

Franco De Rosa
Ordinario di Malattie Infettive - Università "La Sapienza" Roma
Accademico - Accademia Medica di Roma

Medicina e ingiustizia ai nostri giorni

Lettura detta il 14 dicembre 2006 nel 132° A.A.

Dedicata a Daniela
Ai nostri figli Francesco Giuseppe
Alessandro Antonio
Amelia Elena
Antonella Grazia
Alle nipotine Giulia e Lavinia

*L'autore ringrazia la Sig.ra Santina Malatesta per la pazienza e l'affetto
esternati nella decifrazione e trascrizione dei manoscritti.*

Presentazione

Partendo dalla constatazione che la sanità italiana rischia di essere travolta a breve dalla moltitudine dei procedimenti connessi al contenzioso paziente-parenti-medico, l'autore ha ritenuto utile esternare le proprie riflessioni sulla tanto complessa quanto inquietante problematica.

La lettura inizia con brevi considerazioni sui rapporti fra giustizia e dittature nel secolo scorso, per proseguire con alcuni spunti sulla giustizia dei vincitori; seguono considerazioni sulla medicina contemporanea, su giustizia e malasanità, sui rapporti fra protocolli, linee guida e giustizia ed esemplificazioni tratte dalla esperienza personale; si conclude con un tentativo di sintesi.

È ripetutamente toccato il tema della "Giustizia" e cioè di uno di quei valori che, costantemente presenti in una società organizzata, riuniscono in sé passato, presente e futuro in quanto:

il passato offre l'esperienza

il presente dà la possibilità di scelta

il futuro garantisce la speranza.

La lettura desidera evidenziare quella libertà di pensiero che dovrebbe caratterizzare un professore universitario, non ha e non pretende di avere alcun valore giuridico e vuole esprimere soltanto l'amarrezza di un medico che vede crollare la tradizionale umanità della sanità italiana per implosione propiziata dai contrasti giudiziari paziente-parenti-medico ed esterna tristi considerazioni sulla grama situazione della medicina clinica contemporanea e su quanti, pur umiliati e delusi dalla rottura del rapporto di rispetto reciproco tra medico e paziente, si ostinano ad esercitarla con l'amore e la passione che li ispirarono in anni giovanili.

La lettura come sempre mira a tutto tranne che a suscitare indifferenza e si può chiudere ancora una volta sperando che l'autore non meriti le parole che Majakowskij esprime su giovani colleghi autori di liriche a lui non gradite: "questi giovani sono colpevoli non tanto perché hanno i testicoli, ma perché questi sono più grossi della testa".

Dittature e Giustizia

Le dittature che hanno devastato il mondo nel secolo XX hanno avuto complesse interazioni con il Diritto delle Nazioni specificamente interessate.

In URSS la filosofia giuridica degli anni Venti aveva insegnato che la legge era il prodotto di un sistema sociale dominato dal concetto di classe per altro destinato a scomparire sotto il socialismo: era teorizzato infatti che quando la società sovietica fosse progredita verso il comunismo, il crimine sarebbe gradualmente scomparso e la legge sarebbe stata sostituita da un sistema amministrativo fondato su principi sociali anziché giuridici.

Vale la pena sottolineare quanto disse Lenin e cioè che “la amministrazione dello Stato, a rivoluzione conclusa, sarà così semplice che anche una cuoca potrà espletarla” e quanto, successivamente “al plenum di gennaio 1934 del Comitato Centrale il Grande Capo dichiarò: “l’abolizione dello Stato si sarebbe ottenuta mediante... il massimo rafforzamento del potere Statale!” (A. Solzenicyn . Arcipelago Gulag III-IV- A. Mondadori 1975).

Non mi meraviglio per la frase ad effetto di Lenin né per quanto espresso da Stalin ma piuttosto del fatto che in tanti ci abbiano creduto... (o, benevolmente, che molti fra i tanti abbiano fatto finta di crederlo...).

Negli anni Trenta l’avvocato-giurista Vyshinskij, (quello stesso che, seguendo il Grande Capo pensava di favorire l’abolizione dello Stato “attraverso il massimo rafforzamento del lavoro correzionale”), si incaricò di mettere a punto una teoria giuridica sostitutiva; tutto l’ordinamento, egli spiegò, doveva essere l’espressione della classe dominante sostenuta dalla forza: nello Stato socialista esso esprimeva la volontà del proletariato e non scompariva affatto, ma diveniva espressione della volontà di tutto il popolo attraverso il potere dello Stato.

Fu promulgata nel 1936 la “Costituzione staliniana” che garantiva: suffragio universale diretto e segreto, garanzie sui diritti civili di tutti i cittadini incluse le libertà di parola, di stampa e di culto, la libertà di riunirsi in assemblea e di promuovere manifestazioni di piazza, nonché il diritto alla

proprietà personale, alla inviolabilità della corrispondenza e del domicilio ed alla sicurezza della persona.

Stalin definì la Costituzione come “la più democratica del mondo”, ma tutti sanno come operò praticamente facendo convivere la popolazione con il regno del terrore, cancellando con le idee (personali?) di Vyshinskij e con l’aiuto del procuratore generale Rudenko ogni principio di equità processuale, permettendo l’impiego sistematico della tortura per estorcere fantasiose confessioni a conferma di altrettanto fantasiose accuse basate su motivi inesistenti (spionaggio a favore di Stati esteri da parte di poveri abitanti di villaggi dell’interno, cospirazione antisovietica, sabotaggio, attività antistatale, propaganda anti-sovietica etc.) così che troiche di giudici firmarono condanne in serie, vuoi per convinzione politica, vuoi più spesso per la necessità di sopravvivere.

Nei miei frequenti viaggi in Russia ebbi modo di incontrare una interprete che aveva lavorato nel KGB; a lei espressi la mia ammirazione per la metropolitana di Mosca facendo commenti anche sugli immaginabili elevati costi, vista la ricchezza di statue, marmi e lampadari in molte stazioni.

La interprete non si scompose e disse che i costi non erano stati eccessivi: erano stati utilizzati largamente lavoratori forzati e quando il loro numero non era sufficiente si provvedeva inoltrando una richiesta...

Anche in Germania ci furono giuristi che collaborarono attivamente per la teorizzazione di principi favorevoli al nazismo (M. Weinseich. I professori di Hitler-il Saggiatore 2003).

Il Dr. Dietrich in un periodico giuridico fu in grado di concludere che un crimine compiuto a maggior gloria del Reich non era assolutamente un reato scrivendo: “possiamo pertanto concludere che se la legge deve essere rettamente interpretata, il fine della nazione deve essere considerato, senza bisogno di ulteriori discussioni, un motivo valido per escludere la colpevolezza”.

L’eminente giurista Huber (A. Bullock, Hitler e Stalin. Vite parallele-Garzanti 2004) scrisse: “la carica del Fuhrer è emanazione del movimento nazionale socialista.

Originariamente essa non era una carica statale .Tutta l’autorità pubblica tanto nello stato quanto nel movimento deriva da quella del Fuhrer (Fuhrerprinzip). Il termine corretto che sta ad indicare l’autorità politica nel Reich popolare non è quindi “l’autorità dello stato” bensì “l’autorità del Fuhrer”.

Pertanto ai giudici molti dei quali provavano simpatia per la “rivoluzione nazionale”, veniva costantemente ripetuto dalle autorità e dalla stessa lega nazionalsocialista dei giuristi tedeschi che,

alla base della loro interpretazione dovesse essere posto non il fondamento giuridico bensì l'ideologia nazista, i discorsi e le decisioni del Fuhrer ed i "sani sentimenti del popolo".

Una caratteristica fondamentale del diritto nazista fu il riconoscimento della disuguaglianza dei cittadini di fronte alla legge; questo principio divenne nella pratica deleterio sia in quanto correlato alla presunta, non dimostrata né dimostrabile, superiorità della razza ariana nei confronti delle altre, sia perché correlato alla esistenza di "giustizia di polizia" e cioè al riconoscimento alle forze di polizia non solo di indagare, ma anche di condannare ed eseguire le condanne. (R. Gellately. Il popolo di Hitler. Longanesi e C. 2002).

Le discriminazioni messe in essere dal nazismo furono quotidiane e più o meno gravi, sino a giungere alla distruzione fisica; non è difficile affermare che la vita di ogni giorno fu per molti costellata di difficoltà.

Un aneddoto: si racconta che un ebreo sposò una cattolica e fu per questo allontanato dai suoi correligionari, per poi essere successivamente perseguitato dai nazisti proprio perché ebreo; in epoca post bellica il "fortunato cittadino" lavorò per il Ministero degli Esteri e non mancarono nuove discriminazioni perché come tedesco era ritenuto un nazista. A fronte delle ripetute discriminazioni, l'interessato fu fortunato perché riuscì comunque a salvare la vita.

Allo scrivente piace ricordare, senza alcun commento, quanto disse W. Churchill per celebrare la battaglia di Midway, nella quale gli USA distrussero la flotta combinata giapponese ponendo fine alle mire espansionistiche del Sol Levante:

"Negli annali della guerra non troverete nessun evento più intenso e scioccante di questa battaglia nella quale sono state splendide le qualità della marina e dell'aviazione degli Stati Uniti e quelle della razza americana..."

Non bisogna però pensare che solo i magistrati furono accomodanti con il regime; infatti se il 25% degli uomini di legge aderì al partito nazista, va notato che essi seguirono il gruppo professionale più nutrito di iscritti che raggiunse una punta pari al 44,8% dei medici!

Alcuni degli entusiasti seguaci del nazismo trionfante si giustificarono poi dicendo che lo avevano fatto "per cercare di controllare gli eccessi interni al partito".

Viene fatto di pensare che sia più corretto affermare che se uno desidera prevenire degli eccessi o genericamente una follia, è bene che abbia un comportamento chiaramente contrario piuttosto che esprimere un atteggiamento collaborativo.

Hitler fu nominato cancelliere il 30 gennaio 1933 e subito cominciò ad agire contro gli Ebrei in modo concreto e purtroppo immediatamente efficace.

Il Dr. Hans Krebs (premio Nobel 1952) allora giovane assistente di laboratorio nell'ospedale di Friburgo, ha ricordato che fu impressionato dall'impatto concretamente devastante della campagna antisemita: "dopo pochi giorni dall'inizio del potere di Hitler, uniformi naziste apparvero dovunque; i colleghi dell'ospedale che avevano prima manifestato tenui simpatie, vennero subito notati nelle uniformi di organizzazioni naziste" (I. Cornwell-Hitler's scientists-Penguin Books 2004).

Vogliamo ricordare che solo quattro mesi prima (della nomina di Hitler a cancelliere), il prof. Rehn preside della Facoltà di medicina di Friburgo, aveva raccomandato il giovane dr. Krebs per un incarico di insegnamento e che lo stesso preside il 12 aprile 1933 gli inviò una secca lettera di licenziamento "fino a nuovo ordine" in base alle disposizioni ministeriali che impedivano agli Ebrei di lavorare per strutture governative.

Furono così allontanati dall'Università e da altre strutture governative circa 1500 professori e scienziati ed a chi fece notare quanto il provvedimento fosse ingiusto e soprattutto molto dannoso per il Reich, Hitler rispose: "per qualche anno faremo a meno della scienza!"

Quando anche i libri di S. Freud andarono ad arricchire i "falò purificatori nazisti", insieme, tra gli altri, agli scritti di Einstein, il grande psicologo commentò: "almeno bruciano in ottima compagnia! "ed a chi gli fece notare che rischiava di essere ucciso rispose: "è un modo di morire come un altro".

Per sottolineare insieme la quiescenza alle leggi ed il tipico burocratismo teutonico integralista, obbediente ed acritico ricordiamo che il prof. Otto Warburg (premio Nobel 1932) potè continuare a lavorare perché prestava la sua opera in un Istituto privato finanziato dalla Rockefeller Foundation e da altre Istituzioni internazionali e non per il governo nazista.

Volutamente non ricordiamo come si svolse la immensa tragedia dell'Olocausto se non per affermare che le leggi naziste prima persecutorie e poi addirittura omicide e comunque mai rispondenti al concetto di "Giustizia", trovarono largo consenso nella popolazione che profitò ampiamente dei benefici economici derivanti dalla arianizzazione di negozi, fabbriche, abitazioni e beni di Ebrei. Alla fine della guerra nessuno sapeva!

Ora permettiamoci una piccola e significativa digressione.

Durante il nazismo si realizzarono importanti progressi medici sia teorici che pratici: furono identificati in modo chiaro i rapporti tra fumo e cancro del polmone, iniziarono con il determinante sostegno del regime le prime vaste campagne per la prevenzione del cancro del seno (malattia che portò alla tomba Klara Hitler, madre del dittatore, mentre era curata da un medico ebreo...) e del cancro dell'utero, furono organizzate fabbriche a "circolo chiuso" per impedire ai lavoratori il contatto con derivati dell'anilina, furono introdotte nuove tecnologie e "campagne anti polvere" per evitare il contatto con polveri di asbesto (di cui era stato dimostrato il potere cancerogeno), furono promosse campagne "salutiste" sull'alimentazione, sulla vita all'aria aperta etc. etc.

In particolare il regime ebbe una intensa attività contro il fumo di tabacco: il prof Astel rettore dell'Università di Jena, e fervente nazista (si suicidò alla caduta del regime) strappava le sigarette di bocca a chiunque fumasse all'interno della "sua" Università!

L'orientamento generale contro il fumo non impedì per altro all'industriale Trommler di fabbricare le sigarette Sturm i cui proventi andavano a finanziare le SA (almeno sino al 1934).

Tra i vari industriali del tabacco si ricorda Reemstma che nel 1921 occupava circa l'1,5 del mercato delle sigarette vendute in Germania per passare gradualmente al 70% nel 1939 dopo la rilevazione di tante altre fabbriche tra cui le sei più grosse manifatture di tabacco cecoslovacche.

L'industriale Reemstma fu inizialmente sottoposto a violenti attacchi dal partito nazista, ma gli attacchi cessarono dopo un incontro con il Dittatore ed un altro successivo nell'agosto 1933 con Goering. La letteratura riporta (R.N. Proctor: La guerra di Hitler al cancro-Raffaello Cortina Editore 2000) che "Reemstma si sarebbe impegnato a versare al maresciallo del Reich tre milioni di marchi ed altri nove milioni successivamente..."

Sta di fatto che al processo di Norimberga Goering dichiarò che l'industriale aveva versato sul "Fondo Adolf Hitler" una cifra totale che ammontava a 7,276 milioni di marchi dell'epoca (una cifra veramente enorme!).

E' probabile che si volesse soltanto tracciare la strada per indicare come finanziare i partiti a beneficio delle democrazie post-belliche: in ogni caso non è dato trovare traccia di particolari e coraggiosi interventi della Magistratura sui metodi di finanziamento del partito nazista: "tutti tengono famiglia"...

Vale la pena ricordare quanto disse il 18 aprile 1942 H. Von Moltke, constatato il deserto di cui era costellato il presente della Germania dentro e fuori dei suoi confini: "per noi l'Europa del dopoguerra non è tanto un problema di confini e di militari, di complicate organizzazioni e grandi

piani. L'Europa del dopoguerra sta nell'interrogativo: come si può ristabilire l'immagine dell'uomo nel cuore dei nostri concittadini?"

(E. Collotti. L'Europa nazista-Giunti 2002).

Prendiamo uno spunto da I. Montanelli (Storia d'Italia vol. 8 RCS 2003) per parlare di cose di casa nostra: "gli Ebrei in Italia (circa l'1/1000 della popolazione) erano tanto integrati nella società che uno dei correligionari ortodossi ammoniva: "gli Ebrei d'Italia inebriati dai successi nella politica, nelle scienze, nelle industrie, nelle arti, nel giornalismo, si avviavano sulla china della più completa assimilazione, aprendo la via, per la sopravveniente generazione, all'assorbimento o all'annullamento di sé stessi!"

Ad Emil Ludwig il Duce comunque dichiarava che "il razzismo era una stupidaggine e che l'antisemitismo non esiste in Italia".

A sua volta il periodico sionista Israel scriveva che "dopo dieci anni di regime fascista, il ritmo spirituale della vita ebraica in Italia è più intenso, assai più intenso di prima... in un clima storico come quello del fascismo riesce più facile ai dimentichi di ritrovare il cammino della propria coscienza, ai memori di rafforzarlo, presidiandolo di studio e di opere".

Nonostante tali positive premesse nel 1938, dopo tanto altalenare, il fascismo decise di dare avvio alla persecuzione razziale: "il maestro Mussolini imitava l'allievo Hitler pur senza ricalcarne pedissequamente gli eccessi e le crudeltà".

Fu comunque la prima grande deleteria conseguenza dell'alleanza con il nazismo. Mi ha ricordato un anziano collega infettivologo che un giorno andò a scuola e non trovò più al suo posto il compagno di banco ebreo, commentando: "aprii gli occhi sul regime".

In conseguenza delle leggi razziali in Italia "96 professori universitari, 164 professori di scuola media e 195 liberi docenti dovettero immediatamente lasciare, all'inizio dell'anno scolastico, l'insegnamento".

La perdita del lavoro fu nulla in rapporto a quanto accadde poi in conseguenza del rastrellamento nel ghetto di Roma il 16 ottobre 1943: ricorda la marchesa Fulvia Ripa di Meana che osservò autocarri pieni di bambini e che "vidi nei loro occhi terrorizzati, nei loro visi impalliditi come per il dolore, e nelle loro mani tremanti che si stringevano alla fiancata dell'autocarro, i segni della folle paura che li sopraffaceva... In fondo ad un autocarro giacevano in disordine sopra una panca neonati gementi sotto la pioggia". Alcuni autocarri passarono davanti a S. Pietro deliberatamente

così che le SS distaccate a Roma per il rastrellamento, potessero dare un'occhiata alla celebre Chiesa (I. Cornwell-Il papa di Hitler-Garzanti 2000).

Merita di essere ricordato un altro punto che si riferisce sempre al concetto generale di Giustizia: Mussolini chiese il giuramento di adesione e di fedeltà ai principi del fascismo ed il rifiuto del giuramento era incompatibile con la possibilità di lavorare per lo Stato. L'atteggiamento della Chiesa fu, come sempre, "esemplare, chiaro e risolutore"; Pio XI propose il seguente consiglio: "sapendo come tessera e giuramento sono per moltissimi condizione per la carriera, per il pane, per la vita... fare davanti a Dio la riserva: salvi i doveri di buon cristiano" (E. Rossi: Manganello ed aspersorio-Kaos edizioni 2000).

Non per nulla si diceva che il distintivo PNF non significasse "partito nazionale fascista", ma semplicemente "per necessità familiare"...

Il giuramento fu chiesto anche ai professori universitari e su un totale di 1224, solo 12 rifiutarono di sottoscriverlo; vale la pena di ricordarli perché sono i nostri Eroi o, con le parole di Ettore Cardi, i nostri Santi, che indicano ancora oggi la via maestra della dignità professionale:

Giorgio Levi Dalla Vida - Orientalista - Roma

Gaetano De Sanctis - Storico - Roma

Ernesto Buonaiuti - Storico - Roma

Vito Volterra - Fisico matematico - Roma

Edoardo Ruffini Avondo - Storia diritto italiano - Perugia

Bartolo Nigrisoli - Patologo chirurgo - Bologna

Mario Carrara - Medico legale - Torino

Francesco Ruffini - Diritto ecclesiastico - Torino

Lionello Venturi - Storico dell'arte - Torino

Giorgio Errera - Chimico - Pavia

Fabio Luzzatto - Diritto - Milano

Piero Martinetti - Filosofo - Milano

Per tutti i dodici non firmatari sono appropriate le parole dette per commemorare Bartolo Nigrisoli: "Egli difese la dignità della persona, la dignità della scienza, la dignità della scuola".

Ad onor del vero devo aggiungere che in Germania andò ancora peggio perché, in un Corpo Accademico più numeroso, solo due professori rifiutarono di giurare (un biologo ed un teologo).

Sono profondamente convinto che, se una significativa percentuale dei professori avesse rifiutato il giuramento di fedeltà, sarebbe stato un grave colpo per i due regimi; il rifiuto del giuramento avrebbe sicuramente potuto dare coraggio ad altre categorie socialmente importanti (alti ufficiali, imprenditori, artisti, intellettuali etc.) provocando il convergere di critiche e di aperta ostilità e ponendo freno a molte delle ambizioni dei due dittatori, che erano per altro estremamente sensibili alla pubblica opinione.

Ricordo a titolo di esempio che quando il governo nazista decise di imprigionare (per poi deportare) gli ebrei sposati con ariani e li riunì in un palazzo in via delle rose a Berlino, i loro congiunti protestarono tanto duramente per una settimana tra fine febbraio ed inizio marzo 1943 da ottenere infine la libertà per i loro cari...

Comunque, mentre sono portato a pensare da una parte che la massa del popolo e soprattutto i giovani possono essere influenzati e portati fuori strada dalla martellante propaganda, dalle parate militari, dal luccichio delle uniformi ovvero dalla spettacolare coreografia delle riunioni di partito dall'altra parte sono convinto che un professore universitario dovrebbe avere la capacità di distinguere fra un parolaio ed uno statista, fra un demagogo ed un politico preparato, fra un imbroglione ed un economista ovvero fra il capo di uno stato democratico ed un tiranno.

