg A. 157
 Ingiulla Wladimiro 126, 219
 Ingrassia Giovanni Filippo 124
 Inverardi 126
 Iorio Giuseppe 187
 Ippocrate 22, 113, 174, 243
 Jaggard 26
 Jappelli 44
 Jemma Rocco 41
 Jhavery C.L. 61
 Joerg 174
 Joffe Debora 61
 Jolanda di Savoia 127
 Jordania I. 220
 Kakuichi Ando 60
 Kaminetzky Harold E. 154
 Kangas 175
 Kennedy 25, 260
 Kergaradec 262, 269
 Kilian 26
 Kloosterman Gerrit Jan 157, 220
 Kottmeier H.L. 220
 Kouros Nicolas 61
 Kubli 176
 La Torretta Giacomo 13, 73, 81, 82, 195, 200, 244
 Laënnec Théofile-René-Marie-Hyacinthe 17-22, 269
 Lambertini Gastone 134, 219, 241
 Lambillon J.G. 61
 Landsteiner 198, 200
 Lanzara Antonio 134, 218
 Lauro Vincenzo 13, 81, 126
 Lazzari Dionisio 87

Le Jumeau Jacques Alexandre 17-21
 Leonardi Cattolica Pasquale 126, 188
 Leonardo da Vinci 24
 Leone XIII 239
 Leopold 32
 Lesinski 176
 Liardo M. 59
 Licon A. Maria 59, 81
 Lister Joseph 28
 Little William 174
 Livrea Antonio 153
 Lonardo Rocchina 81
 Loffredo Sampaolo Carla 241
 Longo Vito A. 219
 Luponi Antonia 153
 MacLennan 181
 Macciotta Massimo 219
 Madama I.S. 157
 Mafalda di Savoia 127
 Magrassi Flaviano 219
 Maione 59
 Malato Mario 81
 Malcovati Piero 61
 Mallarello Augusto 59
 Malthus T. 243
 Mancuso Salvatore 66
 Mandruzzato G. 270
 Mangiagalli Luigi 52, 53, 126
 Mannato Antonia 81
 Manquest De La Motte Guglielmo 170
 Marone A. 59
 Marranzini Alfredo 234
 Martella Enzo 13, 57, 60, 81, 82, 137,
 154, 210, 246, 248
 Martinolli 175
 Martius Heinrich 220
 Masi 180
 Massazza Mario Serafino 56, 219
 Matronola Martino 6, 247
 Matteo di Parigi 122
 Mauriceau François 143
 Maurizio Eugenio 56, 61, 68, 69, 219
 Mauro 119
 Mauvais-Jarvis Pierre 220
 Maxwell Roland 61
 Mayor 21
 Mazzeo Mario 134, 219, 234, 241
 McKiddie 175
 Meigs 212
 Melèsurgo Guglielmo 46
 Melli Sebastiano 124
 Méndez-Bauer Carlos 220
 Merciers H. 157
 Mercurio Scipione 142
 Merialdi A. 270
 Merlino Antonio 219
 Micheli 175
 Migliori 175
 Mimmi Marcello 241
 Miraglia Luigi 88
 Miranda Carlo 9, 126, 130
 Miranda Giovanni 9, 41, 43, 126,
 128-133, 139, 140, 145, 188, 269
 Misasi Nicola 219
 Moggi 180
 Moir 255
 Monaldi Vincenzo 134, 219
 Montanari G.D. 270
 Montemagno Ugo 11, 13, 59, 66, 81,
 196, 197, 219, 246, 272, 274

- Montoneri C. 270
Moracci Espedito 13, 139, 219, 246
Moranti 206
Morganti 200
Montesano P. 59
Moricard René 220
Morisani Ottavio 33, 78, 79, 80, 126-128, 131, 139, 188
Moscarini Massimo 271
Moscati Giuseppe 227-235, 237, 241
Moscati Nina 229
Motta Giuseppe 13, 139, 219
Mourant 209
Mugnes 182
Murano Giulio 180, 219
Muratori Ludovico Antonio 124
Murray Edmondo G. 57, 60, 220
Muscettola Giuseppe 219
Nagar Benito 13, 82, 137, 244, 246-250
Nappi Raffaele 57, 199, 200, 208
Napolitano M. 59
Nastri Antonio 230
Negri 126
Nerone 90
Nesbitt 73
Nicola, Re del Montenegro 127
Nixon W.C.W. 154, 158
North 174
Nouel Carlos 61
Novak F. 213, 220
Novotny Antonin 220
Nozart A. 157
Nufer Giacomo 141
Nufer Giovanni 142
Nunziantè Ippolito 126
Nuzzolillo 98
Ovidio 141
Pachì A. 270
Pagano Giuseppe 81
Pagano Valerio 86
Pajot Charles 37
Paladini Alfredo 13, 72, 81, 147, 204, 207, 219, 224, 246, 270
Paladino Giovanni 124, 230
Palasciano Ferdinando 124
Palmer Raoul 65, 76
Palmieri Vincenzo Maria 134, 219, 241
Pánczél M. 268
Pane 44
Panella Italo 219
Panini 246
Pansini Sergio 124, 240
Panzer 32
Paolo VI, Papa 230, 242
Papanicolau 210-214
Parascandolo Teatino Marco 86
Pardi 270
Paroli 126
Pasquale II, Papa 120
Pasteur Louis 26
Paul R. 261
Peabody F.W. 270
Pearl Greenhill Jacob 220
Pecorelli Sergio 270
Pende 56
Pernice 21
Persianinov L.S. 220
Persico Mariano 13, 59, 81, 268, 272