A quanto è dato sapere il coraggio non è tradizionalmente caratterizzante il Corpo Accademico ed anche oggi vediamo frotte di apicali d'anticamera che quotidianamente si prostrano di fronte ai propri commissari d'Azienda....

Non ho trattato sui rapporti di Stalin con il Corpo Accademico poiché il Dittatore rosso non chiese mai un giuramento di fedeltà alla propria persona: probabilmente non ne sentì la necessità, visto come andavano le cose...; ma quando nel 1929 fu raddoppiato il numero degli Accademici, (da 40 ad 80) onde favorire l'ingresso di Bolscevichi, su alcune candidature ci furono 9 molto significativi voti contrari e tra questi spiccò quello del prof. Pavlov (lo studioso dei riflessi condizionati).

L'Accademia fu poi "addomesticata" e nel 1930 fu promulgato il seguente regolamento: "contribuisce ad un metodo scientifico univoco, in base alla concezione materialistica del mondo e orienta in modo pianificato l'intero sistema delle conoscenze scientifiche, in direzione della soddisfazione dei bisogni della ricostruzione socialista del paese e di un ulteriore sviluppo della società socialista" (M. Geller, A. Nekric: Storia dell'URSS. Bompiani 1998).

Viene fatto di pensare che il regolamento non mirasse a salvaguardare la libertà della ricerca...

Non è fuori luogo infine rammentare le parole di Giovanni Paolo II che esortò i fedeli dicendo “non abbiate paura” volendo anche significare che un regime non può schiacciare una moltitudine di cittadini che manifesta la propria fede.

Il significato del messaggio può essere allargato: non è possibile reprimere legittimi aneliti alla democrazia o alla libertà ovvero come nel nostro caso alla difesa delle prerogative caratterizzanti l'Università o dei non rinunciabili diritti dei pazienti, se le battaglie vengono portate avanti da molti... Il lettore penserà a quante coraggiose battaglie sono state interpretate dal Corpo Accademico nel XX secolo ed in epoca contemporanea...

Sulla giustizia dei Vincitori

Gli esempi sulla giustezza della giustizia dei Vincitori partono dall'alto di avvenimenti che hanno interessato il mondo intero: ricordiamone alcuni.

Quando la grande coalizione sconfisse definitivamente Napoleone, questi non fu processato dagli Inglesi che si comportarono come se lo avessero condannato e lo deportarono nell'isola di Sant'Elena.

Gli Inglesi comunque non dettero grande prova di democrazia durante la malattia e dopo la morte dell'Imperatore; questi il 1° ottobre 1817 era stato visitato dal medico militare irlandese O'Meara che aveva fatto diagnosi di amebiasi “sotto forma di epatite climatica cronica” e cioè di una patologia endemica nell'isola tanto che l'83% dei soldati della guarnigione erano ricoverati nell'ospedale per dissenteria o per complicanze epatiche.

Il 17 gennaio 1819 il Dr. Stokoe, altro medico militare inglese, diagnosticò una “riacutizzazione dell'epatite climatica cronica con formazione nel fegato di una raccolta”.

I due Medici militari a seguito della loro onestà professionale, furono “democraticamente” sottoposti al Consiglio di guerra, degradati, cacciati dall'esercito ed immediatamente rimpatriati poiché per ordini superiori a nessuno era consentito dire che Napoleone aveva contratto la malattia endemica nell'isola di S.Elena (F.Pullè-Napoleone I morì per ascesso epatico amebico apertosi nello stomaco-Archivio italiano di scienze mediche tropicali e di parassitologia 1951; XXXII: 4-5 pag 405-413).

L'autopsia dell'Imperatore fu eseguita il 6 maggio 1821 dal prof. Antonmarchi, anatomopatologo dell'Università di Pisa, che “trovò, presso la piccola curvatura dello stomaco, a tre dita trasverse dal piloro, un foro del diametro di un centimetro che attraversava a tutto spessore la parete

gastrica e che a mezzo di un breve canale comunicava col lobo sinistro del fegato. Attorno a questo foro si era formato un cerchio cicatriziale duro, di durezza che l'Antonmarchi definì scirroso e subito i sei medici inglesi (comandati ad assistere all'autopsia) si attaccarono a questo aggettivo per porre a verbale che Napoleone era morto per cancro allo stomaco..."

Il prof. Antonmarchi si rifiutò di firmare il verbale preparato dai medici inglesi ritenendo correttamente che la lesione gastrica fosse indissolubilmente connessa alle gravi lesioni epatiche. Venendo a giorni a noi più vicini, ricordiamo un tipico esempio di giustizia correlato ad una posizione di forza. (W.L Shirer. Tutta la II guerra mondiale-Vol. II Selezione dal Reader's Digest 1966).

"Non appena fu invasa la Polonia Goering dette ordine di rapinare tutte le opere d'arte e, in sei mesi, il commissario speciale incaricato di eseguire le sue istruzioni poté comunicare di aver requisito la totalità dei tesori artistici di quella nazione".

Se non si tiene conto dell'Italia che avrebbe subito più tardi il saccheggio nazista, la maggior parte delle grandi opere d'arte di tutta l'Europa si trovava in Francia e Hitler incaricò Rosenberg del saccheggio.

Rosenberg fu aiutato dal feldmaresciallo Keitel, il quale nelle istruzioni indirizzate all'esercito tedesco di stanza in Francia, dichiarava che Rosenberg "era incaricato di portare in Germania tutti i beni culturali che gli sembravano di valore e di metterli al sicuro".

Un ordine segreto, emesso da Goering il 5 novembre 1940 ci dà un'idea di quali potevano essere le idee di Hitler a quel proposito. Le opere d'arte dovevano essere suddivise come segue:

- 1. Quelle di cui il Fuhrer si riservava di decidere la sorte.*
- 2. Quelle che sarebbero servite a completare la collezione di Goering*
- 3. Quelle che apparivano adatte ad arricchire i musei tedeschi.*

Il Governo francese protestò contro questa rapina a mano armata del patrimonio artistico della Nazione, flagrante violazione della convenzione dell'Aja ma quando un esperto d'arte appartenente all'organizzazione di Rosenberg, un certo Bunjes, si permise di richiamare l'attenzione di Goering su questo punto, il corpulento maresciallo rispose: "caro Bunjes, lasci a me di occuparmi di questa storia. Sono il più alto giurista dello Stato. Contano solo i miei ordini e lei farebbe bene a conformarsi".

E adesso veniamo ad episodi di giustizia cruenta, iniziando con il processo di Verona contro i firmatari dell'ordine del giorno Grandi del 25 luglio 1943 che segnò praticamente la caduta di

Mussolini. Il procedimento fu celebrato anche se un Giurista aveva dato al Duce un chiaro parere negativo sulla legittimità processuale, visto che la votazione era stata richiesta dal Duce medesimo e quindi non sussisteva alcuna ipotesi interpretativa di tradimento, che invece fu accettata e “tutto si svolse secondo copione”; il collegio giudicante, opportunamente scelto, emise le condanne a morte cui seguirono le esecuzioni.

Il processo di Verona con la interpretazione retroattiva di norme stabilite ad hoc costituisce un interessante precedente rispetto al ben più famoso processo di Norimberga che praticamente sottopose a giudizio 21 importanti figure in rappresentanza delle principali strutture del regime.

Furono quindi processati alti ufficiali, personaggi politici, economisti, gerarchi in senso vero e proprio del partito nazista e responsabili di molti ministeri tra i quali primeggiò un tale di nome Fritsche incluso nell'elenco degli imputati in rappresentanza del ministero della propaganda i cui capi erano tutti scomparsi.

Il povero Fritsche era il più alto in grado rimasto e fu pertanto convenuto; viene fatto di pensare che in assenza di funzionari si sarebbe arrivati a processare l'usciera del ministero...

Il processo di Norimberga si aprì ufficialmente il 20 novembre 1945 ed i vincitori processarono i vinti autonominandosi giudici e garanti della democrazia e della giustizia, nonostante fossero state sollevate importanti eccezioni di principio sulla legalità del procedimento.

Il prof. Morgan, preside della Facoltà di Legge di Harvard, in una memoria scritta vergata su specifica richiesta del presidente Roosevelt, aveva infatti dichiarato che non era ammissibile creare leggi retroattive per perseguire i crimini del regime nazista (nulla poena sine lege)...

I capi di accusa principali furono quattro:

- 1. cospirazione per avere elaborato un piano tendente alla conquista del potere assoluto (con chiara retroattività teorica e pratica).*
- 2. crimini contro la pace con violazione di trattati internazionali e guerre di aggressione*
- 3. crimini di guerra con violazione dei trattati dell'Aja e di Ginevra.*
- 4. crimini contro l'umanità con massacri, torture, uccisione di prigionieri, schiavitù e lavoro coatto per milioni di lavoratori e prigionieri etc.*

Senza ombra di dubbio molte responsabilità erano alla luce del sole come quelle di chi aveva firmato e diffuso gli ordini che autorizzavano la immediata fucilazione dei commissari politici sovietici e dei partigiani o analogo trattamento degli ebrei, ovvero le disposizioni di annientare la intelligenza polacca etc. etc.

Per altri capi di accusa la complessa procedura processuale dovette barcamenarsi tanto che fu imposto dai vincitori un principio in verità né democratico né giusto: “gli accusati non possono difendersi dicendo che gli alleati (leggasi i vincitori), hanno fatto le stesse cose”.

Se si parlava di guerra di aggressione, come poteva essere definita la guerra sovietica iniziata nel novembre 1939 ai danni della Finlandia?

Come poteva essere definita la invasione della Polonia orientale da parte delle truppe sovietiche in ottemperanza al trattato Ribbentrop-Molotov del 23 agosto 1938? (fu infatti impedito di leggerne il testo in aula).

Come andava interpretato il fallito tentativo inglese di invadere la Norvegia neutrale nel 1940 in confronto alla analoga riuscita invasione nazista: sarebbe stato un aiuto ad un paese amico aggredito o una aggressione pura e semplice?

Se i bombardamenti nazisti su Londra erano definiti criminali, cosa si poteva dire dei bombardamenti alleati su Dresda (città distrutta con almeno 135000 morti secondo le stime molto difettose dei vincitori) o su Tokio (in cui ripetuti raid fecero centinaia di migliaia di vittime civili)?

Cosa dire delle oltre 300.000 donne violentate da frotte di soldati sovietici a Berlino o di quelle violentate a morte ed inchiodate sulla porta della stalla in Slesia? Come confrontare queste violenze con quelle analoghe dei soldati tedeschi in territorio sovietico?

Come è possibile paragonare il crimine commesso su tremila prigionieri sovietici abbandonati in pieno inverno all'aperto a Stalingrado (ne sopravvissero solo venti) con la fucilazione dei feriti tedeschi degenti negli scantinati dopo la resa della VI Armata? (A.Beevor-Stalingrad-Penguin Books 1998).

Ed ancora, come noi possiamo giudicare il largo ricorso al lavoro coatto di prigionieri e di civili nella Germania nazista quando sappiamo che prigionieri tedeschi rimasero in Russia sino al 1956 per contribuire alla ricostruzione del paese? Personalmente ho visto schiere di palazzine che mi sono state indicate come frutto del lavoro di prigionieri tedeschi e di recente ho detto una conferenza a N. Novgorod ed ho avuto modo di ammirare quella scalinata monumentale che dalla parte inferiore della città vicina al Volga porta alla collina del Cremlino locale e che mi è stata indicata come opera di prigionieri tedeschi là trattenuti sino al 1951...

Ed infine perché i Paesi occidentali non fecero alcunchè contro le politiche razziali del governo nazista (giudicate come problemi interni legati alla sovranità di uno Stato)? Perché non aprirono le frontiere a quanti chiedevano asilo cercando di emigrare? Perché non intervennero

energicamente su Hitler fino a quando questi non esagerò nelle sue mire espansionistiche? Perché si rifiutarono sempre di bombardare le linee ferroviarie di accesso ai campi di concentramento almeno per ritardare l'attività di deportazione visto che era poco proponibile il bombardamento dei campi stessi?

Come giudicare la legittimità delle atomiche su Hiroshima e Nagasaki? E' stato sempre detto che le due bombe furono lanciate per far cessare prima la guerra ed evitare il numero enorme di vittime militari, calcolate come prezzo da pagare per la progettata invasione del Giappone, ma si dimentica di ricordare che questo paese era ormai battuto tanto che l'Imperatore aveva sollecitato l'apertura di canali ufficiali alla ricerca della pace. Sono in molti a sostenere che le due bombe furono impiegate anche per dare una dimostrazione della potenza militare schiacciante degli Stati Uniti, inviando al contempo un avvertimento generico all'alleato orientale...

Le bombe atomiche furono realizzate con il concorso di eminenti scienziati, ma gli atteggiamenti di questi furono molto differenziati:

- 1. Leo Szilard aveva concepito l'idea della bomba atomica il 12 settembre 1933 in una Londra piovigginosa nel tempo impiegato da un semaforo per passare dal rosso al verde ed aveva poi stimolato Einstein ad intervenire sul presidente Roosevelt perché finanziasse la costruzione della bomba prima dei tedeschi. (S.Walker-Appuntamento a Hiroshima-Longanesi e C. 2005).*

Ma nell'estate 1945 i tedeschi erano già stati battuti, e Szilard faceva circolare fra i colleghi una petizione indirizzata a Truman (al quale mai arrivò) affinché non usasse mai la bomba atomica.

- 2. A. Einstein, pur essendo un pacifista, sollecitò il presidente Roosevelt a finanziare (oltre due miliardi di dollari) la realizzazione della bomba atomica temendo che i nazisti riuscissero a costruirla per primi.*

L'illustre scienziato era a conoscenza del fatto che Von Ardenne (allievo del premio Nobel Otto Hahn) aveva già realizzato la prima fissione nucleare controllata, ma fortunatamente per noi Hitler non comprese la importanza della ricerca nucleare così come non comprese se non tardivamente la importanza degli aerei a reazione.

- 3. W. Heisenberg ed O. Hahn secondo letteratura non del tutto accreditata, avrebbero coscientemente ostacolato il lavoro per lo sviluppo della bomba atomica in Germania (J.Cornwell-Hitler's scientists-Penguin Books 2004).*

4. *Prevalse alla fine l'orientamento: lo scienziato lavora e realizza una scoperta, ma l'impiego di questa è responsabilità diretta della Società...*
5. *In fin dei conti poteva avere ragione W. Von Braun quando gelidamente sosteneva: "non importa lavorare per zio Sam o zio John; l'importante è che lo zio sia ricco."*

In Italia non ci fu l'equivalente del processo di Norimberga, ma una lunga serie di barbari episodi di giustizia-vendetta spicciola locale a volte mascherati dalla più o meno presunta diversità di idee, talvolta da rancori personali o soltanto dalle circostanze in base alle quali uno poteva essersi trovato da una parte o dall'altra e solo raramente basati su concreti principi giuridici.

Il guardasigilli Togliatti nel 1946 molto opportunamente e coraggiosamente propose ed ottenne la promulgazione di una amnistia che contribuì in modo sostanziale a ristabilire la civiltà dei rapporti fra i cittadini italiani.

Piace ricordare un illuminante episodio riferito da I. Montanelli: "Giacomo Acerbo che fu condannato a morte in contumacia nel processo di Verona, perché aveva votato in Gran Consiglio a favore dell'ordine del giorno Grandi, si beccò poi 48 anni come fascista: (presidente del consiglio giudicante era un tale che nel febbraio 1927 aveva fatto condannare Amerigo Donnini, implicato nel delitto Matteotti, per "offesa alla sacra persona del Duce").

Acerbo venne comunque dopo varie vicissitudini scagionato e come moltissimi altri fu prosciolto proprio grazie all'amnistia Togliatti.

Fu insomma un rigore all'italiana nel quale pagò con la vita (in modo giusto o ingiusto va sottolineato) chi pagò subito, e gli altri dovettero soltanto aspettare l'ora dell'indulgenza che sopravvenne puntuale". (I. Montanelli-Storia d'Italia Vol. 9-RCS 2003).

Anche in Giappone non ci fu l'equivalente del processo di Norimberga, almeno per la medicina: quanti nell'unità 101 avevano fatto estese ricerche sulle possibilità di impiegare la guerra batteriologica barattarono la propria incolumità con la cessione ai vincitori dei risultati delle loro nefandezze (mi rifiuto di usare il termine esperimenti).

La vicinanza geografica mi obbliga a ricordare il bombardamento dell'Abbazia di Montecassino del 15 febbraio 1944 (C.Salmaggi A.Pallavicini. La seconda guerra mondiale. Arnoldo Mondadori Ed. 1989).

L'Italia è liberata per la parte meridionale; la parte centro-settentrionale, teoricamente alleata della Germania, è in realtà sotto occupazione militare e relativo brutale sfruttamento (L.Klinkhammer: L'occupazione tedesca in Italia. 1943-1945. Bollati Boringhieri 1993).

La guerra è praticamente già vinta dagli Alleati; è quasi lontano il ricordo del 25 luglio e dell'8 settembre 1943 con la fuga del Re, del maresciallo Badoglio con tanti altri ufficiali e dignitari e l'Italia è in una situazione tragica.

Mi piace ricordare che quando il maresciallo Badoglio salutò militarmente gli ufficiali della guarnigione di Pescara accorsi sulla banchina del porto, gli fu restituito il saluto, ma quando porse la mano, nessuno degli ufficiali presenti la accettò. E' un avvenimento poco noto ma significativo che nella sua semplicità riscattò la dignità di un intero popolo che purtroppo continuò ancora a soffrire sul suo territorio le tragedie della guerra tradizionale cui si aggiunsero i fasti e gli orrori della guerra civile.

L'Abbazia benedettina di Montecassino non è un monumento italiano, ma una struttura che appartiene all'intera umanità (ha iniziato la sua attività nell'anno 529 ed ha avuto una parte importante nella conservazione di tantissimi patrimoni culturali); ciò nonostante il gen. Freyberg ne chiede il bombardamento perché ritiene che sia stata trasformata dai tedeschi in una specie di fortezza.

Il gen. Wilson appoggia la richiesta sostenendo di avere sorvolato l'Abbazia a bassa quota e di avere visto nei cortili soldati tedeschi.

L'abate Diamare, guida della Comunità, ha inviato dichiarazioni ufficiali agli Alleati negando che siano presenti soldati e/o munizioni; (E.Grossetti M.Matronola. Il bombardamento di Montecassino. Pubblicazioni Cassinesi 1988).

Il maresciallo Kesselring (comandante delle truppe tedesche in Italia) ha formalmente assicurato il Vaticano che nessun soldato vi avrebbe messo piede predisponendo attorno all'edificio una zona "franca" con raggio di trecento metri; ad ogni buon conto il col. Schlegel promosse il trasferimento di quanto più prezioso era conservato nell'Abbazia a Castel Sant'Angelo.

Il gen. USA Keyes, impegnato nella zona, assicura che nessuno dei suoi soldati ha mai visto partire un solo colpo di fucile dall'Abbazia.

Il gen. Klark, da cui dipende Freyberg chiede lumi al suo superiore, gen. Alexander, che ritiene invece fondata l'opinione del gen. Wilson ed ordina di procedere al bombardamento. Il gen. Von Singer und Etterling sostenne che la tragica decisione fu presa perché un traduttore indicò l'Abbazia con il termine "fortezza".

Non sono esperto di questioni militari, ma mi sembra più che sensato sostenere che la collina di Montecassino poteva essere aggirata e circondata perdendo ogni significato per gli Alleati; sarebbe stato sufficiente attendere l'uscita dei presunti occupanti.

Gli Alleati preferirono distruggere l'Abbazia compiendo un atto privo di senso, ovvero stupido e barbaro di cui non mi sembra si sia interessata la giustizia dei vincitori.

Si potrebbe ingenuamente pensare che le aggressioni di altri Stati siano terminate perché le Nazioni più potenti hanno ordinamenti democratici e non sono basate sulla dittatura; in realtà è cambiato semplicemente il linguaggio: si invade quindi non perché si dichiara di andare a proteggere minoranze che vivono al di fuori dei confini nazionali e che parlano la stessa lingua dell'aggressore, ma soltanto perché si intende esportare la democrazia...

Purtroppo i fatti dimostrano, forse per pura coincidenza, che si intende esportare la democrazia soltanto nei Paesi in cui ci sono importanti risorse da sfruttare.

E la Storia si ripete...

Dopo la riunificazione, si costruisce a Berlino il memoriale dell'Olocausto e si viene a sapere che tra i fornitori del cantiere c'è la Degussa, società madre della Degesh che, negli anni dello sterminio degli Ebrei, che il monumento intende ricordare nel segno dell'espiazione, forniva il Zyklon B e cioè il gas con cui venivano assassinati i deportati nei campi di sterminio.

La Fondazione che realizza l'opera ordina di sospendere i lavori ma poi si decide il via libera sia perché buona parte del cemento fornito dalla Degussa è già stato impiegato e sarebbe difficile restituirlo al mittente, sia perché la compagnia ha in qualche modo scontato il suo coinvolgimento nella strage accettando di risarcire i lavoratori forzati sopravvissuti e le famiglie di quelli che non ci sono più, sia perché non sarebbe bene tenere una parte della società tedesca fuori dal progetto.

(A. Venturi - Il Novecento visto da Berlino. Baroli Editore - 2004).

Il denaro è potente e può aggiustare tante cose...

La vita continua...

Sulla Medicina contemporanea.

Entrai all'Università negli anni sessanta per laurearmi alla prima sessione utile pieno di entusiasmo: avevo individuato nel prof. Giunchi il Maestro e da Lui ero stato accolto con generosità ed affetto fra i suoi Allievi.

Allora non si lavorava per le “procedure” ma per estrarre da una parte il contenuto tecnico del patrimonio operativo clinico e dall’altra per vivere il complesso mondo interattivo compreso nel rapporto medico-paziente.

Ci si sentiva, anche giovanissimi, intimamente responsabilizzati nei confronti del Maestro per la fiducia che ci veniva concessa e si lavorava con entusiasmo molto a lungo senza l’avvilente presenza dei tesserini magnetici marca-tempo. Quando entrava in reparto un malato difficile si faceva a gara per prenderlo sotto la propria diretta responsabilità in modo da mettere in luce il proprio valore professionale ed al contempo acquisire esperienza e formazione.

Si andava di mattina molto presto all’accettazione centrale per poter scegliere i pazienti che attendevano in immense camere di essere smistati ai vari reparti e si cercavano sempre i casi più “interessanti” ovvero i più complessi.

Facevamo il servizio di guardia come medici interni o come assistenti volontari, ma godevamo del rispetto dei pazienti e dei loro familiari poiché questi erano convinti di una verità non legiferata ma accettata in modo semplice: “se il Direttore ha dato al giovane medico questo incarico, ciò significa che ne ha fiducia”; non era affatto necessario essere “strutturati”. Oggi la “strutturazione” è confusa-identificata con la qualificazione professionale o con la professionalità, invece di essere identificata con la semplice posizione burocratico-amministrativo-retributiva.

Un collega professore associato apicale mi ha più volte ricordato che si sentiva più gratificato in tempi trascorsi quando era semplicemente un assistente con qualifica di aiuto...

Le consulenze venivano cercate perché era un onore poterle espletare: era sufficiente un informale invito telefonico; oggi è necessaria una richiesta scritta ufficiale.

Per il medico che prescriveva una terapia era del tutto naturale pensare che il paziente la eseguisse (fatte salve le debite eccezioni); oggi siamo quasi arrivati al punto di premiare con medaglia la “aderenza” del malato a quanto gli è stato spiegato, proposto ed infine raccomandato!

Devo poi purtroppo constatare, nel contatto quotidiano con i giovani, il loro smarrimento, le loro perplessità e talora i sentimenti di deludente frustrazione che trovano tutti radice nel fatto che non sentono più loro vicino il calore vivificante del rapporto medico-paziente così come avvertono il disagio di attività ripetitive in ambulatori specialistici i cui titolari a volte rifiutano la consulenza in corsia dicendo “visito solo i malati con questa malattia già diagnosticata”, ed ancora il disagio di consulenze descrittive che evadono volutamente ogni tentativo di responsabilizzante sintesi diagnostica.

Si sono perse purtroppo regole elementari di deontologia: se un malato viene trasferito da una struttura infettivologica ad altro reparto per le complicanze correlate ad una endocardite plurivalvolare stafilococcica e, se viene richiesta la consulenza infettivologica, è bene che questa sia espletata dai medici del reparto di provenienza. E' invece abituale l'intervento di altri consulenti (medici di guardia del Dipartimento) che cambiano ripetutamente la terapia (anche in modo talora corretto) ma non sentono affatto la necessità di confrontarsi con i "colleghi" che hanno trasferito il paziente e talora neanche consultano la cartella clinica...

Si cambia la terapia antibiotica dicendo: il farmaco prescritto dal professore non include nel foglietto illustrativo (preparato alcuni anni prima) la indicazione della malattia in oggetto.

Alcune considerazioni:

- a) Come si fa a progredire rimanendo fermi?*
- b) Un professore di malattie infettive è autorizzato ad impiegare un antibiotico (sul quale ha esperienza personale proprio relativamente al trattamento della sepsi di cui trattasi in accordo alla letteratura accreditata internazionale) al di fuori delle indicazioni iniziali del Ministero?*
- c) Il professore segue nella prosecuzione della terapia antibiotica la regola numero uno di S. Padre Pio: "non cambiare le cure che vanno bene". (Per inciso: la regola numero due recita: "se le cose non vanno bene prova a far cambiare la terapia... oppure cambia medico").*
- d) Perché non consultarsi con chi ha prescritto una terapia prima di cambiarla?*
- e) Non ci si può basare solo su una pubblicazione; la letteratura va interpretata con buon senso perché ci si trova tutto ed il contrario di tutto. Analogamente vanno interpretate le relazioni ai Congressi: in Verona una mattina (si svolgeva il secondo simposio sulle infezioni stafilococciche) si alzò un attento partecipante e disse: "ieri andava bene la cura x, cosa è successo durante la notte, visto che oggi va bene la cura y?".*

Un altro episodio: per un paziente mesenchimopatico febbrile già da tempo seguito nel reparto, viene caldamente raccomandato di non somministrare antibiotici; una mattina si presenta una dottoressa che, con volto triste, dichiara "so che lei aveva prescritto di non somministrare antibiotici, ma io non me la sono sentita..." (tipico esempio di scarsa sicurezza, di inopportuna sfiducia, di paura e di pseudomedicina difensiva).

Allo scrivente piace infine ricordare sempre a proposito di terapia antibiotica che, quando vede associate tra di loro una cefalosporina di terza generazione ed una ureidopenicillina protetta come “copertura”, consiglia di acquistare per il malato a seconda delle stagioni un piumone, una trapunta, un copriletto o un lenzuolo di lino...

Ricordo che uno dei più grandi chirurghi italiani del XX secolo operò un giovane per un delicato problema endo addominale e che purtroppo l'intervento si concluse con il decesso per complicanze intraoperatorie. Il chirurgo spiegò l'accaduto agli attoniti genitori ed il padre, pur nella tragica situazione che visse, trovò la forza di ringraziare il professore per “quanto aveva fatto e per quanto non aveva potuto fare”.

Un episodio del genere oggi sarebbe stato presentato dagli organi di informazione come “ennesimo episodio di mala sanità” ovvero molto probabilmente, per fare più colpo sulla opinione pubblica, come “morte a seguito di un banale intervento di appendicectomia”.

Durante la formazione accademica ho dovuto purtroppo constatare che con crescente insistenza si è diffusa l'abitudine deleteria di andare contro i “baroni” nei modi più vari e fantasiosi; mi sovviene lo “scandalo dei letti d'oro” che partiva da una posizione del tutto assurda poiché i posti letto del Policlinico non erano proprietà privata del direttore di questo o quel reparto e ricordo che il compianto Maestro fu interrogato dal Magistrato al quale poté semplicemente dichiarare che metà della clinica era chiusa per lavori di ristrutturazione.

Per il lettore non medico voglio precisare che iniziavano a quei tempi ammodernamenti edilizi per la costruzione di stanze a due o tre letti con servizio igienico annesso.

E' stato un crescendo di atteggiamenti critici e talora addirittura tanto astiosi nei confronti dell'Università da essere incomprensibili a gran parte del Corpo Accademico che si è per lo più ritirato in un silenzio distaccato, dignitoso ed offeso ispirato dalla speranza: “speriamo che passi presto!”

Si è giunti perfino ad incolpare i medici responsabili di strutture assistenziali delle carenze edilizie senza tenere conto che i sanitari utilizzano quanto viene messo a loro disposizione, ma non lo progettano, non lo costruiscono né provvedono alla manutenzione, essendo i loro specifici compiti istituzionali indirizzati a diagnosi e cura dei malati...

Nella mia lunga esperienza come professore ordinario ho impiegato venti anni per riuscire a fare costruire i servizi igienici in ogni stanza di degenza; i miei collaboratori mi ricordano pertanto con

affetto come il “vincitore della battaglia dei cessi” anche se poi il reparto è stato destinato ad altra attività per i normali avvicendamenti che seguono i collocamenti fuori ruolo.

Gli anni a noi più vicini hanno visto il fiorire di una serie di iniziative che hanno portato alla ribalta concetti antichi ricoperti con rinnovate vernici:

- 1. “Consenso informato” in base al quale il malato deve essere reso edotto di tutto quanto lo riguarda essendo solo lui giudice ed arbitro nella accettazione di accertamenti diagnostici e di terapie mediche o chirurgiche che siano, tanto che gli viene chiesto di firmare una scheda di accettazione che a sua volta dovrebbe sollevare le responsabilità che gravano sulle spalle del sanitario proponente. In realtà il concetto è molto confuso poiché in Tribunale capita di prendere atto da una parte di un consenso informato regolarmente firmato dal paziente e dall'altra del tentativo di farlo ritenere non valido (poiché non formulato in modo analitico, perché non capito dal paziente etc).*

La realtà nuda e cruda è che anche in tempi più o meno lontani, quando non esisteva il consenso informato, vigeva una costruttiva interazione con il paziente basata su leggi non scritte così che il malato era comunque informato di tutto quanto a lui atteneva.

Nessun paziente va ad un intervento senza avere nozione, almeno per linee generali, di quello che lo attende e senza informarsi su quali aspettative sono connesse all'atto chirurgico; ed analogamente per la accettazione di procedure diagnostiche più o meno impegnative o di terapie mediche.

Sono quindi intimamente convinto che nella sostanza il consenso informato non ha aggiunto nulla di costruttivo al rapporto medico-paziente, rendendolo semplicemente più burocratico e creando tante occasioni di lavoro per quanti esercitano a latere della medicina clinica.

Si pensi ad esempio ad un chirurgo che opera un paziente dopo averlo dovutamente informato su diagnosi, procedure terapeutiche programmate ed aspetti prognostici: all'atto dell'intervento si presenta una patologia diversa da quella diagnosticata e quindi la necessità di procedere chirurgicamente in modo del tutto diverso da quanto previsto.

Il chirurgo teoricamente dovrebbe far risvegliare il paziente e chiedere un secondo consenso informato...

Gli Italiani sono elastici e da parte di alcuni giuristi illuminati si ritiene che un medico sia autorizzato a procedere anche in mancanza di specifico consenso informato in positivo,

purchè non ne sia stato formulato uno espressamente negativo (teoria del consenso presunto).

Secondo lo scrivente è anche necessario distinguere fra consenso legale e consenso valido essendo l'uno espresso dalla firma su un documento, mentre il secondo, più difficile da definire, lascia intendere se il paziente o chi per lui ha pienamente compreso tutto quanto il medico ha cercato di illustrare nei riguardi di diagnosi, terapia e prognosi, accettandolo coscientemente.

Il consenso informato potrebbe godere in sintesi di tanti aggettivi:

attivo o passivo,

positivo o negativo,

legale,

valido o validato,

presunto o espresso,

chiaro ed illuminante,

personale,

consapevole,

libero,

preventivo,

specifico,

analitico,

completo,

probabilistico, etc etc.

Invece di fare tante disquisizioni non sarebbe più semplice tornare al tradizionale rapporto medico-paziente intimamente e principalmente caratterizzato dalla reciproca fiducia in un corretto rapporto fra uomini?

Una moderna visione della medicina clinica fa intendere che il malato sia soltanto un utente ovvero un cliente; personalmente faccio difficoltà a vedere traslato nel paziente con il quale interagisco la stessa entità rappresentata dal sottoscritto che si trova di fronte al pizzicagnolo per acquistare un etto di mortadella.

Si prevedono comunque grandi vantaggi "sanitari" per la Regione che produce culatello e mortadella...

Stressando il concetto tradizionale relativo al non prescindibile rapporto di fiducia medico-paziente, non si vuole contrapporre una concezione “paternalistica” della attività clinica alla cosiddetta concezione “democratica” della medesima; si vuole semplicemente ricordare che se lo Stato nomina dopo lunga carriera e relativi concorsi un professore o un apicale, la acquisizione di questi titoli dovrebbe pur avere un minimo di significato...

Altresì, nel momento in cui un paziente si ricovera in una struttura liberamente da lui scelta, anche questo fatto dovrà pur avere un minimo significato di fiducia!

Considerare illegittimo un intervento medico perché ritenuto attuabile solo in presenza di consenso informato non è per lo scrivente accettabile: a qual fine deve essere superato l'esame di abilitazione all'esercizio della professione medica se questa è subordinata alla decisione tassativa dei pazienti (non competente e quindi non responsabile)?

L'esame di abilitazione si presenterebbe praticamente come un contratto fra due soggetti (Stato e medico), con validità subordinata all'intervento di un terzo (il paziente) che nel contratto medesimo non è chiamato in causa.

Nel caso di un paziente che, nella struttura liberamente scelta e preventivamente sottoposto ad accertamenti i più vari, successivamente riceve la proposta di un intervento chirurgico, quanti consensi informati dovranno essere formalizzati? Saranno necessari i consensi per tutti quelli che intervengono nella fase diagnostica (internisti, radiologi, consulenti specialisti di organo e di apparato, anestesisti, chirurghi, rianimatori etc. etc.)? E se due chirurghi ipotizzano diverse modalità di intervento come si farà?

Nella situazione della sanità attuale viene quindi spontanea una domanda:

dobbiamo cercare di fare diagnosi e di curare i malati o ci dobbiamo limitare a riempire fogli di carta?

Si dice che la Suprema Corte ha affermato che l'informazione del consenso informato deve riguardare soltanto le “conseguenze tipiche prevedibili” (secondo il “latinorum” di buona memoria “it quod plerumque accidit”): non è quindi aver sancito che l'informazione deve essere per sua intima natura incompleta?

D'altra parte di fronte ad una infezione che in linea teorica potrebbe essere curata con tanti diversi antibiotici, deciderà il medico o questi si dovrà semplicemente limitare a fornire al malato l'elenco delle possibilità?

E' stato detto che la responsabilità del medico non deriverebbe dall'eventuale evento dannoso in sé ma dalla mancata preventiva comunicazione della eventualità del danno medesimo.

A prescindere dal fatto che esistono eventualità per loro natura non prevedibili (appunto per questo si usa il termine eventualità e non si parla di eventi previsti!), come si concilia questo concetto con quello precedente relativo alla non completezza della informazione accettata dalla Suprema Corte?

Si dice che le informazioni dovrebbero essere elargite dal medico tenendo conto di quanto acquisibile dalla epidemiologia clinica e presentando al paziente la problematica in modo probabilistico; non si tiene però conto del fatto che tutti ragionano con un metro semplicissimo: "perché è capitato proprio a me? Di chi sono le responsabilità?".

Se viene colpita la carenza della informazione in ogni modo elargita, quali strumenti sono a disposizione del giudicante per misurarla come esaustiva o carente e quali strumenti sono a disposizione del medico per tutelare se stesso e cioè semplicemente la propria buona fede?

Dovrà essere tutelato il medico che prescrive una terapia, chi la inizia, chi la prosegue, chi partecipa occasionalmente ad essa (il medico di guardia) o chi la conclude?

Per fortuna una sentenza ha stabilito che "il danno conseguente alla mera lesione del diritto all'autodeterminazione, allorchè la terapia applicata abbia comunque ottenuto il risultato della guarigione del paziente... si estrinseca in un pregiudizio ontologicamente trascurabile..."

Ho capito che il principio relativo alla presunta "completezza di informazione" è ancora una volta inesistente in quanto correlabile al risultato delle prestazioni erogate...

- 2. "Privacy e riservatezza": sono due concetti che quotidianamente sono amplificati da casse di risonanza ambientali; la moda impone che il malato avverta che la propria privacy non sia violata e che attorno alla sua figura si stenda un alone di riservatezza.*

Si dimentica che nella Facoltà di Medicina, per tradizione atavica uno dei primi concetti che viene fornito allo studente è connesso all'obbligo assoluto di riserbo ovvero al rispetto del "segreto professionale" che tutto comprende?

La discussione potrebbe impegnarci su temi che si allargano in rapporto alle esigenze degli studenti che vogliono apprendere: potrebbe verificarsi il caso che un paziente oggetto di

didattica, si senta violato nella sua privacy in quanto possono essere toccate problematiche nei confronti delle quali non intende dare specifica autorizzazione ed inoltre il paziente stesso può non essere minimamente coinvolto nella importante tematica sociale della didattica.

Ed ancora come conciliare la riservatezza del paziente con le targhe che identificano questo o quel servizio assistenziale? Il giorno in cui dovrò recarmi ad un ambulatorio per l'assistenza a pazienti con ileostomia è molto probabile che non ci andrò perché affetto da una tiroidite!

Infine le quasi quotidiane concioni televisive su presunti casi di malasanità con tanto di nomi e cognomi di medici o precisazioni su istituzioni sanitarie violano o non violano privacy e riservatezza?

Non è neanche il caso di ricordare la diffusione di registrazioni telefoniche o di altre notizie riservate relative a procedimenti giudiziari in itinere, da parte di chi dovrebbe conservare gelosamente il segreto istruttorio. Quando un comune cittadino sarà inquisito per aver violato la privacy non potrà dire: "ho fatto quello che altri fanno impunemente tutti i giorni" perché non gli sarà consentito (vedi "Sulla giustizia dei Vincitori" al processo di Norimberga...).

Privacy e riservatezza sono quindi ad uso e consumo di alcune categorie di cittadini oppure di tutti i cittadini ivi compresi i sanitari?

Se è giusto accettare che il malato maggiorenne decida a chi possono essere date informazioni sulle proprie condizioni, si rendono conto i non clinici della difficoltà di applicazione di questo diritto alla privacy?

Hanno mai assistito alle reazioni dei genitori di un paziente quando i medici dicono loro di non poter fornire informazioni sulla malattia del figlio che ha stabilito di riceverle esclusivamente in prima persona?

I non medici capiscono la triste condizione del clinico che assiste impotente all'aggravarsi inesorabile di una malattia non curabile senza poter dare effettivo conforto ai parenti del malato?

- 3. "Trattamento dei dati". I pazienti devono dare in proposito specifica autorizzazione dimenticando che i dati medesimi, correlati alle varie patologie, sono espressione della sintesi delle conoscenze mediche acquisite tradotte al momento in fase operativa ed anche*

la base delle conoscenze futuribili. In termini più chiari i dati sanitari vanno intesi come proprietà dello Stato che si incarica di organizzare l'assistenza sanitaria per tutti i cittadini e che ha il sacrosanto diritto di controllare i risultati favorendo la ricerca scientifica clinica applicata.

Se una parte più o meno cospicua dei pazienti dovesse rifiutare l'autorizzazione al trattamento dei propri dati si andrebbe incontro ad un danno conoscitivo enorme ed ingiustificato.

4. *“Liste di attesa”*: non passa giorno senza ascoltare lamentele in merito e senza tenere conto che gran parte delle riferite lungaggini non sono altro che prenotazioni di prestazioni successive. Si ritiene che il problema, se esiste, possa essere risolto con la creazione di specifica burocrazia invece di proporre soluzioni reali potenziando le strutture ed il personale tecnico.

E' mia opinione che la creazione di uffici centralizzati per le prenotazioni, acuirà il problema sia con l'aumento della spesa che soprattutto non attribuendo al singolo malato quanto gli spetta. Procedere secondo liste che elencano i malati in rapporto al momento in cui la prestazione viene richiesta, è chiaramente contro il sacrosanto principio che deve essere attribuito al malato quanto è per lui utile e non semplicemente quello che viene dato agli altri; vanno seguiti in via primaria criteri di urgenza ovvero di flessibilità.

In altri termini solo al medico può essere affidato di decidere a chi la prestazione deve essere erogata con precedenza perché solo il medico può procedere alla necessaria individualizzazione.

L'impiegato burocrate non può che dare a tutti in uguale misura seguendo la “lista”, ma questo non è un principio utile al singolo malato, ma solo un atteggiamento pseudo egalitario.

5. *“Tribunali del malato”*: sono fioriti dando asilo a tante figure che nella assistenza reale ai pazienti non avrebbero trovato alcuna idonea collocazione.

L'esperienza personale può fare testo: ho ricevuto su un foglio di carta male fotocopiato la richiesta di specificare quanto accaduto al paziente X Y nella struttura afferente alla mia responsabilità durante una notte. È più che verosimile che la richiesta sia stata scritta da un medico (gratuitamente?) vista la precisa terminologia usata...

Il paziente era stato da noi ricoverato per una sepsi immediatamente diagnosticata come tale e trattata con due antibiotici a largo spettro; la sepsi si era poi complicata con una meningite secondaria (dato che il microrganismo era multiresistente) e la TAC aveva dimostrato tra l'altro una piccola lesione malacica nel cervello (di ultraottantenne).

I familiari hanno firmato la richiesta di intervento del tribunale sostenendo che il loro congiunto era caduto dal letto procurandosi la lesione stessa (si può sempre trovare un radiologo tachipsichico e compiacente che dà lo spunto senza conoscere il quadro clinico specifico ed ovviamente senza avvertire la necessità di confrontarsi con i medici del reparto). Inoltre visto che erano presenti varie piccole lesioni cutanee sanguinanti (espressione della intensa flogosi vascolare correlata alla sepsi), i gentili familiari concludevano il loro intervento: “era tutto insanguinato come un abbacchio”.

Fortunatamente il paziente degente nella stessa stanza ha testimoniato che il malato con la meningite non era affatto caduto e così ha potuto chiarire i fatti.

Inutile ricordare che il tribunale del malato non ha avuto il buon gusto di darne specifica comunicazione ai sanitari interessati.

Cosa sarebbe accaduto dei medici del reparto se il malato fosse stato da solo e non fosse stato possibile ricostruire quanto realmente accaduto?