Peruzzi 125
 Pescetto Giuseppe 219
 Pestalozza Ernesto 66, 93, 95, 126
 Peyron 49
 Pezzani Massimo 81
 Pfaundler 175
 Pianese Giuseppe 41, 44
 Piazza Marcello 184
 Piccinini Guido Maria 43, 124, 219
 Pietro Leopoldo 140
 Pietropaolo F. 270
 Pinard Adolphe 11, 25-27, 30-39, 50,
 51, 69, 92, 100, 102, 148, 260, 262,
 269, 272
 Pineau Séverin 33
 Pio XI, Papa 238
 Pio XII, Papa 57, 62-65, 229
 Plateo Giovanni il Giovane 114
 Plinio il Vecchio 140
 Poincaré H. 251
 Pollack J.G. 206
 Pollio Fabrizio 267
 Polvani F. 274
 Pontieri Ernesto 184, 187, 221, 222
 Pontus 113
 Porro Edoardo 28, 126
 Poseiro Juan José 220
 Potter 175
 Preziosi Paolo 184
 Prochownick 149
 Pundel 213
 Purandare B.N. 157
 Purri Paolo 153
 Puzos Nicolas 32
 Quaglia Pier Paolo 46
 Quagliariello Gaetano 241
 Quattrin Nevio 241
 Quinto Pietro 191, 192, 219
 Ragucci 246
 Ramsey Elizabeth M. 179, 220
 Ranieri Eteocle 126
 Rascio Bruno 204
 Raso Mario 241
 Ratti Achille 238
 Ratzinger Joseph 65
 Rea Domenico 89
 Readorn 177
 Reid D.E. 157
 Renan Ernest 17
 Resinelli Giuseppe 126
 Revoltella 56, 175
 Reynolds Samuel R.M. 220
 Ricciardi Italo 81
 Richet Alfred 31
 Roberts 174
 Romanini Carlo 99, 259, 260, 270
 Romano C. 241
 Rondanelli G. 274
 Roussel Legge 36
 Rovetta 180
 Rozin 61
 Rubin 78
 Ruggero di Frugardo 119
 Ruggero II il Normanno 107
 Ruggieri Ettore 134, 219
 Rummo Gaetano 124
 Rydberg 174
 Saccucci Iolanda 81
 Sacombe Jean François 143
 Salernus 113

Saling 177-179
 Sallusto Maria 81
 Salomonsen 174
 Salvatore Francesco 184
 Salvatore Gaetano 11, 184, 187, 193, 194, 219, 272
 Sandford 174
 Sándor Ferkó 220
 Sanfelice Ferdinando 84
 Sansone 209
 Santoni Armando 219
 Saunders 175
 Savoia Vincenzo 81
 Scaglione 56, 126
 Scala Vincenzo 241
 Scarpa Antonio 125
 Schauta Friederich 54
 Schipa Michelangelo 88
 Schreiner 176
 Schultze 149
 Schwartz 26
 Scipione l'Africano 140
 Scoppetta Gaetano 41-43, 245
 Seiler 257
 Semm Kurt Karl Stephan 61, 65, 66
 Semmelweis Ignaz Philippe 23
 Serao Matilde 89, 239
 Servando O. 219
 Severino Marco Aurelio 124
 Sigault Jean-René 33
 Sigerist H.E. 53
 Simmons 143
 Smith 143, 177
 Soulayrol 182
 Spinelli Pier Giuseppe 33
 Spirito F. 139
 Spirito Salvatore 126
 Spoto Pompeo 219
 Stallworthy J. 154
 Stampacchia G. 130
 Stebbins 208
 Steer 259
 Stefanini P. 224
 Stoeckel W. 54, 139
 Stofft 26, 260
 Stone Abraham 57
 Stoppelli F. 130
 Strauss, Senatore 35
 Stubbs C.H.G. 61
 Studenikin M. 157
 Sureau 28, 154, 170, 176, 220, 259, 260
 Sylvester 149
 Tanaron Pietro Paolo 91, 140, 258
 Tarnier Stéphane 11, 26, 31, 35, 148
 Tarsitani Domenico 126
 Taylor H.C. 154
 Tecce Soccorso 241
 Tertulliano l'Africano 144
 Tesauo Maria 49, 59
 Tesauo Antonietta 228
 Tesauo Beniamino 13, 49, 58, 137, 234, 272
 Tesauo Giuseppe 1-276
 Tesauo Paolo 13, 217
 Tibone Domenico 126
 Tommasi Salvatore 124
 Tommaso d'Aquino, Santo 119
 Torella Mario 81
 Török Miklós 266