Quanti colleghi o se si preferisce quante strutture incontrano gravi problemi relativi alla responsabilità professionale, per lo più presunta, per sfortunate ed inevitabili coincidenze?

Perché accanto al tribunale del malato non si istituisce anche il tribunale del medico onde evitare che questi sia accusato con faciloneria ed a cuor leggero, visto che non esistono meccanismi di calmiera in merito?

Non si comprende che nella classe medica si stanno diffondendo evidenti segni di giustificata insoddisfazione e che quando si lavora nell'insoddisfazione o se si preferisce nell'ansia, si lavora molto male?

6. *“Comitati etici”: si sono moltiplicati con velocità vertiginosa ed attualmente pullulano con la partecipazione di numerose componenti “pluridisciplinari”.*

Se è fuori di dubbio che la attività sperimentale clinica debba essere guidata da regole etiche generali così come la nostra attività clinica quotidiana (vedi Dichiarazione di Norimberga), è necessario fare una esemplificazione: nel caso in cui il sottoscritto ritenesse utile per il malato la somministrazione “compassionevole” di un antibiotico già accettato

per la commercializzazione in altre sedi (USA e Comunità Europea), nell'esclusivo interesse del malato, potrebbe farlo richiedendo il farmaco alla ditta produttrice che può fornirlo previa autorizzazione del comitato etico locale.

Tre precisazioni:

- a) Quando l'iter burocratico è concluso, il malato può essere già morto!*
- b) Si dovrebbe presumere che un professore universitario di malattie infettive dovrebbe avere la professionalità necessaria per scegliere un trattamento antibiotico, anche sperimentale!*
- c) Quale aiuto può essere dato al professore infettivologo dal suo collega andrologo esperto di impotenza, che presiede il comitato etico?*

7. *“Principi e diritti”: fra i principi generali è contemplato per tutti “il diritto alla salute” con il conseguente altro principio “promuovere e proteggere la salute” ed un terzo che segue a ruota “salute rivolta al bene possibile” del singolo per poi finire con i fiumi di parole a garanzia della “globale protezione dell'uomo”.*

Alcuni esempi dei “diritti” dei malati:

- *Sono le ore 11 e 30: ascolto mio malgrado un signore che urla nel corridoio: “io non posso venire la mattina presto per le analisi. E' mio diritto farle. Vi denuncio tutti...”.*
- *La segretaria introduce un signore che deve “reclamare”. Ascolto pazientemente: “sono venuto per la terza volta e non ho mai trovato la Dott. x y”
Chiedo “Ha preso un appuntamento?” Risposta: “No”.*
- *Entra un paziente e chiede al medico la esecuzione di esami strumentali perché ha letto alcune notizie su internet e gli sembra che le indicazioni siano appropriate per la malattia auto diagnosticata...*

Trattasi di evenienza che sempre più di frequente ci è dato di incontrare e che sempre più difficilmente il medico riesce a gestire.

- *Entra una coppia nel day hospital ed il signore intima alla dottoressa “la mia compagna deve fare la TAC”.*

La dottoressa cerca di spiegare che vorrebbe diagnosticare prima la patologia e poi stabilire se è necessaria la diagnostica strumentale; segue una discussione

bruscamente interrotta dall'accompagnatore che letteralmente devasta il locale del day hospital.

Intervengono carabinieri e poliziotti ma tutto si conclude con un nulla di fatto nei confronti del garbato accompagnatore... Poveri medici e W l'Italia!

8. *“Controllo di qualità”. Una sola domanda: in base a quali parametri concreti si può stabilire la qualità di una prestazione medica?*

a) Tempi di sfebbramento: diventa più bravo chi usa antipiretici...

b) Cenestesi del paziente: è più bravo chi usa con larghezza i cortisonici...

c) Brevità del ricovero: è più bravo chi è più obbediente alle sollecitazioni burocratiche...

d) Rapidità delle diagnosi: teoricamente è più bravo (a parità di diagnosi esatte) chi le formula prima, ma quali parametri (clinica universitaria, ospedale regionale, etc., mezzi diagnostici: ecocardiografia, TAC, RNM, PCR etc.) vanno utilizzati per la correzione dei tempi utilizzati?

L'elenco può proseguire senza difficoltà e senza considerare: quale burocrate giudicherà la qualità?

9. *“Accreditamento”: sono sorte società che in base ad una serie di vari parametri attestano che una struttura assistenziale è accreditata all'erogazione della assistenza per la specialità cui si riferisce.*

Devo dire sinceramente che non ho bene capito di cosa si tratta (pur avendo partecipato ad una specifica riunione chiarificatrice), al di fuori del fatto che la pratica di accreditamento costerebbe circa 5000 Euro...

Una domanda cattiva: sarà accreditata una struttura eccellente, ma povera oppure un'altra, meno eccellente, ma solvente?

La realtà pratica insegna che uno Stato può erogare la assistenza secondo le proprie risorse, pur se questo non significa che i paesi più ricchi siano anche più generosi: l'Italia è più povera degli USA ma adotta un modello di sanità pubblica molto più generoso nei confronti della totalità dei cittadini.

Noi infettivologi sappiamo anche che esistono malattie più tutelate dallo Stato rispetto ad altre e sappiamo anche che dare molto a pochi significa togliere molto a molti, così come sappiamo che ci

sono emergenze che obbligano a concentrare le risorse su particolari problematiche (lotta al colera in anni trascorsi a Napoli e Bari ad esempio).

I cittadini, martellati anche dalle insistenti campagne elettorali sempre ricchissime di promesse, hanno concluso che hanno diritto a tutto quanto la Sanità può loro offrire e non comprendono né accettano che un ospedale può non avere denaro per comprare strumenti o diagnostici.

La conseguenza finale è spesso la seguente:

- *I principi hanno sancito il mio diritto*
- *Il mio diritto non è stato soddisfatto*
- *La colpa è del medico.*

Si potrebbe, per assurdo quindi giungere alla identificazione del medico come patogeno più che come naturale baluardo e contrasto ai patogeni medesimi.

Malignamente ho concluso tutte le problematiche relative a “consenso informato, privacy trattamento dei dati, riservatezza, liste di attesa e tribunali del malato etc.” in una unica sconsolata e lapidaria sintesi: “trionfo delle parole, ovvero delle polpette di aria fritta” potendo ipotizzare che le stesse potrebbero essere date in pasto all’opinione pubblica proprio per distoglierla dai veri problemi della sanità (finanziamenti, strutture, personale medico e paramedico etc.). Le “polpette” sono anche costose perché impegnano molte energie altrimenti utilizzabili a beneficio dei pazienti e dannose perché hanno distrutto il tradizionale rapporto di fiducia medico-paziente.

Detto in termini brutali il medico non sente più oggi nel paziente un amico, ma vede in lui un potenziale nemico pronto a “convenirlo” nel Tribunale non appena si presenti l’occasione propizia che comunque viene accuratamente cercata...

Un tipico esempio di importante problematica sanitaria passata quasi sotto silenzio, è la leggina approvata il 14 dicembre 2005 al Senato (all’unanimità) ed il 24 gennaio 2006 alla Camera (366 sì e 2 no), “con due righe che permettono agli ex parlamentari e agli ex consiglieri regionali di essere nominati direttori generali, direttori sanitari e direttori amministrativi delle Asl a prescindere da qualsivoglia competenza specifica in materia per assicurare uno sbocco ben remunerato ad un certo numero di “trombati”.

Devo complimentarmi vivamente con “La Repubblica” che il 27/2/06 ha dato informazioni sulla più che attuale tematica!

Il provvedimento di cui sopra oltre a rafforzare la opinione già espressa (Giorn. Mal. Inf. Suppl. 2; 2004) sul fatto che i direttori generali e figure analoghe altro non sono che commissari politici, fa

tristemente riflettere sulla realtà che la appartenenza ad un partito dà non solo la capacità di capire tutto ma anche una professionalità totale nei confronti di ogni possibile attività e mi consente di constatare ancora una volta con profonda amarezza che il Corpo Accademico ha brillato per quiescenza facendomi ipotizzare la impostazione di una ricerca scientifica (in doppio cieco controllato) sulla secrezione di particolari ormoni...

Mi sembra che il Corpo Accademico abbia perso l'orgoglio.

Una volta si presentava la propria posizione universitaria proprio con orgoglio, mentre ora è frequente che un professore si presenti e si qualifichi "sono il primario di questa struttura".

Non ho difficoltà a portare a conoscenza del lettore quanto dissi ad un generale che andava in borghese al suo importante ufficio: "se tu non mostri fierezza per la divisa che indossi, cosa devono pensare i sottoposti alla tua autorità?".

Il Corpo Accademico ha perso progressivamente, soprattutto dagli anni novanta ai nostri giorni quella importante e prestigiosa posizione che aveva nella nostra Società; non era soltanto sentirsi oggetto di formale deferenza: era infatti sufficiente qualificarsi come professore universitario per sentirsi oggetto di stima, di rispetto e di fiducia.

Questo non significa che il Corpo Accademico vivesse in modo sterile e chiuso; era dominante l'amore del lavoro, dell'insegnamento e della ricerca: basta ricordare con quanta abnegazione e con quanti sacrifici venivano preparate le relazioni ai Congressi (che, si badi bene, erano affidate con quattro anni di anticipo poiché era tradizione che venissero presentati anche contributi sperimentali di Scuola).

La maggior parte dei professori non amava quindi interpretare atteggiamenti di vistoso protagonismo (che sono sempre esistiti e sempre esisteranno in qualche singolo) ma di costruttivo impegno guidato dal senso di responsabilità per l'alto ufficio ricoperto.

Per ricordare che l'apparire vistosamente è sempre pericoloso perché attira su di sé per lo meno gelosie ed invidia (che, diceva il compianto Maestro, è più contagiosa di una diarrea infettiva...) desidero ricordare al lettore la fine di Horatio Nelson e quella di chi lo colpì a morte durante la battaglia di Trafalgar.

L'Ammiraglio fu abbattuto dal colpo preciso di un tiratore scelto francese che lo aveva individuato "per quella sua uniforme dalle decorazioni rutilanti, dagli ori luccicanti al sole, da quel tricorno piumato, da tutti quegli alamari: l'abito speciale che l'ambizioso ufficiale si era fatto confezionare espressamente per l'occasione, gli è stato fatale".

Il cecchino francese fu a sua volta individuato da un vecchio quartiermastro della nave ammiraglia che lo aveva bene osservato appollaiato sull'albero di maestra riconoscendolo per la camicia bianca ed il cappello con la tesa rivolta all'indietro, indicandolo a due guardiamarina.

Il quartiermastro gridò : "E' lui, è lui...; ma "dall'alto dell'albero il tiratore scelto francese, veramente infallibile, gli sparò un solo colpo e lo colse nella bocca aperta strozzandogli l'urlo e fulminandolo, subito prima di essere abbattuto dai guardiamarina" . (S. Bertoldi - Sangue sui mari-RCS 2006).

Comunque tra lo sterile vistoso protagonismo di pochi e l'essere "inutilmente ritirati" esistono tanti costruttivi e dignitosi atteggiamenti intermedi.

Mi sentii molto gratificato quando fui nominato assistente volontario, assistente effettivo e poi aiuto, professore incaricato e quando infine vinsi il concorso ad ordinario; pensavo di aver raggiunto il massimo come direttore di una clinica, senza immaginare che sarei diventato apicale di CAU02 e poi di BIT02 (senza sapere il significato delle sigle), ma l'apice nella realizzazione professionale è venuto ad un recente congresso nazionale visto che aver detto una lettura magistrale ha comportato la identificazione in un "dettaglio congressuale"...

Ho già sottolineato in altra sede che la migliore amministrazione delle grandi istituzioni assistenziali potrebbe essere assicurata da un consiglio di tre-cinque sanitari eletti dai colleghi, che dovrebbero operare, per le questioni di competenza, sentito il parere delle altre categorie professionali specificamente interessate. Sono infatti convinto che per essere un buon amministratore non è sufficiente una tessera di partito così come non è propiziatore di efficienza il servilismo di tanti apicali d'anticamera. Si vada alla cerimonia di apertura di un congresso e si avrà modo di apprezzare la indipendenza degli organizzatori che danno la parola ad una diecina di commissari politici...

Un collega del Nord Italia è stato convocato dal commissario dell'azienda che gli ha prospettato la necessità di aumentare i ricoveri di pazienti "da altre Regioni" così come la opportunità di aumentare i ricoveri di pazienti con neoplasie e/o malattie cardiovascolari: se la problematica non riguardasse una tematica così delicata come quella della assistenza sanitaria, ci sarebbe soltanto da ridere...

L'occasione è grata per richiamare che il sistema dei commissari ricorda in particolare il periodo in cui operò Stalin, che, quando dava loro l'incarico di presiedere una commissione, talora aggiungeva: "fai presto e bene altrimenti ti accorcerò di una testa".

Non soffro affatto di nostalgie staliniste, ma ritengo che fra l'efficiente brutalità del Dittatore ed il disordine di oggi, si possa trovare una soluzione intermedia che restituisca ai medici dignità ed entusiasmo assicurando al contempo un minimo di pratica operatività.

Mi piace introdurre un concetto fondamentale: se più volte abbiamo ricordato le violenze delle dittature, dobbiamo anche ammettere che esistono violenze nelle democrazie e che la violenza non necessariamente è connessa alla prigione, alle torture o alla morte!

Come conciliare una buona democrazia con il fatto immorale che le Aziende sanitarie devono produrre un profitto o più volgarmente denaro, attraverso la malattia e cioè attraverso le sofferenze dei cittadini?

Come conciliare i principi del Cristianesimo sulla assistenza ai malati con il silenzio della Cristianità su un problema tanto importante?

Esiste anche una eccessiva presenza della politica, talora poco appariscente o anche messa in essere in buona fede: in un congresso a Venezia seppi di un giovane che, nato sieropositivo per HIV, e poi diventato fortunatamente negativo, lamentava che gli veniva sempre attribuita la sieropositività nelle certificazioni... Il Garante prese appunti, (penso con l'intento di intervenire) ma io dissi: "perché non consigliare al giovane di rivolgersi all'Ordine dei Medici?"

Nella stessa sede il Garante che aveva ricordato la necessità di tutelare dignità, integrità e privacy del sieropositivo, non rispose quando gli chiesi come la legge tutelava dignità, integrità e privacy del coniuge non informato dal partner...

Se poi il mio pensiero sul commissariamento politico delle aziende sanitarie è esatto, posso affermare che siamo di molti anni in ritardo con la storia: Stalin abolì quasi del tutto e definitivamente il ruolo dei commissari politici nell'Esercito rosso il 9 ottobre 1942 con l'ordine N° 307, per poi spedirne circa 122.000 in prima linea come ufficiali subalterni (R. Overly-Russia in guerra- il Saggiatore 2000).

Non di meno confermo che i medici in generale ed il Corpo Accademico in particolare, non si sono opposti con efficacia ai cambiamenti peggiorativi avvenuti nell'assistenza pubblica con aumento dei costi e riduzione dell'efficienza, mostrando atteggiamenti di colpevole compartecipazione, di colpevole quiescenza o di altrettanto colpevole indifferenza! Il Corpo Accademico contemporaneo non è diverso da quelli che hanno interagito con i dittatori del XX secolo.

Ritengo anche che i medici si siano macchiati dell'imperdonabile peccato di avere subito in modo acritico le idee altrui o peggio le opinioni altrui ovvero le mode.

Non ho rimproveri da addebitarmi: fui l'unico in Facoltà a votare contro la convenzione Università-Regione e lo feci perché convinto della assoluta necessità di indipendenza, che deve essere anche finanziaria, della Università.

Ho sempre interpretato battaglie in nome della libertà e della indipendenza del professore universitario: non per nulla un mio antenato fu arruolato tra i Garibaldini...

Purtroppo sono stato quasi sempre perdente (talora con la soddisfazione a posteriori di sentir dire: aveva ragione...).

Generalmente parlando, mi piace citare il detto che un Igienista della mia Facoltà di origine napoletana, ama ripetere:

- *Se perdi il denaro, perdi niente*
- *Se perdi l'amore, perdi poco*
- *Se perdi l'amico, perdi molto*
- *Se perdi la dignità, perdi tutto...*

Complesse modificazioni sono avvenute anche sotto il profilo organizzativo: una volta c'era la clinica-istituto diretta da un professore universitario mentre oggi ci sono i dipartimenti in cui si è assistito alla polverizzazione delle strutture tra più docenti.

La polverizzazione delle strutture, l'aumento della burocrazia e la riduzione degli organici hanno esercitato una nefasta influenza sulla didattica ed in particolare sul processo di maturazione degli specializzandi spesso impiegati in esercizi inutilmente ripetitivi (copia di esami, sostituzione di barellieri, ritiro di analisi etc.) invece di essere responsabilizzati nelle corsie.

La corsia clinica è l'unica struttura in cui può avvenire la maturazione professionale del giovane che, responsabilizzato sul singolo malato, apprende dalle quotidiane lezioni di modestia impartite dalle variazioni cliniche individuali, il corretto metodo per seguire i pazienti.

Non può pensare lo specializzando, obnubilato dalla reiterata copiatura di esami di laboratorio in una struttura in cui passano giornalmente decine di malati con la stessa diagnosi, di incontrare in tarda mattinata un professore e chiedergli con disarmante ingenuità "mi spieghi la terapia antibiotica".

La terapia antibiotica viene illustrata nelle lezioni ufficiali per la sistematica e per le regole generali di applicazione, ma non può che essere appresa al letto del paziente.

Analogamente ci si sente ripetere anche da giovani già specializzati, che non frequentano le corsie:

“voglio imparare”, ma l’apprendimento è inteso da alcuni, purtroppo, come un processo saltuario poiché comporta la santificazione dei week end, delle festività compresi i “ponti,” e l’attenta fuga da ogni responsabilità, con qualche spunto di vivacità se è segnalata la presenza di un caso “interessante”.

Si incontrano per fortuna anche giovani che chiedono al docente non solo il programma generale delle lezioni, ma anche la trattazione di argomenti particolari correlati alle loro esigenze formative per poi partecipare attivamente alla didattica istituzionale ed applicata.

La didattica è una interazione vivificante tra chi dà e chi riceve ed il docente non è semplicemente un magnetofono attivabile a comando: se per insegnare è necessario avere particolari attitudini, è altrettanto vero che anche i processi di apprendimento ne richiedono.

Mi si perdoni la brutalità: “se uno tenta di insegnare a cantare ad un maiale, spreca il proprio tempo ed annoia il maiale”.

La vera didattica può essere racchiusa nella frase: “ i giovani crescono, i professori passano, i veri insegnamenti restano”.

Ritengo che la didattica sia la parte più gratificante della mia attività di professore universitario: ho avuto la fortuna di avere un grande Maestro che mi ha illuminato sul metodo da seguire e per parte mia cerco almeno di esternare tutto l’impegno e la generosità che possiedo, per dare il meglio anche nel connubio fra insegnamento teorico ed attività pratica.

La vera didattica per il Clinico si concreta nell’insegnamento del corretto metodo con la conseguente corretta applicazione delle tante metodologie frutto del progresso scientifico; le ipotesi cliniche rimangono sempre ipotesi e non possono essere trasformate in certezze per poi identificare le certezze con la verità.

N. Bensaid ha correttamente definito: “ i medici non dovrebbero mai dimenticare che le certezze della scienza medica non sono mai la VERITA’, ma nulla più che certezze o al massimo verità soltanto parziali e provvisorie. Nel corso della nostra carriera ogni medico ha dovuto rettificare varie volte le certezze sulle quali fondava il suo operato. Eppure, ogni volta la medicina pare credere che le sue verità del giorno siano assolute e definitive...”

La didattica pratica è esercitata nelle strutture assistenziali del Dipartimento, a sua volta parte dell’Azienda che ha operato una drastica diminuzione dei posti letto e quindi ad esempio una équipe (professore e tre medici con 15 infermieri e ausiliari) che prima aveva una divisione con

trenta posti letto, attualmente opera su dodici posti letto con minori disponibilità di casistica per la didattica senza considerare che l' introito è 2,5 volte inferiore al passato...

Va ricordato che accanto alle tante problematiche della didattica, esistono difficoltà per gli studenti che corrono, corrono e corrono da una parte all'altra per accumulare "crediti da ADE ADP etc", per impegnarsi in didattica integrativa di vario tipo o semplicemente per "firmare" la presenza alle lezioni.

Siamo in molti ad avere la sensazione che larga parte degli studenti è presente alle lezioni non per apprendere, ma semplicemente per attestare il fatto passivo di essere costretti ad assistere ad esse.

Ritengo d'altra parte che se un professore senza pubblico si adoperasse a crearlo attraverso la firma obbligatoria di presenze, con questo decreterebbe il fallimento della propria didattica.

Una giovane laureanda con la quale sto conversando in attesa dell'esame mi disarmo dicendo: "perché accumulare crediti ed altri pezzi di carta per non doverli poi presentare nella documentazione per la Laurea?"

La giovane mi spiega: "ha fatto bene chi si è limitato a frequentare il reparto liberamente scelto per vocazione evitando inutili perdite di tempo e limitandosi ad autocertificare !" W. L'Italia!

Accanto alla riduzione dei posti letto si è assistito alla proliferazione del burocratismo integralista che ha complicato a dismisura la vita dei medici: è diventato un problema serio poter disporre di banale materiale di consumo (carta da scrivere, dischetti per computer, cartucce per stampanti) o di un camice pulito e si è estremamente privilegiati se il proprio ufficio viene pulito regolarmente quando si è tanto fortunati di disporne, per poi essere invero fortunatissimi se si ha un minimo di servizio di segreteria.

I nostri giorni fanno notare avvenimenti poco comprensibili: i camici di un Policlinico romano vengono lavati in una diversa provincia del Lazio, le cartelle di vari Ospedali sono conservate in archivi posti a distanza (in altra provincia) così che la consultazione è oltre che costosa, anche difficile e per di più di ostacolo alla ricerca (so per certo che in un Policlinico del centro Italia i medici che vogliono fare una ricerca sono autorizzati a ritirare solo una cartella per volta).

Ritengo difficile pensare che gli appalti connessi ai fatti di cui sopra ed in particolare al burocratismo che ne ispira una parte, siano di potenziamento all'efficienza della sanità...

Il burocratismo integralista che è cresciuto a dismisura in ogni momento della nostra attività può essere definito come: stupido, ottuso, sgarbato, indisponente, inutile, fine a sé stesso, complicato, costoso e controproducente oltre che offensivo del comune senso della dignità professionale.

Il burocratese è per noi medici difficile; di recente il direttore del dipartimento ed il sottoscritto non sono riusciti a comprendere una circolare relativa agli straordinari ed ai conseguenti recuperi del personale medico dirigente!!!

Solo a titolo esemplificativo ricordo che al ritorno dalla partecipazione ad un congresso dobbiamo dichiarare di aver ripreso servizio all'ora e minuto x y pur essendo le nostre presenze controllate tramite cartellino magnetico, producendo immense quantità di fogli di carta inutili, fastidiosi e costosi che hanno l'unico risultato di nutrire il burocratismo integralista.

Ritengo che il nostro lavoro debba essere organizzato con flessibilità (che non significa in modo anarchico o non coordinato); anche il sottoscritto, quando necessario, e senza il minimo disagio va in clinica il sabato e nei giorni festivi. La flessibilità significa semplicemente rapporto di fiducia con gli altri Colleghi che operano nella medesima struttura assistenziale.

Si dice che scopo fondamentale del burocrate sia quello di passare il cerino acceso ad altri sino a giungere a chi praticamente agisce e si scotta...ma i sanitari globalmente considerati sono più che saturi di questo sistema...

Spero di non essere frainteso: ritengo necessaria la presenza di tante e varie figure professionali che insieme concorrono al buon andamento di una struttura assistenziale; è cioè indispensabile che accanto ai medici lavorino amministrativi e cioè burocrati: sono tanto convinto di questo che ritengo impossibile per un professore lavorare bene senza alcun supporto amministrativo diretto (e non riesco a capire perché molti professori non ne hanno).

Ben altra cosa è il burocratismo integralista che può essere definito come burocrazia fine a sé stessa.

Il burocratismo integralista può essere racchiuso nella seguente storiella:

“Non è compito mio: questa è la storia di quattro persone chiamate Ognuno, Qualcuno, Ciascuno e Nessuno.

C'era un lavoro importante da fare e Ognuno era sicuro che Qualcuno l'avrebbe fatto.

Ciascuno avrebbe potuto farlo, ma Nessuno la fece.

Qualcuno si arrabiò perché era un lavoro di Ognuno.

Ognuno pensò che Ciascuno poteva farlo, ma Nessuno capì che Ognuno non l'avrebbe fatto.

Finì che Ognuno incolpò Qualcuno perché Nessuno fece ciò che Ciascuno avrebbe potuto fare”.

Quando il professore spiega ai colleghi stranieri che la sua attività è controllata con cartellino magnetico scoppiano invariabilmente fragorose risate; una caposala francese mi disse “i nostri

professori sanno cosa fare anche senza cartellino” ed un amico russo fu più esplicito: “voi italiani siete famosi per la fantasia, ma la fantasia è una cosa molto diversa dalla stupidità”.

Problemi esistenziali del burocratismo sono quelli di stabilire come possano essere recuperate le ore di servizio prestate in eccesso (eventualmente di sabato) ovvero se si possa o meno passare dalla malattia alle ferie o viceversa...

Quante diverse persone, nei Dipartimenti e poi in sede centrale, controllano e ricontrollano le nostre presenze verificabili e verificate con cartellino magnetico e cioè automaticamente?

Perché nei nostri Uffici non viene fatto quanto normalmente avviene nel mondo civilizzato in cui ogni impiegato che porta a compimento le sue mansioni suggella il proprio operato con il timbro personale che indica a caratteri ben visibili il numero di identificazione? (Controllare per credere il timbro di entrata e di uscita sul passaporto di Stati extraeuropei).

Comunque il gatto continua a mordersi la coda... mentre i professori hanno, nella oppressiva organizzazione attuale, la sgradevole sensazione di essere costretti a correre in un campo con l'erba alta: hanno coscienza di poter sviluppare quelle falcate più ampie che sono loro impediti...

Controllate, per credere, il numero elevatissimo di Professori della nostra Facoltà che hanno raggiunto posizioni di grande rilievo, e ritengo anche più che meritatamente, nei più vari paesi del mondo.

Nei dipartimenti medici, infermieri e tecnici lavorano in condizioni sempre peggiori, mentre alcune segreterie amministrative prosperano.

Una attività fondamentale è rappresentata dalla riscossione dei ticket; sono portato a ritenere che la percentuale che rimane e dovrebbe rimanere al Dipartimento, non sia sufficiente neanche a pagare gli stipendi degli impiegati che se ne occupano...

La burocrazia ha invaso anche le corsie: i nostri giovani lavorano più per riempire pezzi di carta che per concrete esigenze assistenziali.

L'aumento della burocrazia non ha portato ad aumento della efficienza; ha solo comportato l'inserimento fra medico e paziente di una serie di figure che hanno sicuramente fatto lievitare i costi della sanità, peggiorandone la capacità operativa e distogliendo preziose energie che potrebbero più fruttuosamente essere dedicate ai pazienti.

Pullulano gli uffici con persone di varia qualifica e provenienza che coordinano, dirigono, supervedono, pianificano, programmano, valutano, controllano, correggono, credono di evitare gli sprechi e di lottare contro gli errori, così come di assicurare la qualità e tutto quanto dovrebbe

essere a disposizione del malato etc. mentre medici e non medici diminuiscono nei reparti di assistenza.

Vengano i burocrati di cui sopra in corsia e si cimentino con le difficoltà correlate al reperimento di un farmaco, con le difficoltà di esecuzione di un esame strumentale ritenuto indispensabile per il malato, con la necessità di disporre di biancheria per i pazienti o semplicemente, come già ricordato, di un camice ovvero di un asciugamano per il personale medico e non (all'uopo si utilizzano di solito lenzuola...), ovvero di rotoli di carta per uso particolarmente umile...

La ipertrofia burocratica si è però realizzata senza che il Corpo Accademico abbia almeno tentato la difesa della dignità medica e sanitaria in genere (volendo includere anche infermieri e tecnici) per assicurare la realizzazione piena della dignità del malato: difendere la dignità dei sanitari significa infatti difendere la dignità del malato essendo l'una e l'altra inscindibili, complementari ed interattive.

Giova anche ricordare che ci sono laureati in medicina e chirurgia che trascorrono le loro giornate passando da una riunione o da una commissione all'altra (si stilano verbali a ricordo delle dotte discussioni?)

In generale, per quanto riguarda la nostra Istituzione, non siamo andati oltre la spesso flebile richiesta di esercitare la attività privata o meglio pseudoprivata, per come viene realizzata; ricordo che in Verona nel 2004 illustrai il concetto di un Corpo Accademico succube, mortificato, avvilito, acinetico ed inerte, restando molto sorpreso per un caloroso applauso a scena aperta.

Nel nostro Policlinico (basata su parere di...) è stata di recente data addirittura una "moderna ed intelligente interpretazione" della legge De Maria che "integra" lo stipendio per la attività assistenziale dell'universitario: quando un professore anziano supera lo stipendio del pari grado ospedaliero, la retribuzione deve essere decurtata e riportata al livello di quest'ultimo.

Quindi un professore che per compito istituzionale deve espletare attività didattica, scientifica ed assistenziale, va ricondotto indietro per retribuzione al livello del pari grado (pari anzianità) apicale ospedaliero che deve assicurare soltanto l'esercizio dell'attività assistenziale.

La interpretazione è stata accolta con sommessi brontolii, ma il Corpo Accademico non ha posto in essere alcuna energica iniziativa: dove vogliamo andare se non siamo neanche capaci di farci pagare il salario così come da Legge dello Stato?(siamo in arretrato sul contratto nazionale di molti anni...).

Sono diventati di moda i concetti globalizzanti che hanno diffuso nei malati la opinione: voglio tutto quello che è stato dato ad altri, senza capire che è molto meglio chiedere quello che dal medico è ritenuto giusto e necessario per ognuno.

Ritengo inutile proporre agli Eschimesi la fornitura di frigoriferi in nome della globalizzazione.

Non è difficile concludere che medici, infermieri, tecnici di laboratorio ed altri operatori che lavorano nell'assistenza ai malati, insieme considerati non sono più in grado di sostenere la spesa dell'immenso carrozzone burocratico che si amplifica continuamente visto che ogni nuovo commissario-direttore d'azienda è circondato da una sua corte di collaboratori (mi dicono pagati meglio di altri operatori sanitari) che vanno almeno in parte a sommarsi a quelli del precedente.

Gli operatori sanitari, sempre globalmente considerati, non sono più in grado di mantenere anche la moltitudine di contratti privati di ogni tipo associati alle attività organizzative generali o a particolari strutture (ufficio tecnico, progettistica, risorse varie e consulenze di ogni tipo etc.).

In ogni gestione si rinnovano (e vengono pagati) progetti che rimangono come tali per poi essere soggetti a nuove progettazioni senza passare a vie di fatto concrete.

Le malattie infettive del nostro Policlinico videro un fantascientifico progetto connesso ai finanziamenti AIDS; il progetto fu onorato e rimase "in mente Dei"; abbiamo sentito poi parlare di altri progetti meno ambiziosi ma, ritengo, sempre puntualmente retribuiti; l'altalena progettuale sembra attualmente attestata su due ipotesi: distruggere comunque tutte le palazzine dell'infettivologia per poi sistemare un prato verde sotto il quale dovrebbe o potrebbe essere costruito un garage...oppure(sempre dopo la distruzione) costruire un supermercato...ovvero garage e supermercato... Non è fuori luogo ricordare che le altalene progettuali avvengono senza che gli infettivologi siano opportunamente interpellati prima delle progettazioni che risorgono con insistenza in vicinanza delle consultazioni elettorali...

Notizie dalla stampa hanno portato alla nostra conoscenza che la elaborazione del "progetto di fattibilità" relativo alla trasformazione dell' area malattie infettive in supermercato è stata onorata (legittimamente ai progettisti estensori che hanno risposto ad una offerta di lavoro) con la cifra di 120.000 euro circa. Piace sottolineare che la richiesta pressante di dare un minimo di conforto estivo ai nostri ricoverati con la applicazione di condizionatori (250 euro per 40) nelle camere di degenza, non è stata ancora presa in considerazione (naturalmente perché tutti lavorano nell'interesse dei malati!!).

Mentre il denaro viene perso in rivoli impetuosi attraverso progettistica e contratti privati, sono previsti controlli rigorosi sulla utilizzazione del telefono consentendo “per le linee afferenti alla ricerca e alla didattica la sola linea urbana”. E’ un modo molto aperto e intelligente di valorizzare i ricercatori più capaci invitandoli a tenere i contatti limitati al comune di appartenenza, evitando accuratamente qualsiasi contatto non dico internazionale ma almeno nazionale...

Solo per amena perdita di tempo ricordo che il sottoscritto costa allo Stato 1,5 Euro al minuto e che ogni attività burocratica connessa all’uso del telefono sarebbe più costosa della telefonata e si aggiungerebbe al costo della stessa, (viene fatto di esclamare: W l’Italia!).

Abbiamo la sensazione più che chiara che si è distrutto un vecchio sistema fondato su precise gerarchie operative accademiche senza crearne un altro reale alternativo e che nella confusione sono aumentati a dismisura burocratismo, inefficienza e costi di gestione con il solo risultato finale che ai malati viene tolta una quantità enorme di risorse.

La situazione di scontento all’interno del Corpo Accademico è tale che sono iniziati i pensionamenti anticipati: sono per ora a conoscenza di pochi casi, indicativi comunque a sufficienza dello stato di malessere in cui operano i professori universitari.

Se la situazione non è allegra per i professori si può serenamente affermare che per i giovani è semplicemente catastrofica: chi è fortunato arriva al termine del dottorato (800 euro netti al mese) intorno ai 35 anni... Piace precisare che quando ricevevi una borsa di studio dopo la laurea (la specializzazione era allora non retribuita), spendevo per l’alloggio 1/12 dell’ammontare mensile mentre oggi uno specializzando-dottorando deve spenderne almeno il 50%... Con questo sistema si selezionano i migliori oppure quelli che si accontentano di una avvilente routine o semplicemente quanti provengono da famiglie di benestanti?

I nostri giovani che emigrano negli USA vengono definiti come “fuga dei cervelli” senza comprendere che gli USA utilizzano e pagano il lavoro svolto da professionisti formati in Italia con un investimento a fondo perduto della durata di 25-30 anni.

Una domanda: perché quasi l’intera generazione alla quale appartengo ha fatto un passo indietro nella realizzazione e conduzione dei dipartimenti?

E’ mia ferma convinzione (almeno per quanto attiene alla situazione delle malattie infettive) che le migliori istituzioni nazionali per produttività scientifica e dinamica di crescita dei giovani sono quelle che dal punto organizzativo, indipendentemente dal nome che le caratterizza, si rifanno al tradizionale modello dell’istituto.

I dipartimenti vivranno solo per autodistruggersi con progressiva autolisi: i docenti della nostra struttura sono già dimagriti del 60-70%; si potrebbe quindi ritenere che come anti-dipartimentalista convinto dovrei essere felice mentre in realtà, quando penso che l'ultima assunzione di un ricercatore è avvenuta oltre sette anni fa ed è seguita da un vuoto di quasi venti anni, mi viene la pelle d'oca...

Siamo in molti a credere che i dipartimenti, nei quali le fatture per i fornitori sono pagate più rapidamente rispetto ai tempi dell'amministrazione centralizzata, hanno soltanto dato a qualche oscuro contabile la illusione di essere diventato molto importante.

Abbiamo ricordato in altra sede che la attività clinica si concreta nel rapporto fra medico e paziente e cioè in una complessa e multiforme interazione tra fatti ed emozioni che si intersecano realizzando quella che può essere definita come una "meravigliosa avventura". (F. De Rosa-Giorn. Mal. Inf. Suppl. 2-2004).

Tale "meravigliosa avventura" tende alla definizione della corretta ricostruzione storica dell'evento malattia e cioè alla emissione della diagnosi ovvero di quello che il medico ritiene al momento non falsificabile dal punto di vista concettuale ed "equilibrato, giudizioso e prudente" dal punto di vista pratico.

Viene anche spontaneo sottolineare che esistono profonde differenze nelle varie specialità mediche, senza naturalmente voler fare gerarchie di importanza, poichè riteniamo che tutte hanno pari dignità nella loro diversità.

Consideriamo a titolo esemplificativo il lavoro dell'epidemiologo e quello del clinico: per l'epidemiologo che studia l'evento malattia la diagnosi è conclusa e si può procedere all'analisi delle tante componenti (anamnesi, analisi, indagini strumentali, terapie, variazioni di questo o quel parametro in rapporto ad una terapia etc). che sono poi traducibili in numeri e quindi in valutazioni statistiche (si ricordi che secondo una definizione usuale" lo statistico traduce in numeri le leggi della Natura").

E l'epidemiologo può fare il suo lavoro comodamente seduto davanti al computer e quando è stanco lo può tranquillamente disattivare dicendo a sé stesso: ricominciamo domani.

Per il clinico l'evento malattia va contrastato con decisione, non rinviato, e non può essere programmato né tanto meno dissociato dalle complesse emozioni che lo stesso evoca tanto nell'animo del malato quanto nell'animo del medico ed in particolare dalle sofferenze di entrambi

che in vario modo partecipano al “pathos” che li accompagna nella ricerca delle definizioni di malattia e quando possibile nel percorso di ritorno alla salute.

Un primo esempio di vita vissuta può illustrare a compimento il “pathos” collegato all’evento malattia: una madre interroga il professore con ansiosa quanto rispettosa insistenza sulla salute del figlio; la risposta con parole cortesi, generiche ed anche garbatamente evasive cerca di dire senza dirlo quello che si vorrebbe non dover pronunciare perché si tratta di illustrare una ipotesi a prognosi molto grave... La madre comprende quello che non vorrebbe dover comprendere e lo interrompe con dolce fermezza dicendo: “professore, mi guardi negli occhi... nei suoi occhi io leggerò la verità...”

Tutti abbiamo vissuto momenti simili; tutti avremmo voluto e vorremmo non viverli; tutti li dovremo purtroppo ancora vivere in futuro; anche questi dolorosi momenti fanno parte della vita del clinico, così come tanti altri momenti più belli in cui si può annunciare con gioia che la malattia è stata sconfitta, che la prognosi è molto migliore di quello che si pensava, o infine che le prospettive terapeutiche, salvo complicazioni, sono ottimali.

Si pensi poi al sostanziale aiuto che il medico può dare accompagnando un suo simile alla fine del cammino terreno, aiutandolo ad affrontare il doloroso passaggio con serenità e dignità e cioè mettendolo nella condizione di vincere, proprio con la dignità, quell’evento biologico che è per nostra natura inevitabile.

E’ quindi proprio la complessità delle emozioni, delle sensazioni, delle ansie, delle sofferenze e delle speranze a caratterizzare la interazione medico-paziente e quindi quell’avventura che abbiamo definito come “meravigliosa” dovendo anche aggiungere “complessa e difficile”.

Appare evidente che lo scrivente, per tendenza personale e per la impostazione di Scuola ricevuta, sostiene che la attività clinica deve sempre e categoricamente partire dal paziente in contrasto con quelle tendenze che, importate in tempi relativamente recenti, partono dalla “malattia”.

Lo scrivente appartiene quindi a coloro che iniziano il processo diagnostico-terapeutico dal malato e segue, come modello epistemologico, la teoria di falsificazione delle ipotesi di Karl Popper, già affrontata in anni ormai lontani, quando nella lettura “Metodo e metodologie nello studio dei rapporti tra uomo e infezioni” (Giornale di Malattie Infettive e Parassitarie 40: 601; 1988), ebbe modo di riassumere le straordinarie intuizioni del filosofo austriaco che ha codificato il metodo di imparare dai nostri errori:

- *Incontriamo un problema*
- *Tentiamo di risolverlo proponendo qualche nuova teoria o ipotesi*
- *Impariamo dai nostri sbagli, specialmente da quelli che emergono dalla discussione critica dei nostri tentativi di risoluzione.*

Nella attività clinica tutto si traduce in:

- *Problema: il malato nel suo complesso (anamnesi, esame obiettivo, analisi, indagini strumentali, consulenze etc).*
- *Congetture: ipotesi diagnostiche.*
- *Confutazioni: falsificazioni delle varie ipotesi sino al raggiungimento di quella ipotesi che non può essere falsificata e che quindi resterà come diagnosi sino a quando non si potrà emettere altra ipotesi a sua volta non falsificabile.*

Il metodo scientifico consiste quindi nell'andare alla ricerca dei fatti che possono servire alla confutazione delle teorie, e solo quando essi sono rovesciati da esperimenti, e cioè smentiti, possiamo incrementare, mediante nuovi tentativi e nuovi controlli, il progresso scientifico che altrimenti non potremmo fare.

In conseguenza “la scienza non è un sistema di osservazioni certe, o stabilite una volta per tutte, e non è neppure un sistema che avanzi costantemente verso uno stato definitivo”.

La nostra scienza non è conoscenza; non può mai pretendere di aver raggiunto la verità... e la scienza non persegue mai lo scopo illusorio di rendere le sue risposte definitive e neppure probabili. Piuttosto il suo progresso tende sempre allo scopo infinito e tuttavia raggiungibile, di scoprire problemi sempre nuovi, più generali e più profondi, e di sottoporre le sue risposte, sempre date in via di tentativo, a controlli sempre rinnovati e sempre più rigorosi” (K. Popper: Logica della scoperta scientifica – G. Einaudi-1984).

Nella comunità scientifica la falsificazione di una teoria è intesa come molla del processo perché stimola la elaborazione di una nuova teoria al momento non falsificabile ed è esemplificativo quanto dichiarato da A. Einstein: “una teoria fisica non può aver destino migliore che quello di dover segnare il cammino per una teoria più comprensiva nella quale continui a vivere come caso limite” (Relativity: the special and the general theory. A popular exposition-Methuen and Co. London 1920).

La teoria di Popper si pone contro quelle concezioni della storia definite storicistiche, tramite le quali si presume di aver colto la legge (o le leggi) dell'ineluttabile sviluppo della storia umana nella sua interezza.

Tornando alla attività medica, va ricordato che il primo dovere di ogni sanitario è quello di lottare in difesa della vita, della salute e contro la malattia.