Torraca Francesco 88
Tortora Mario 13, 57, 139, 152, 198-
200, 208, 209, 210, 212, 214, 219
Towsend S.L. 157
Tramontana 13, 246
Trinchera Stefano 126
Trombetti Guido 9, 131
Turco Livia 271
Umberto I di Savoia 239
Unger L.J. 208, 209
Usandizaga Manuel 220
Usuelli 56
Vaglio Nicola 13, 61, 81, 82, 139, 192,
193, 196, 197, 219, 246
Valle Giuseppe 219
van Assen Frans Johan J. 219
van Loghem 209
Vanzetti 125
Varangot Jacques 220
Varnier 33
Vecchietti Giuseppe 219
Ventura A. 59
Verdi Giuseppe 239
Verga Pietro 134, 219, 221
Viana 56
Vicarelli 126
Vico Giambattista 123
Vigeland Adolph Gustav 51
Vintzileos 262
Virno Vincenzo 42
Vittoria d'Inghilterra 28
Vittorio Emanuele II 239
Vittorio Emanuele III 127
Volpe 181
Voltaire 38
von Hebra Ferdinand 23
Vozza Francesco 61, 175
Wallace H.M. 157
Weill-Hallé 69
Weisbrot 177
Weisman Abner I. 61
Wertheim Ernst 226
Weyhe 174
Wiener 198-204, 208
Williams W.W. 61
Winter George 148, 149
Würzburg Giovanni 120
Ylppò 174
Young Simpson James 28
Zagari Giuseppe 240
Zannini Giuseppe 184, 191, 219
Zingaropoli A. Maria 81
Zola Emile 31
Zondek Bernhard 220
Zullo Francesco 59



Andrea Di Lieto, è Professore Ordinario Ginecologia e Ostetricia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Nato ad Amalfi (SA) il 18 giugno 1944, si è laureato e specializzato in Ginecologia ed Ostetricia cum laude presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli. Ha ricoperto i seguenti incarichi: Borsista rettorale e ministeriale, Medico Interno con Compiti Assistenziali, Vincitore del Premio di Operosità scientifica dell'Università di Napoli nel 1974,

Aiuto presso la Puericultura Prenatale della II Facoltà, Contrattista Quadriennale per il gruppo di discipline di Ostetricia e Ginecologia presso la II Facoltà di Medicina, Ricercatore Confermato nelle discipline Ostetriche e Ginecologiche, professore Associato di Ginecologia ed Ostetricia, Responsabile di Struttura Complessa di Medicina dell'Età Prenatale dal 1996, Coordinatore del Corso Integrato di Ginecologia ed Ostetricia, Coordinatore del Dottorato di ricerca in Fisiopatologia della Riproduzione umana e Coordinatore della Commissione di Telemedicina ed e-learning dell'Associazione Ginecologi Universitari Italiani (A.G.U.I.)

Attività didattica: Consiglio di Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia, Corso Integrato di Ginecologia e Ostetricia, Corso di Laurea in Biotecnologie, Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, Corso di Laurea in Ostetricia, Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, Direttore del Corso Universitario di Perfezionamento in Cardiotocografia Convenzionale e Computerizzata, Componente e Presidente della Commissione Esami di Abilitazione, Coordinatore del Dottorato di Ricerca in Fisiopatologia della Riproduzione umana, Responsabile di progetti di e-learning e didattica multimediale.

Servizi prestati nell'ateneo: Componente del Senato Accademico (1996-2001); Componente della Commissione Didattica del Senato Accademico; Componente della Commissione Farmaci (1996); Componente del Consiglio di Amministrazione (dal 2001 al 2006).

Attività scientifica: In Ostetricia: attività di ricerca sulla Fisiopatologia materna ed embrio-fetale, sulla Telemedicina prenatale e Telecardiotocografia convenzionale e computerizzata; Coordinatore di progetti regionali, nazionali e internazionali di Telecardiotocografia convenzionale e computerizzata (TOCOMAT 1999; CYBERFETUS 2000; NEUROMATIC 2002; e Responsabile dell'Accordo Culturale con la Semmelweis University – National Health Center di Budapest, nell'ambito del Progetto EUROTOCOMAT relativo al POR Campania 2000/2006.)

In Ginecologia: effetti delle terapie ormonali sulla ghiandola mammaria e sull'utero, con particolare riferimento al ruolo dei fattori di crescita peptidici e sulla matrice extracellulare dei tumori benigni. Relatore in numerosi congressi nazionali e internazionali.

Autore di 300 pubblicazioni su riviste di rilevanza nazionale e internazionale, di cui alcune sulla storia della Medicina e della Ginecologia.

Attività assistenziali: Dal 1996, Responsabile di Struttura Complessa di Medicina dell'Età Prenatale.