La attività clinica si concreta nella diagnosi essendo questa sostanza e non forma: non è importante nel paziente se la febbre è stata rilevata in orario o fuori orario (ci sono momenti fissi per la misurazione della temperatura corporea) ma solo se è stata presente. In termini diversi ogni segno e sintomo va rilevato, analizzato, controllato, discusso e valutato opportunamente: la attività clinica non ammette distrazioni di sorta essendo spesso il processo diagnostico la emissione di ipotesi subentranti che tra di loro si elidono nel processo di evidenziazione dell'unica corretta ricostruzione storica possibile.

La cartella clinica è il documento in cui si formalizza la ricostruzione storica e viene compilata per uso medico clinico e cioè per essere letta al lume del buon senso più elementare e non per essere vista solo ad uso burocratico o peggio ancora per essere talora distorta ad uso giudiziario.

Voglio ricordare prima di tutto che al giorno d'oggi si ricevono sollecitazioni dall'ufficio RAD addirittura per concordare la strutturazione della diagnosi con una sintetica compilazione della scheda sui "fatti essenziali relativi al ricovero" quindi un paziente può ricevere le diagnosi essenziali: "Insufficienza respiratoria. Encefalopatia tossico-dismetabolica" per essere trasferito alla medicina intensiva.

La diagnosi deve essere invece completa e corretta: "Insufficienza respiratoria. Encefalopatia tossico-dismetabolica. Sindrome di Reiter. Arteriopatia grave arti inferiori. Vascolite recidivante con recente emiparesi sinistra. Miocardiosclerosi. Mielodisplasia. Diverticolosi del colon. Herpes zoster toracico".

In secondo luogo l'esame della cartella deve essere fatto sulla sostanza dei fatti e sulla loro logica consequenzialità: al medico non può e non deve essere concesso di considerare la documentazione sanitaria come raccolta o non raccolta nei termini né tanto meno di annullare parti del decorso, analisi o indagini strumentali "per vizio di forma" come è consentito ad Altri!

Non per nulla ritengo che la applicazione della Legge sia prevalentemente forma, mentre l'atto medico è sostanza; possono trovare un punto di accordo forma e sostanza?

Può la forma giudicare correttamente la sostanza?

Infine l'opera del medico, lo si vuole dichiarare a chiare note, deve essere al di sopra della razza, della nazionalità, delle idee ed anche del credo religioso di ogni paziente; il medico quindi, pur operando nelle più dolorose e tristi circostanze, quali quelle che si possono verificare nelle evenienze belliche, ha il dovere di soccorrere il nemico ferito allo stesso modo in cui interviene sui propri commilitoni.

Gli imperativi morali di cui sopra elevano la dignità della nostra professione verso l'universale e l'eterno e stimolano a far comprendere la grandezza del messaggio clinico-terapeutico anche a quanti hanno i loro orizzonti operativi limitati ai confini territoriali, allo sfruttamento delle risorse, al mercato, e talora e molto peggio, alla imposizione di ideologie assolutiste, della razza, del credo religioso, etc.

Giustizia e malasanità.

“Voglio giustizia”: è una frase che si sente ripetere tutti i giorni quando si ascoltano i notiziari di informazione, così come quotidianamente la si legge sui giornali.

La giovane donna sottoposta a violenza vuole giustizia, ma in Tribunale troverà l'avvocato del convenuto che porrà sottili domande: “non è che Lei ha espresso magari involontariamente, qualche gesto invitante?”

La sua gonna in effetti era sopra il ginocchio...”

Analogamente la vecchietta derubata vuole giustizia, ma l'avvocato del convenuto incalza: “con quali intenzioni ha aperto la porta ad un giovane sconosciuto?”

Gli esempi potrebbero riempire interi volumi e sono in molti a pensare che la esigenza di giustizia cozza contro il garantismo eccessivo offerto a chi si colloca fuori dagli ordinamenti.

Infatti la maggioranza silenziosa ha la sensazione che la nostra Legge è più propensa a proteggere e garantire i malviventi rispetto ai cittadini onesti ad una piccola parte dei quali solo recentemente è stato munificamente concesso di difendere la propria vita e quella dei propri familiari in alcune particolari condizioni.

E' fuori dubbio che molti comuni cittadini si sentono fortemente perplessi di fronte alla Giustizia italiana; basta citare qualche esempio paradigmatico.

Le lungaggini del processo a Giulio Andreotti (circa 11 anni) con una sentenza finale assolutoria e fortemente polemica nei confronti delle fantasticherie accusatorie iniziali ha lasciato molto amaro perché il ben pensante ha dovuto farsi tre domande:

- *cosa sarebbe accaduto di un comune cittadino?*
- *non è che l'iniziativa è partita proprio perché non era diretta ad un comune cittadino?*
- *è possibile che la amministrazione della Giustizia sia influenzata dall'oggetto della medesima?*

E' poi dei giorni nostri la sconcertante sentenza che la violenza su una giovane è meno grave se questa non è illibata. La particolare violenza cui ci si riferisce prima di essere fisica, è psicologica ed esercitata sull'animo di chi la subisce; se così non fosse si arriverebbe all'assurdo che una donna pluripara appunto perché tale, dovrebbe alla fine risarcire l'aggressore che non trova di suo gradimento la situazione fisica dell'aggredata...

Voglio anche ricordare che inviare centinaia di avvisi di garanzia ad un singolo cittadino, pur politicamente importante, mentre non se ne inviano agli avversari, è alla fine controproducente, perché si concreta solo nel richiamare su di lui l'attenzione ed in fin dei conti nel favorirlo.

L'uomo comune è portato a pensare, in presenza delle centinaia di avvisi di cui sopra, che sia solo un fatto strumentale perché rifugge dall'idea che le strutture dello Stato non riescano a dimostrare la concretezza degli avvisi ovvero dal pensare che non esistano fatti concreti dimostrabili in centinaia di indagini.

Gli avvisi di garanzia in numero eccessivo finiscono per apparire soltanto come uno status symbol. Inoltre noi medici non riusciamo a capire i particolari significati attribuiti dai Giuristi a parole che nei vocabolari della lingua italiana non sono poi così diverse: si pensi ai termini indennizzo e risarcimento con le complesse tematiche associate (avuto l'indennizzo si chiede il risarcimento...)

Questo non per fare questioni di lana caprina, ma semplicemente perché è necessario comprendere nell'intimo che la Giustizia deve essere vicina al cittadino comune ed a lui comprensibile essendo la comprensione basata su parole dell'idioma nazionale alle quali va attribuito il senso che la lingua medesima loro conferisce. E nel caso che si intenda dare alle parole impiegate ad uso giuridico significati particolari, sarebbe bene farne menzione nei dizionari così che ogni cittadino potesse beneficiarne arricchendo il proprio patrimonio.

Gli anni a noi più vicini ci hanno fatto assistere all'esplosione epidemica delle vertenze giudiziarie contro i medici per vera o presunta malasanità; l'estensione dei procedimenti è stata ed è tale da far pensare addirittura ad una eziologia infettiva o ad uno status symbol perché è difficile che una lunga vita professionale sia esente da rapporti con la giustizia, mentre in realtà la epidemia è

correlata in parole nude e crude a “tentativi di arrotondamento di bilancio”. Perché non provare a convenire il medico e/o la struttura? Praticamente c’è ben poco da perdere...

La epidemia è stata importata dagli USA, ma in questo paese c’è un naturale calmierista costituito dal fatto che attori, avvocati e periti devono stare bene attenti a non stravolgere la realtà dei fatti per evitare di portare vistose cicatrici sulla propria pelle...

Comunque sulla giustezza della giustizia correlata alla malasanità c’è molto da discutere!

In un recente articolo di A.C. Hoffmann, che si riferisce in generale al concetto di “malpractice” (malasanità in italiano) (Med Law 2005-24: 297-308) ho avuto modo di leggere che negli USA “approssimativamente 8000 persone muoiono ogni anno per cause in parte connesse a malasanità” (secondo uno studio pubblicato nel 1990 da un gruppo di Harvard) e sono rimasto profondamente colpito da due termini: il primo è “approssimativamente” e non appare certo del tutto appropriato quando si parla del numero di pazienti deceduti e l’altro “in parte connesse” evita addirittura di precisare la natura stessa del rapporto tra la causa che dovrebbe essere oggetto di definizione e l’effetto “morte del paziente”.

Accettare che una serie praticamente illimitata di ragionamenti clinici, analisi, tecnologie, interventi etc, tutti riuniti nel concetto di attività medica, possono essere “in parte” correlate alla morte di pazienti è come voler sostenere che una donna può essere quasi incinta.

La causa di morte o è tale o non è causa di morte: non ci sono vie di mezzo!

Nello stesso lavoro il termine “malpractice” ricorre, ma non è dato leggere la definizione esatta del concetto cui corrisponde; per quanto ci riguarda più da vicino chi ha dato una definizione accettabile di malasanità e come questa definizione è stata ottenuta?

Ed inoltre quando si va a parlare di malasanità in aumento, chi ne ha stabilito i criteri generali, chi ha operato la sintesi dei fatti e come questi sono stati raccolti?

Immaginiamo che una grossa istituzione solleciti finanziamenti dal Governo per “la profilassi delle infezioni ospedaliere” (che possono essere un esempio calzante di malasanità); non ritenete possibile che la stessa istituzione attraverso i propri dirigenti, possa incentivare movimenti di pensiero volti a sensibilizzare opportunamente l’opinione pubblica per favorire gli investimenti?

Non è certo facile tradurre nella realtà definizioni generali:

- 1. Come è possibile descrivere un esempio assolutamente certo di aumento di malasanità?*
- 2. Come è possibile analizzare i fattori che ne causano l’aumento?*
- 3. Come è possibile collegare i fattori di malasanità al mercato delle assicurazioni?*

Facciamo un esempio pratico: un paziente muore per le complicazioni connesse ad una broncopolmonite nosocomiale; chi può escludere in modo sicuro che la eziologia della stessa non sia stata correlata a microrganismi trasmessi al paziente dall'indisciplina dei visitatori?

E' poi estremamente difficile confrontare i numeri di diversi modelli di sanità: in un lavoro (F.G. De Rosa, S. Cicalini, R. Francavilla Giorn. Mal. Inf: Parass. Vol. 7 Suppl. 1-2001) fu documentato come nell'ospedale Botkin di S. Pietroburgo la esecuzione di autopsie nel 94% dei pazienti deceduti aveva potuto mettere in evidenza una percentuale di errori del 40% sulle diagnosi di endocardite mentre un simile studio è semplicemente improponibile in Italia dove l'autopsia è ancora largamente vista come una mancanza di rispetto al defunto.

La incombenza della malasanità ha una conseguenza inevitabile: mette i medici sulla difensiva e questo comporta un aumento della prescrizione di analisi e di indagini di laboratorio con un consistente aumento dei costi, anche se è estremamente difficile fare rapporti di causa ed effetto, dato che la medicina diventa ogni anno più ricca ed invitante di mezzi diagnostici.

In ossequio alla medicina difensiva molti sanitari evitano di "firmare"; una volta dissi ad un collaboratore: "firma almeno i buoni per la richiesta di carta igienica!".

I medici inoltre sono portati a prescrivere le terapie più moderne e più costose: è quotidiana l'osservazione di associazioni antibiotiche proposte per la terapia di polmoniti di comunità con la scelta di farmaci dieci volte più costosi di altri con efficacia analoga. Una volta un giovane collega rispose alle mie rimostranze dicendo: "ho paura".

D'altra parte le indagini di mercato sulla malasanità possono genericamente chiedere al medico se opera "sulla difensiva", ma è difficile che si possa scendere nei particolari degli atteggiamenti messi in essere dai singoli medici.

Comunque la medicina "difensiva" è nata ed è una realtà: il medico può essere portato ad attivare il proprio impegno per difendersi e non con il fine di perseguire la corretta ricostruzione storica dell'evento malattia. Se il concetto è veritiero per la sanità si prospetta un futuro non certo roseo.

Una volta il malato veniva dimesso con le più semplici indicazioni perché era tacito che si ripresentasse da chi lo aveva curato; oggi invece si scrive in cartella "... il paziente viene dimesso con il consiglio di rimanere sotto stretto controllo medico e di proseguire se necessario accertamenti e cure. Si rimane a disposizione per le competenze specifiche correlate al caso".

Il tema dei risarcimenti è poi divenuto così complesso ed oneroso per i medici condannati che alcuni Stati, negli USA, hanno addirittura creato un sistema per cui il medico può essere tenuto a

risarcire fino ad un certo limite oltre il quale interviene lo Stato; questo ad evitare che un medico debba lavorare tutta la vita per risarcire (in modo più o meno giusto) una quantità di denaro pari a quella che riceve nell'intero periodo di esercizio professionale (sarebbe sensato?).

Nella realtà di tutti i giorni la Giustizia per colpire le conseguenze dell'atto medico colpisce l'attore vero o presunto (vedasi responsabilità attribuite all'apicale assente per ferie); credo che sarebbe giusto e reale adottare il comportamento di alcuni Stati USA essendo semplicemente assurda la possibilità sopra accennata che un singolo medico possa impiegare tutta la sua vita professionale per indennizzare un terzo (in modo giusto o ingiusto)...

L'atto medico, ovvero chi lo ha messo in essere, deve essere sempre perseguito come sostanza (anche quando il procedimento non è affatto basato su presupposti giusti), ma l'esame giuridico è guidato da regolamenti formali essendo gli ordinamenti processuali più forma che sostanza, tanto che si dà talora valore alla data di acquisizione di un documento più che al significato concreto dei dati in esso contenuti.

L'atto medico deve essere perseguito per ciò che è: sarebbe possibile infatti perseguire “il tentato intervento o la tentata diagnosi”?

Mentre i medici sono in ambascia continua, gli avvocati vanno a cuore leggero e dicono che “devono tutelare gli interessi di chi commissiona il lavoro”; sarebbe bene precisare che questo non deve prescindere dal rispetto della professionalità e della dignità di terzi che non hanno o, potrebbero non avere, responsabilità alcuna; tutelare qualcuno non deve poter significare soltanto danneggiare altri.

Ed infine, se avesse sbagliato il Giudice, sarebbe sensato proporre come ritorsione che il Giudice che ha condannato e fatto eseguire la sentenza, è tenuto a scontare in prima persona la condanna ingiusta che ha inflitto?

E se i medici in reazione all'epidemia di procedimenti tutti in blocco si rifiutassero di accettare i processi disertandoli?

Ritengo utile proporre un rimedio generale per sanare in modo definitivo prima la problematica dei rapporti fra medico e paziente e poi quella fra medico e Giustizia chiedendo la preparazione di un modulo nazionale di “procura al medico” analogo a quello che viene firmato dal cliente all'avvocato (autorizzandolo a tutto, compresa ovviamente la riscossione di eventuali assegni ad indennizzo dei danni ricevuti... e praticamente senza attribuirgli neanche di lontano quelle responsabilità giuste o ingiuste che pesano sulle spalle dei sanitari).

La procura al medico porterebbe un solo “svantaggio”: la caduta del numero dei processi...

Su protocolli, linee guida e giustizia

Gli anni a noi più vicini hanno visto la comparsa e la diffusione di protocolli e linee guida, essendo i due concetti usati molto spesso in modo indifferente attribuendo loro praticamente lo stesso significato.

Protocolli e linee guida nella pratica medica quotidiana possono talora quasi identificarsi: nella terapia antiretrovirale la continua introduzione di nuovi farmaci fa sì che i protocolli sperimentali si seguano e si intersechino tra loro con tale rapidità da essere confusi con linee guida, mentre gli studi a breve o brevissimo termine dei protocolli andrebbero confrontati con quanto si viene a conoscere a distanza di anni sulla efficacia, tollerabilità e presenza di effetti collaterali per il singolo farmaco, prima di poter procedere alla elaborazione di eventuali linee guida.

In realtà per protocollo si deve intendere la indicazione del percorso da seguire in uno studio specificandone la teorizzazione, le compatibilità etiche, la pratica realizzazione, la scelta dei mezzi e la sistematizzazione dei risultati, le metodologie per l'analisi etc.

Ad ogni protocollo è intimamente connessa la necessità di informare il paziente che viene chiamato a far parte di uno studio e di ottenere da lui il necessario consenso.

I protocolli, così come noi li intendiamo, hanno avuto origine nella Dichiarazione di Norimberga del 1947 che li correlò alla medicina clinica sperimentale con la inderogabile necessità di ottenere il preventivo consenso informato del paziente. Si trattò di una chiara reazione alle nefandezze perpetrate dai medici nazisti che calpestarono ogni regola di etica ed esercitarono ogni sorta di violenza sui prigionieri reclusi nei campi di concentramento fino a giungere ad esperimenti mortali (immersione in acqua gelata per stabilire i limiti di sopravvivenza, test di sopravvivenza a basse pressioni atmosferiche, infezioni sperimentali letali e relativi tentativi terapeutici, interventi sperimentali etc.) ovvero ad uccisioni al solo scopo di arricchire collezioni anatomiche o per prelevare la pelle onde confezionare soprammobili o articoli da regalo (era ambita la pelle con tatuaggi) etc. etc.

La Dichiarazione di Norimberga sancì che non si può includere un paziente in un protocollo senza informarlo esaurientemente su ogni aspetto pratico che lo riguarda.

Linea guida indica invece un percorso diagnostico o terapeutico prevalentemente correlato all'esercizio della medicina clinica che dovrebbe essere sempre un atto individuale e propone: se il medico formula la diagnosi x la terapia consigliata è y.

Si può a prima vista pensare di essere di fronte ad una incontestabile verità e l'opinione dei più accetta questa interpretazione a differenza del sottoscritto che è molto critico ritenendo che il singolo malato è un "esperimento malattia" unico ed irripetibile al quale vanno individualizzati diagnosi e terapia.

Si può infatti ritenere che le linee guida, basate su osservazioni trascorse, abbiano una caratteristica storicistica e possano secondo alcuni codificare prima quella evoluzione individuale e non prevedibile della malattia che potrà invece essere verificata nel singolo malato solo a posteriori.

Potrebbero andare bene le parole di Hayeck: "sebbene la storia non si ripeta mai del tutto, ed esattamente perché nessuno sviluppo degli eventi è inevitabile, noi possiamo in una qualche misura, imparare dal passato ed evitare la ripetizione dello stesso periodo".

Si tratterebbe di trarre i migliori vantaggi dalla limitatezza e fallibilità della natura umana e cioè di evitare gli sbagli e questo dovrebbe essere vero anche per le linee guida che si pongono a cavallo fra il passato ispiratore ed il presente utilizzatore, alla condizione assoluta di essere individualizzate.

Le linee guida sono spesso importate nel nostro paese dagli USA, ma ritengo che la docilità di tanti colleghi che passivamente le acquisiscono e le utilizzano, dovrebbe confrontarsi con una realtà sconcertante: cosa abbiamo da imparare in tema di sanità da un Paese molto ricco che ancora non è stato in grado di organizzare un sistema sanitario efficiente nei confronti di tutti i cittadini, essendo parte della popolazione sprovvista di assistenza sanitaria?

Va precisato poi che le linee guida sono formulate da Società scientifiche le più varie e fortemente influenzate dalle proprie tradizioni culturali e dall'ambiente in cui operano, se non si vuole essere tanto maligni da pensare all'esistenza di pressioni (sempre scientifiche, ma connesse al mercato dei farmaci) esercitate sugli estensori.

Sono abbastanza avanti negli anni per ricordare che alcuni importanti antibiotici italiani non sono stati accettati o lo sono stati in modo molto limitato in alcuni mercati esteri...

Facciamo un esempio pratico: negli anni della nostra formazione e poi negli anni successivi di esercizio professionale, siamo stati sollecitati a formulare la diagnosi nel modo più preciso possibile ed a scegliere le terapie anti-infettive in modo consequenziale.

Di fronte ad una polmonite extraospedaliera, il procedimento diagnostico si basava su un accurato esame obiettivo, sull'inquadramento epidemiologico, sull'esame radiologico e sulle comuni analisi di sangue, sull'espettorato e sulle emocolture (quando disponibili) e si cercava in modo pregiudiziale di distinguere una polmonite alveolare da una polmonite atipica. Posso serenamente affermare che la diagnosi differenziale era abbastanza facile soprattutto nei periodi di epidemia correlati ai vari agenti di pneumopatie infettive e che la terapia con un solo antibiotico era la pratica conseguenza.

Le linee guida a diffusione mondiale, nei paesi industrializzati, parlano oggi genericamente di "polmonite di comunità" e sostituiscono il tentativo di diagnosi eziologica con una generica diagnosi geografica che è ben altra cosa. La diagnosi geografica (pneumonia al Tufello, in Trastevere o al Celio etc.) dal punto di vista eziologico risulta essere come il "tutto di nulla o il nulla di tutto"!

Il misconoscimento diagnostico ovvero la faciloneria diagnostica ha portato come naturale conseguenza alla semplificazione terapeutica: usare un farmaco attivo sulle infezioni pneumococciche, streptococciche e da emofili, insieme ad un altro attivo su microorganismi intracellulari quali i micoplasmi... ecc. ecc.

Una prima conseguenza reale è stata l'aumento dei costi: si presume ad esempio che annualmente in Olanda si avrebbe un aumento di spesa per antibiotici nelle polmoniti di comunità compreso fra 1, 750 e 3 milioni di Euro, qualora si adottassero linee guida americane o inglesi (J.J. Oosterheer e Coll. CMJ 2005, 11: 992-998). Se trasferiamo l'esperienza olandese a tutta l'Europa avremo un aumento dei costi (leggasi perdita di denaro) più che ragguardevole!

Altra grave conseguenza può essere correlata alla impossibilità per una linea guida di essere olistica: ammesso che quanto esemplificato negli USA sia corretto, non è detto che lo stesso sia valido in Italia ed ancora, quanto è vero a Roma può essere non vero a Milano ed infine addirittura quanto si verifica in un reparto può non essere presente in un altro.

E si potrebbe continuare senza tema di errori.

Inoltre quale impatto possono avere le linee guida sui paesi che, definiti in via di sviluppo, non hanno le provvidenze tecniche necessarie per la diagnosi di certezza né tanto meno dispongono della ricchezza sufficiente a supportare le terapie indicate?

In termini più banali è agli occhi dello scrivente chiaro il fallimento del tentativo olistico delle linee guida (sul presunto principio di dare a tutti il meglio) perché le stesse sono dirette praticamente solo ai paesi industrializzati e più ricchi.

In ogni caso le linee guida, proprio perché trattano solo tematiche mediche tecniche, devono essere ritenute come consigli e non come una sorta di legge ovvero come clausole di contratti civili tra medico e paziente (E.-Hulst- Med. Law 2002-21: 651-660).

Ritengo ancora valido il concetto generale che il medico deve praticare il suo lavoro al massimo livello possibile, utilizzando le più moderne conoscenze e tenendo conto anche di indicazioni fornite da Società scientifiche le più varie, i cui pareri, proprio per quanto sin qui esposto non sono da considerare come leggi vincolanti ma sempre riferendosi alle malattie infettive, come indirizzi su efficacia, effetti collaterali, rapporto costo-beneficio etc.

Questo particolare modo di intendere coniuga gli aspetti organizzativi generali con quelli connessi all'esercizio pratico della professione poiché impone al medico l'attenta valutazione anche della eventuale validità di quanto offerto dalla linea guida rapportandola al malato in oggetto, ovvero procedendo alla individualizzazione.

La responsabilità del medico rimarrebbe quindi inalterata anche utilizzando la linea guida proprio perché dovrebbe attentamente valutare quanto consigliato dalla stessa... Esistono comunque sentenze in cui la adesione a linee guida è stata vista come comportamento legalmente corretto.

Viene fatto di ritenere che il medico dovrebbe porsi di fronte alla linea guida allo stesso modo di come si pone di fronte ad un articolo scientifico pubblicato su una rivista importante, apprendogli lo stesso più credibile di uno scritto su un qualsiasi quotidiano senza impedirgli di ricordare che, talora, anche importanti articoli sono corretti da altri a seguire ovvero addirittura annullati a seguito di pesanti critiche.

La nostra generazione ha avuto libertà nella scelta del campo preferenziale di massimo impegno: c'è chi ama più di tutto la vita della corsia, chi predilige la didattica, chi preferisce la ricerca teorica a quella applicata, chi si realizza passando da una commissione all'altra, chi non accusa fatica nel ripetersi ai congressi etc.

Non di meno devo rilevare che i più impegnati sostenitori delle linee guida sono praticamente più coinvolti nelle attività non cliniche in senso stretto e cercano nelle stesse le stampelle di sicurezza per la propria atassia clinica, così come i detrattori più accaniti sono annoverati fra quanti quotidianamente prendono lezioni di umiltà dalle vicende della corsia sempre larghe nel mortificare il clinico con le infinite variazioni semeiologiche, patogenetiche, diagnostiche, terapeutiche, evolutive e prognostiche presentate dal singolo paziente.

I sostenitori delle linee guida sono anche tra i sostenitori di valutazioni aritmetiche nei concorsi; lo scrivente si limita a prendere atto che le generazioni che ci seguono pubblicano preferenzialmente su riviste internazionali “impattate” e questo è positivo, ma non perde mai l’occasione per ricordare ai più giovani che è opportuno conservare il tradizionale patrimonio clinico della nostra disciplina e cioè che il clinico deve rimanere tale e non trasformarsi in un mezzo biologo.

Senza essere eccessivamente maligno voglio ancora una volta esternare la opinione che un ricercatore dotato di fantasia e disinvoltura con un buon computer può costruire un ottimo lavoro in un fine settimana; per esperienza diretta so che realizzare due studi clinici multicentrici nazionali sulle endocarditi (2236 malati) ha comportato tempi enormi (in totale decine di migliaia di sollecitazioni per la partecipazione, la compilazione, l’invio delle schede, la correzione delle medesime, la richiesta dei dati mancanti e poi il tempo per la elaborazione dei dati etc.) eppure i lavori sono stati collocati “soltanto” su una rivista nazionale...

Un esempio pratico non infettivologico: in Olanda una importante società ha stabilito che “non esiste un trattamento consigliabile contro l’osteoporosi in menopausa” e respinto i trattamenti consigliati, per la incidenza di effetti collaterali. La società autrice della linea guida ha negato ogni responsabilità civile avendo seguito quanto evidenziato da uno studio scientifico, non avendo consigliato ai medici di base di arrestare ogni altro trattamento, ed avendo dato un consiglio generale, lasciando tutta la responsabilità decisionale sul medico. Paese che vai (sono molti) usanza che trovi!

Ma sempre in Olanda la Corte disciplinare ha convenuto un medico “per avere violato una linea guida generale valida”, asserendo che avrebbe potuto farlo solo avendo ragioni molto valide.

Anche da noi quindi può essere accaduto o accadere che le linee guida vengano ritenute non solo come suggerimenti, ma come norme contenenti un impatto legislativo: basti pensare che le stesse sono oggetto di interpretazione da parte di periti (di parte o di ufficio) del tutto sprovvisti di

opportuna esperienza clinica e quindi di quella capacità di giudizio alla quale più volte ci siamo appellati.

Se il medico, per ignoranza o volutamente, ha disatteso una linea guida “autorevole” e con questo provoca un danno (o meglio altri pensano che abbia provocato un danno) ad un paziente, dovrà dimostrare di avere valide ragioni per averlo fatto. Ma al contrario cosa accade al medico che ha seguito la linea guida “autorevole” provocando danni al paziente, ad esempio per effetti collaterali non previsti dall’autorevole linea guida? La Corte di Stato francese in un simile caso non ha ritenuto il medico colpevole.

Non di meno esiste una proliferazione di linee guida a livello internazionale, nazionale, regionale, provinciale, aziendale etc. etc.

E’ più opportuno seguire la tendenza a dare linee guida così specifiche e localizzate da ricordare il concetto di individualizzazione ambientale (riferita alla struttura in cui si lavora) ed al concetto di individualizzazione al singolo malato, ovvero perseguire il tentativo di dare linee guida estremamente generali?

Ma se le linee guida sono estremamente generali come fa il medico ad adeguarle alla pratica quotidiana?

Se poi la linea guida è troppo semplice può essere non corretta, ma se è troppo complessa può essere difficile e quindi facile sorgente di errori...

In ogni caso il medico non gode più della tradizionale “immunità professionale”.

- *Ma allora perché altre categorie di professionisti (leggasi avvocati e magistrati) ne godono abbondantemente pur avendo come oggetto il medesimo e più complesso essere vivente esistente al mondo?*
- *Perché al medico è chiesto di decidere subito e bene, mentre agli uomini di legge è consentito prendere tempo e consultare i codici e quant’altro?*
- *Perché l’atto peritale viene considerato soltanto come un “parere” mentre null’altro è se non un atto medico e come tale equivalente alla formulazione di una diagnosi ovvero alla esecuzione di un intervento?*
- *Perché esistono valutazioni così diverse sulla sostanza di atti medici che nella diversa tipologia, sono tutti esercitati da laureati in medicina e chirurgia?*

Anche ai medici deve essere concesso di sbagliare, asseriscono K.R. Popper e K. Lorenz (Il futuro è aperto-Rusconi 1989), precisando al contempo che “occultare gli sbagli è il maggiore peccato

intellettuale... nessun medico possiede la verità o la possiederà... la scienza medica è la perseverante ricerca della verità...”

Il cammino conoscitivo per il medico si realizza attraverso la acquisizione di certezze destinate ad essere falsificate da altre acquisizioni momentaneamente più certe; pertanto mai si può ritenere che sia stata raggiunta la verità se non in modo parziale o provvisorio ed è un grave errore ritenere che le certezze del momento possano essere interpretate come verità assolute e definitive.

Se tale è il rapporto del medico con il progresso conoscitivo e con la naturale tendenza a scoprire ed applicare certezze che sempre più si avvicinano al concetto di verità, viene spontaneo chiedersi: in base a quali principi non confutabili e cioè in base a quale verità viene giudicato l'operato del medico?

Non è che ai medici chiamati a giudicare l'operato dei colleghi si riconosce il possesso della verità?

Come si spiega la costante concordanza fra medico della carta e chi eroga la parcella?

Ma come farebbe a sentirsi depositario della verità un medico della carta senza alcuna esperienza clinica chiamato a giudicare un percorso clinico-diagnostico più o meno complesso che sarebbe difficile a ricostruire anche per un clinico molto esperto?

Come fa il medico della carta a chiarire al Magistrato problematiche del tutto lontane dalla propria specifica preparazione?

Non è forse acclarato che talora anche clinici esperti non riescono a chiarire completamente un caso clinico nonostante l'apporto del riscontro e dei più moderni esami istologici?

Non è altrettanto chiaro che più un clinico è esperto e meno segue pedissequamente nella sua attività le linee guida?

Sulla esperienza personale

Mi hanno detto che la giustizia italiana facilita al cittadino l'accesso al Magistrato e questo potrebbe apparire come espressione di una importante conquista sociale se non si tenesse conto del fatto che “l'ingresso facilitato” degli attori contrasta con quanti, oggetto della “facilitazione” sono a giudizio personale poco protetti dallo Stato.

Un esempio di accesso “facilitato” alla Magistratura: una signora viene operata di tumore misto alla parotide e denuncia il chirurgo che l'ha operata perché dopo l'intervento ha avuto anche riduzione delle attività sessuali.

Il processo è durato otto anni e si è concluso con l'assoluzione del Chirurgo:

- *era proprio necessario tutto questo tempo?*
- *erano proprio necessarie le spese che il Chirurgo ha dovuto sostenere?*
- *come potrebbe il Magistrato quantificare e con quali strumenti la riduzione delle attività sessuali le più varie?*

Gli esempi a seguire illustrano quanto la problematica sia complessa e quanto disinvolti siano talora i comportamenti dei professionisti che vivono a latere dei rapporti complessi fra la amministrazione della giustizia e la sanità in generale e le responsabilità mediche in particolare.

La epidemia di iniziative contro i medici ha seguito in Italia quanto negli USA è stato fatto da vari anni con alcune differenze sostanziali: in questo paese sono severamente repressi atteggiamenti non corretti da parte degli attori ed inoltre, sotto il profilo economico nudo e crudo, va sottolineato che la potenza economica di questo paese è tale da consentire che una parte del reddito sia bruciata nei processi sanitari; l'Italia dovrebbe essere invece molto più cauta nello sperperare denaro attraverso iniziative e procedimenti poco condivisibili per come praticamente si realizzano.

Ed ecco di seguito alcuni avvenimenti riferiti in modo ovviamente del tutto impersonale; garantisco comunque la autenticità dei fatti per come sono stati visti ed interpretati dal sottoscritto.

1. *Un paziente, ospite di un Istituto di pena, va incontro ad un progressivo decadimento delle condizioni generali ed i medici dell'Istituto sollecitano due volte il trasferimento ad una struttura ospedaliera o universitaria esterna per approfondire le ricerche diagnostiche. Il trasferimento (per due volte non autorizzato in precedenza) viene tardivamente concesso ed il paziente decede a brevissima distanza per complicazioni relative all'infezione da HIV ed in particolare con una gravissima polmonite necrotizzante ascessualizzata.*

La Procura incrimina ventitre sanitari basandosi su una perizia nella quale era tra l'altro scritto che “un anno prima erano presenti rumori di broncospasmo, ronchi ed espirazione prolungata (in un fumatore!!!) e questo poteva anticipare la possibilità di complicazioni respiratorie futuribili... “

Mi fu chiesto (ero CTP di un convenuto): “se la diagnosi fosse stata fatta prima, se fossero state date le opportune terapie, se queste terapie avessero agito favorevolmente, se la vita fosse stata prolungata anche di pochi momenti etc. etc.”

Io fui molto tentato di rispondere con un simpatico aneddoto: “se mia nonna avesse avuto le ruote, avrei avuto per nonna un carrozino; ma mia nonna non aveva le ruote”; mi morsi la

lingua e mi limitai a considerazioni tecniche quali: il ritardo diagnostico non poteva essere attribuito ai vari sanitari dell'Istituto di pena, ma andava semmai correlato a chi non aveva concesso il trasferimento del paziente; non si doveva pensare che la terapia dell'infezione da HIV è così semplice come la terapia di un raffreddore; la diagnosi a volte è ritardata dal fatto che il paziente non riferisce correttamente le proprie "abitudini a rischio infettivo" etc.

In privato criticai vivacemente la prima perizia che aveva favorito l'inizio del procedimento, concluso poi con il proscioglimento dei ventitrè medici; dissi anche che avevo avuto la impressione della abitudine piuttosto diffusa a largheggiare nelle ipotesi di colpa sanitaria al fine di iniziare procedimenti (che comunque portano lavoro a molti professionisti, di varia tipologia ma tutti con la stessa necessità di lavorare) mentre dall'altra parte mi sembrava che ci fosse stata scarsa considerazione per i convenuti.

Questo caso ricorda che i Magistrati sono stati educati in base a questioni di principio e che queste vengono ritenute estremamente importanti: il prolungamento della vita anche per pochi istanti può essere una primaria questione di principio, ma i principi vanno calati nella realtà pratica e con questa attentamente confrontati.

- 2. Un altro procedimento fu iniziato partendo dalla congettura che un intervento chirurgico avesse "slatentizzato" una infezione da HIV.*

Non entro in tutti i particolari della vicenda e sottolineo due asserzioni di parte attrice: all'operato era stato fatto un prelievo di sangue da utilizzare come autotrasfusione intraoperatoria e l'avvocato si ostinò, nonostante tutte le mie pazienti spiegazioni sull'importanza dell'autotrasfusione, a definire il prelievo come "salasso" aggiungendo poi (su suggerimento del CPT) che non si poteva curare la moderata anemia del malato (10 gr di Hb) appunto con un salasso...

Emerse inoltre nel dibattito e fu sottoscritto dal CTP con molta disinvoltura, che il prelievo per autotrasfusione sarebbe stato causa di una grave insufficienza renale a patogenesi ipoperfusiva undici giorni dopo e che la stessa avrebbe avuto la durata di un solo giorno!

Mi limitai a precisare che quando si fa una bella corsa a Villa Borghese e si perdono almeno 400 ml di sudore, non si ha pericolo di sviluppare una insufficienza renale da ipoperfusione, né immediatamente né undici giorni dopo...

Questo caso può sottolineare la fantasia dei CTP ovvero di coloro che dietro compenso elaborano teoremi diagnostici e medico legali a beneficio degli attori; ci sono limiti che non possono essere superati perché portano solo danni al prestigio ed alla dignità della medicina in generale.

- 3. Un paziente con artrite reumatoide molto grave per invalidanti artropatie multiple, vascolite sistemica, polmone reumatoide e pericardite essudativa più volte confermata dall'ecocardio, viene colpito da una sepsi stafilococcica che si complica con shock settico ed ascessi metastatici periferici multipli.*

Il paziente migliora tanto da poter ricevere alcune sedute di fisioterapia riabilitativa fino a quando, improvvisamente, presenta un episodio lipotimico preceduto da vomito e cefalea; il rianimatore prontamente chiamato constata arresto cardiorespiratorio e mette in atto pratiche rianimatorie che purtroppo risultano inefficaci.

La autopsia conferma la presenza di un versamento pericardico di 360 ml, (ridotto rispetto a precedenti valutazioni) e rileva dilatazione di grado lieve del ventricolo Sn e del dx che ha uno spessore della parete di mezzo centimetro, flogosi reumatoide del polmone, edema cerebrale con solco da incuneamento olivo cerebellare nel forame magno ed infine stasi ematica pluriviscerale.

Contro ogni logica il perito incaricato dal GIP conclude la sua perizia (molto lunga e diligente per la copiatura di tutti gli esami di laboratorio e strumentali), affermando "...versamento pericardico che infine ha condotto a decesso per tamponamento cardiaco".

La conclusione peritale non può essere accettata: il paziente infatti non presentò un quadro clinico compatibile con tamponamento cardiaco vista anche la modesta quantità di versamento cronico, ma un quadro di arresto cardio-respiratorio con conseguente stasi viscerale multipla. L'autopsia aveva dimostrato la presenza di una flogosi polmonare cronica con secondaria ipertrofia della parete ventricolare destra e non un reperto di schiacciamento del ventricolo destro come sarebbe stato in conseguenza di presenza di liquido pericardico tamponante quantitativamente efficace.

In questo caso il perito, senza esperienza clinica, non ha, a giudizio dello scrivente, correttamente interpretato i fatti, ed ha poi presentato a propria giustificazione alcuni dati quali: la inesattezza della cartella clinica che non riportava ad esempio la assenza di

variazioni dell'aria cardiaca (delimitata soltanto con la percussione e non con ripetuti ecocardio), ovvero che la fotografia del bulbo non evidenziava un solco profondo.

Il consulente incaricato dal Giudice ha poi nella sua perizia correttamente interpretato i fatti e la udienza in cui è avvenuta la discussione, mi ha permesso di contare 20 presenti e quindi mi sono posto una domanda: un caso di semplicissima soluzione quanto è costato al contribuente?

Questo caso conferma quanto sia indispensabile che la valutazione del decorso di una malattia venga eseguito da un clinico che può utilmente fornire al medico legale le basi fisiopatologiche per una corretta interpretazione dei fatti. Ad ognuno il suo: l'infettivologo purtroppo nella sua vita professionale incontra casi di morte improvvisa per ernia cerebellare da edema cerebrale in corso di meningiti e di encefaliti e sa che il solco di impronta sul bulbo non è "un colpo di vanga".

- 4. Un bimbo viene colpito da febbre nel corso di una epidemia di infezioni respiratorie di probabile natura virale e viene trattato dal medico curante con un antibiotico penemico per via orale. La temperatura corporea non recede ed in sesta giornata il bimbo viene ricoverato per comparsa di evidenti alterazioni del sensorio che purtroppo fanno parte di una violenta sindrome meningea da meningite purulenta che si conclude con il decesso.*

Il perito del Tribunale (non infettivologo) emette un verdetto di colpevolezza per il medico curante che non avrebbe riconosciuto la presenza della meningite partendo dalla constatazione che se la meningite era presente dopo il ricovero e purtroppo al riscontro, doveva essere presente anche prima.

Il CTP del medico convenuto chiede alla madre precisazioni sulla data in cui il medico curante ha visitato il bimbo per l'ultima volta ottenendo la seguente risposta: "il giorno prima del ricovero"; il CTP chiede precisazioni su come è stata condotta la visita medica e gli viene dichiarato che il medico ascoltò i polmoni mentre il bimbo si era sollevato seduto sul letto spontaneamente e senza difficoltà.

Tenendo conto di questa dichiarazione della madre si è potuto concludere che, quando il medico visitò per l'ultima volta il bimbo, non era presente una sindrome meningea in atto perché questa avrebbe impedito di acquisire e mantenere la posizione seduta senza difficoltà e quindi che la meningite purulenta è comparsa nel tempo intercorso tra l'ultima visita medica ed il ricovero in ospedale. Una meningite purulenta può comparire

repentinamente ed evolvere in modo rapidissimo e talora fulminante (ricordo che una giovane uscì di scuola accusando cefalea e che purtroppo solo due ore dopo giaceva sul gelido marmo dell'obitorio).

La conclusione è semplice: le problematiche infettivologiche vanno viste dagli infettivologi prima di essere oggetto di esame da parte degli specialisti della carta.

5. *Una paziente viene operata (a dieci anni di distanza da un intervento per neoplasia della mammella) per la presenza di una formazione dell'omento che l'istologo all'esame istologico intra-operatorio definisce "metastasi di Ca" senza poterne precisare il punto di partenza. Dopo circa una settimana, il patologo avendo acquisito i risultati delle reazioni immunoistochimiche deponenti per una neoplasia ormonodipendente, referta il caso come "metastasi omentali di verosimile origine da pregresso carcinoma mammario".*

Un esame radiologico molto sofisticato (PET) 8 mesi dopo recita "non infiltrazioni riferibili a processo neoplastico" ed ancora tre mesi dopo una ecografia mostra una piccola tumefazione ovarica (8 mm) che risulterà essere neoplastica e punto di partenza della metastasi di cui sopra (ovvero tumore occulto con negatività di marcatori tumorali specifici-Ca 125 ecc).

Il perito degli attori conclude che la diagnosi del punto di partenza della metastasi doveva essere fatta già sulla formazione omentale e nel suo scritto riporta il referto dell'esame di diagnostica per immagini (PET) come segue: "infiltrazioni riferibili a processo neoplastico".

In Aula il medico convenuto riesce ad esigere la lettura del documento originale e tutto viene chiarito.

Anche in questo caso l'atteggiamento del perito degli attori non è limpido quel tanto che basta per brillare... tutelare gli interessi di qualcuno non significa essere autorizzati a mentire.

Questo caso stigmatizza categoricamente che la ricostruzione storica di un evento malattia deve essere perseguito con assoluta onestà e quindi senza omettere anche una singola, significativa parola.

La trascrizione di "infiltrazioni" al posto della corretta "non infiltrazioni" potrebbe apparire semplicemente come un errore di copiatura, ma la resistenza del perito a rileggere

il referto correttamente, ha fatto pensare ad una volontaria omissione per favorire la colpevolezza dell'istologo a beneficio dei committenti...

Simili atteggiamenti, una volta dimostrati nell'Aula del Tribunale, andrebbero immediatamente e severamente colpiti: sarebbero sufficienti le sole sanzioni economiche!

6. *Un giovane di ventitre anni con diagnosi di morbo di Crohn già accertata, viene ricoverato per febbre elevata; le indagini mettono in evidenza un addensamento polmonare persistente e resistente alle varie terapie antibiotiche praticate.*

Il quadro clinico, nonostante tutti i tentativi terapeutici peggiora progressivamente e si complica con la comparsa prima di attivazione della coagulazione intravascolare poi con shock settico ed infine con segni di danno multi-organo che si concludono purtroppo con il decesso del paziente.

L'autopsia mette in evidenza segni di sepsi generalizzata, trombosi multiple coronariche e dei vasi polmonari ma non riesce a chiarire l'intima patogenesi del quadro clinico e della tragica conclusione.

Un CTP di parte convenuta rileva che il paziente prima e durante la malattia mostrò una persistente linfopenia e ritiene che questo fatto, sulla base di recentissimi dati della letteratura, possa aver favorito l'esito infausto essendo la prognosi delle sepsi più grave nei pazienti che presentano linfopenia. Trattasi ovviamente di una ipotesi: resta il fatto che ai nostri giorni si pensa che ogni sepsi possa essere guarita ovvero che non si possa più morire per una malattia infettiva.

La realtà è ben diversa: nostre indagini su 2.236 pazienti hanno mostrato come oltre il 10% delle sepsi endocarditiche correttamente diagnosticate e curate si conclude con esito infausto.

Si può morire per le complicazioni di una malattia abitualmente non grave come la varicella.

Si può morire di malaria:

- *contratta perché non si è attuata la opportuna profilassi,*
- *perché il paziente arriva tardi all'ospedale,*
- *perché si presentano gravi complicazioni prima e dopo la terapia (malaria cerebrale e ARDS etc).*

Una grave patologia può quindi evolvere negativamente anche se correttamente trattata e questo può accadere anche in un giovane (già Cicerone ricordava che le malattie nei giovani possono presentare un decorso particolarmente violento): fra le endocarditi stafilococciche correttamente trattate ancora oggi muore l' 11,8 % dei pazienti!

La mortalità dell'endocardite stafilococcica è molto più elevata (11,8%) di quella dell'endocardite streptococcica (3,6%); il dato è particolarmente importante considerando che la durata della malattia ed i tempi di diagnosi della prima ($30 \text{ gg} \pm 45,3$) sono più brevi di quelli della seconda ($56,5 \pm 61,7$), con differenza statisticamente significativa.

(S. Cicalini, K. Massaroni, F. De Rosa – Atti V Congresso Nazionale SIMIT. Fiuggi dicembre 2005).

Il caso citato è utile per ricordare che talora anche il riscontro autoptico può essere non chiarificatore e che la sintesi finale del decorso può essere difficile: la sintesi deve essere cercata sempre e non è corretto parcellizzare il decorso e riferirsi a singoli segni e sintomi oppure a particolari aspetti terapeutici come viene tentato di fare interessatamente nelle Aule dei Tribunali al solo scopo di creare dubbi, di negare certezze o di confondere i fatti.

Nei casi gravi vanno rapidamente messe in essere terapie antibiotiche molto efficaci così come nei casi che non rispondono sarebbe opportuno sospendere le terapie per procedere ad opportuni prelievi diagnostici ma proprio nei casi gravi talora non è possibile farlo per ovvii motivi. Sono drammi che viviamo tutti i giorni.

Il caso consente di ricordare che la medicina non è una scienza esatta e che ancora all'inizio del terzo millennio un giovane può morire senza che si riesca a comprendere la intima patogenesi della gravissima sindrome infiammatoria sistemica che lo ha colpito per complicarsi poi con la attivazione di una coagulazione intravascolare, di shock settico ed infine di danno multi organo fatale.

Chi può dire se la sindrome infiammatoria sistemica è stata attivata dalle trombosi arteriose, se è stata correlabile al morbo di Crohn, se era primitivamente infettiva o se la sepsi con tutte le sue espressioni locali è stata solo complicanza?

Ed ancora come si può trovare in un singolo caso clinico molto grave l'equilibrio tra la necessità di fare gli opportuni prelievi per la diagnosi eziologica e quella di assicurare una terapia antiinfettiva ottimale?

E' sempre difficile decidere la "finestra terapeutica".

Accettato il principio fondamentale "nulla poena sine lege": cosa accade nel paziente in cui non si riesce a formulare una diagnosi certa ovvero non falsificabile?

Potrebbe il Giudice giudicare in base ad una Legge che non esiste?

Come infine far comprendere ai familiari che è stato messo in essere tutto quanto era umanamente possibile fare, riuscendo almeno a dare loro conforto?

7. *Un giovane di 20 anni viene ricoverato per chiarire la patogenesi di una anemia ipocromica sideropenica seguita da otto anni in un centro ematologico e viene sottoposto a varie analisi ed indagini strumentali che non rilevano sanguinamenti in atto.*

Alla dimissione sono prescritti controlli e prosecuzioni delle indagini (ph-metria gastrica per studiare il rapporto fra la acidità delle secrezioni e l'assorbimento del ferro), ma il paziente non segue i consigli ricevuti, non si ripresenta più a controllo e frequenta altre strutture per un periodo di diciotto mesi, alla fine dei quali purtroppo riceve una diagnosi di poliposi intestinale con Ca del retto.

Gli attori sporgono denuncia senza presentare la documentazione relativa al periodo intercorso fra la dimissione e la diagnosi (in cui sono intervenuti altri sanitari), ma fortunatamente i convenuti riescono a reperirla, almeno in parte.

Questo caso è stato interessante nel suo svolgimento perchè il CTU relativamente alla mancanza di documenti nei diciotto mesi dopo la dimissione si è limitato a rilevarne (in modo formalmente corretto) la assenza senza formulare alcun sospetto sulla disinvoltura degli attori nonostante gli avvertimenti del CTP. Commento doveroso: per non morire sarebbe sufficiente non firmare il certificato!

Cosa accadrebbe della Sanità italiana se fosse possibile attivare procedimenti giudiziari presentando soltanto la prima e l'ultima cartella clinica dei pazienti omettendo la documentazione intermedia?

Il caso ci permette poi di ricordare che il CTU viene tutelato dal Legislatore in rapporto alla eventuale ignoranza professionale, ma il Legislatore non può difenderlo se questi mette in essere un chiaro atteggiamento di repulsione della verità essendo questo atteggiamento infedele ovvero mendace e quindi doloso:

a) un CTU (di livello decisamente modesto è bene specificarlo) può non sapere che la valutazione delle perdite ematiche con tecnica che rileva la presenza di pigmenti ferrosi

viene fatta con scala semiquantitativa a quattro valori, (e non con il semplice giudizio di positivo o negativo) ma non può rifiutarsi di prenderne atto, quando la problematica gli viene spiegata, perché altrimenti può ingannare il Magistrato.

b) analogamente, quando il Giudice pone il preciso quesito quantitativo sulla presenza di emazie nelle feci e pone il CTU di fronte ai calcoli aritmetici del CTP (che ha espresso, partendo dalla conta dei G R, il numero di questi presenti in 100 o 200 gr di feci per la perdita teorica giornaliera di una sola goccia di sangue), il CTU stesso non può rifiutare l'evidenza, limitarsi a copiare precedenti affermazioni del tutto inesatte e non rispondere perché anche questo è repulsione della verità, atto infedele e/o mendace.

c) il medesimo CTU, sempre per dare prova della propria preparazione e del proprio senso della correttezza professionale, alla ulteriore richiesta del Giudice di aver lumi sulla phmetria gastrica, non può dilungarsi a trattare di questioni di manometria endoluminale per poi attribuire la responsabilità della inutilità diagnostica di questa tecnica al medico convenuto che neanche l'aveva presa in esame!

Il caso insegna infine che, se la Legge consente al paziente maggiorenne di decidere autonomamente sulla propria salute, sarebbe bene che a questo seguisse la assunzione di responsabilità della decisione presa senza scaricarla su terzi.

8. *E' opportuno riferire alcune opinioni in merito alla immensa problematica dei "danni da sangue ed emoderivati" essendo comparsa di recente una sentenza secondo la quale il Ministero della Salute avrebbe dovuto "vigilare".*

Lo scrivente ritiene che questo concetto, ove si prescindesse dal preciso ed inevitabile rapporto con le conoscenze tecniche e diagnostiche del momento, sarebbe soltanto un "contenitore senza contenuto".

Immaginiamo che il Legislatore faccia carico al Ministero della Salute l'obbligo di "vigilare affinché i cittadini italiani non abbiano ad ammalarsi di neoplasie maligne"; il principio ispiratore sarebbe giusto ma la pratica efficacia dello stesso sarebbe nulla se non intervenissero provvedimenti tecnici specifici nei confronti delle singole neoplasie.

Il progresso della scienza è molto lento ed i lavori scientifici danno a volte risultati non omogenei, così che sono necessari tempi più o meno lunghi per conferme e confutazioni; già nel 1983 era comparso ad esempio un lavoro sulla possibilità di rilevare un sistema

antigene-anticorpo in epatiti non A non B, ma la sensibilità del metodo era del 65% e cioè troppo bassa per un utile impiego clinico.

Analogamente le ricerche sulla termoinattivazione di virus o con l'impiego di detergenti-disinfettanti in emoderivati ancora nel 1990 venivano ritenute non conclusive da autorevoli esperti.

Inoltre la corretta norma seguita tradizionalmente dai centri trasfusionali, di escludere sangue da donatori con transaminasi di poco elevate rispetto ai valori di riferimento va vista alla luce di un fatto molto semplice: ancora in tempi recenti si sono fatti studi per definire quale sia il limite normale delle GOT e GPT in pazienti sani (a 60 anni di distanza da quando De Ritis e Coll. le impiegarono nella diagnosi delle epatiti!).

Per di più non può essere accettato il concetto che la profilassi di un tipo di epatite avrebbe portato a benefici proporzionali nella profilassi di altre; la epatite B ha subito in Italia una drastica diminuzione a seguito della campagna di vaccinazione mentre l'epatite C imperversa...

Ed inoltre ancora oggi, con i meravigliosi risultati ottenuti nella diagnostica di infezioni virali nel sangue dei donatori, assistiamo alla comparsa di epatiti post-trasfusionali di cui non si conosce la eziologia.

Sarebbe stato molto utile se il Legislatore avesse dato un segno tangibile a tutti i trasfusi con danni infettivi da sangue, procedendo alla erogazione rapida delle cifre relative, ed evitando le decine di migliaia di procedimenti che asfissiano la amministrazione della Giustizia senza portare rapidi riconoscimenti ai danneggiati.

La problematica esemplificata permette alcune interessanti puntualizzazioni:

- a. il principio che la Società offra un indennizzo/risarcimento ai cittadini che hanno ricevuto un danno involontario dalle strutture assistenziali dello Stato è semplicemente sacrosanto ed indicativo di un elevato grado di organizzazione sociale e di civiltà.*
- b. la riparazione di un danno involontario non significa secondo lo scrivente che sia necessario individuare un colpevole, appunto perché il danno medesimo è stato involontario per lo più in mancanza di conoscenze specifiche all'epoca dei fatti*
- c. quanto sopra è tanto più vero in quanto ancora oggi si verificano casi di epatite post-trasfusionale*

- d. *le infezioni trasmesse prima che ci fossero tecnologie specifiche e sensibili per la diagnosi di infettività di sangue ed emoderivati non possono essere giudicate con le conoscenze ex post (intendo dire in traslato: nulla poena sine lege)*
- e. *la scienza cammina con grande lentezza ed i singoli progressi vengono accettati sempre con cautela perché le novità vanno sempre controllate e confermate richiedendo tempi più o meno lunghi.*

Quindi una intuizione corretta non è sufficiente a cambiare gli orientamenti della medicina; diventerà prassi comune solo se non smentita.

Una intuizione va presa come corretta ipotesi di lavoro da controllare, ma non si può trasformare la ipotesi in certezza e la certezza in verità acclarata.

- f. *ritengo che sarebbe stato molto meglio esemplificare categorie di danno e procedere al proporzionale riconoscimento economico. Mi è stato fatto rilevare che questo avrebbe inficiato la individualizzazione del danno e quindi quella del corrispondente assegno, ma ho risposto che la situazione del malato va fotografata in un dato momento e che non è possibile filmare la evoluzione perché nessuno può prevedere sicuramente tutte le possibilità di evoluzione di una epatite HCV correlata e quando queste possibilità si evidenzieranno*
- g. *un Giudice che gode della mia completa fiducia mi ha fatto rilevare che in Parlamento sedevano prima dell'ultima consultazione circa 330 laureati in legge e quindi che questi potevano avere propiziato le occasioni di confronto...*
- h. *confermo una mia opinione: il numero impressionante di procedimenti sui danni da sangue ed emoderivati potrebbe muovere una quantità di denaro (per Avvocati, Magistrati, Periti, Cancellieri, Impiegati etc.) superiore a quella che andrà a beneficio dei danneggiati.*

Il fatto se vero sarebbe simile a quanto accadde con la riparazione dei danni di guerra dalla Germania all'Italia: la somma fu per il 90% utilizzata per mettere in piedi il carrozzone burocratico che doveva esaminare le pratiche...

- 9. *Un legale ha impostato la richiesta per i familiari dell'assistito deceduto per epatite C; la scarsa documentazione è stata integrata dal CTU (infettivologo) che insospettito dalla presenza di una importante leucopenia ed autorizzato dal Giudice, ha potuto chiarire i fatti relativi al decorso della grave patologia ed al decesso correlandoli alla infezione da HIV.*

Ogni commento è superfluo; è sufficiente ricordare un detto che Stalin amava spesso citare: “quando perdi la testa non piangi la perdita dei capelli”...

10. *Un esempio pratico illustra in modo chiaro una delle deleterie conseguenze correlate alla epidemia di iniziative giudiziarie contro i medici ed alla paura di assumere responsabilità: un giovane presenta un quadro clinico con febbre persistente elevata e, dopo essere stato sottoposto a molte analisi ed indagini strumentali viene trasferito ad una Istituzione universitaria presso la quale viene formulata una diagnosi che richiede una terapia prolungata nel tempo e monitorata in base agli opportuni controlli.*

Quando il giovane torna alla regione di provenienza, ottiene dalle varie strutture alle quali si presenta, la stessa risposta: “torna da chi ti ha fatto la diagnosi”.

Tradotto in termini non diplomatici significa “fuga dalle responsabilità” ed è difficile essere critici nei confronti di questi atteggiamenti che si fanno sempre più frequenti: lo scrivente può asserire che gran parte dei giovani preferisce prestare la propria opera in ambulatori per specifiche patologie piuttosto che affrontare i rischi professionali che tutti i giorni si incontrano in corsia.

La medicina “difensiva” può essere esercitata in tanti modi...

In Italia, a differenza di altre nazioni europee gli Ordini professionali non sono molto coinvolti nel giudizio sulle responsabilità attribuite al medico nel complesso esercizio della attività diagnostica, clinica, terapeutica e prognostica oltre che preventiva.

La problematica è affidata alla Magistratura che non avendo competenza tecnica specifica, si avvale di CTU, essendo questi per lo più specialisti in medicina legale, ossia medici che si sono dedicati in particolare alla valutazione del danno biologico oltre che ad altre tematiche, allargando progressivamente le loro sfere d’influenza (a mio giudizio in modo improprio) sino a poter dare giudizi su come sono stati posti in essere quei percorsi diagnostico-clinici e terapeutici che andrebbero invece affidati ai cultori delle singole specialità. Al medico legale andrebbe comunque sempre riservata la valutazione del danno quando esistente o delle responsabilità quando acclarate dagli specialisti della disciplina.

Il danno biologico va inteso come lesione della integrità psico-fisica che determini una menomazione medicalmente rilevante del preesistente modo di essere della persona, quindi danno

biologico significa danno alla salute con conseguenze sullo svolgimento degli atti ordinari del vivere comune.

In questa complessa materia mi sono riferito ad una specifica trattazione, (M. Bargogna, M. Canale, F. Consigliere, L. Palmieri, G. Umani Ronchi-Guida orientativa per la valutazione del danno biologico. Giuffrè Editore 2001), prendendo ovviamente spunto soltanto per la discussione di alcuni principi generali così come visti dallo scrivente:

- 1. Per una corretta utilizzazione dei principi espressi nella guida è necessario avere quella opportuna preparazione che consente di valutarne finalità e limiti.*
- 2. Le valutazioni riguardano sia patologie stabilizzate che in evoluzione per le quali si deve fare ricorso a stime di generica prevedibilità riguardanti la possibile fluttuazione del quadro clinico.*

Per comprendere le difficoltà connesse ad ogni valutazione pensiamo ad un paziente con epatite cronica HCV correlata: al momento viene emessa la diagnosi di epatite cronica cirrogena, potendo poi a distanza di tempo relativamente breve svilupparsi un epatocarcinoma...

- 3. E' per questo che la valutazione va intesa sempre come orientativa ed in rapporto al momento temporale in cui il danno psicofisico è oggetto di studio.*
- 4. La valutazione del danno va fatta con l'aiuto di modelli tabulari percentuali, ma "cum grano salis": un paziente con danni multipli potrebbe avere una somma di danni superiore al 100% che dovrebbe costituire il valore rappresentativo della totale integrità psico-fisica di ogni soggetto...*
- 5. E' per questo che la guida raccomanda la elaborazione individualizzata al singolo caso valutandolo in toto ed essendo quindi la valutazione disgiunta da addizioni aritmetiche.*
- 6. Al contrario il minimo danno anatomofunzionale non può essere percentualmente esprimibile, mentre le piccole menomazioni devono essere valutate in rapporto alla loro permanenza.*
- 7. Ed analogamente deve essere attentamente considerata sia la possibilità di correzione dei danni così come il riferimento alle condizioni precedenti del paziente, atteso che in larga parte dei casi la valutazione medico legale apprezza la situazione del paziente a malattia spesso evoluta e/o stabilizzata, tendendo a partire dalla fotografia di quanto osserva al momento dell' intervento.*

Infatti la guida, per altro apprezzabile per il complesso sforzo di sistematizzazione, quasi costantemente parte da quadri clinici già evoluti così che la perdita di un pollice vale x punti, la alterazione del flusso uretrale y punti, una particolare sindrome radicolare k punti e così via a seguire...

Si vuole con questo intendere che per lo più il medico legale parte dalla malattia e non dal malato non mostrando sempre quelle indispensabili conoscenze necessarie per la valutazione della evoluzione precedente del quadro clinico e cioè per la corretta ricostruzione storica dell'evento malattia.

Ad ognuno il suo: il clinico ed in particolare il clinico specialista nella patologia specificamente interessata deve valutare gli aspetti clinici, diagnostici e terapeutici lasciando poi al medico legale la valutazione del danno biologico quando presente.

8. *La situazione pratica è particolarmente complessa perché comporta la interazione del Medico o dei Medici con il singolo Paziente, i Periti, i vari Legali interessati e poi con il Magistrato.*

Un esempio chiarificatore: può accadere (lo raccontava spesso Pietro Nenni) che uno possa essere oggetto contemporaneamente di due processi di cui uno promosso dalla moglie per impotenza e l'altro da una ragazza per concretata violenza; in medicina clinica ed anche in medicina legale questo non dovrebbe accadere.

Non di meno anche la esperienza personale dimostra che esistono chiaramente motivi legittimi di perplessità e di inquietudine sulla facilità nella attivazione di procedimenti contro i medici e sulla disinvoltura nella presentazione dei documenti...

In Italia un procedimento civile "sanitario" viene attivato da un Avvocato che si muove a seguito di una perizia di parte; successivamente il Giudice nomina il CTU e la parte convenuta attiva il proprio perito.

Il procedimento civile si svolge molto spesso o quasi sempre senza che il Giudice richieda un diretto scambio di opinioni con il medico convenuto e, dopo la elaborazione della CTU e le note tecniche della parte convenuta alle quali il CTU deve rispondere, si passa alle conclusioni degli Avvocati ed il Giudice va in sentenza.

Il procedimento apparentemente non è complesso, ma è necessario fare alcune osservazioni generali:

1) *Giulio Andreotti ha detto che di preti ce ne sono di buoni e di cattivi ed analogamente si è riferito ai giudici; allargo la tematica e sostengo la stessa cosa per i periti e per i medici e gli avvocati in genere.*

I preti non sono compresi nella specifica trattazione in oggetto e per quanto riguarda i giudici, ho avuto modo di incontrarne di tipologie diverse:

- a) ce ne sono di attentissimi che discutono con il CTU al momento del conferimento dell'incarico e lo illuminano talora sulla problematica specifica per poi serenamente confrontarsi non solo con gli avvocati ed i periti in modo costruttivo nel divenire del dibattito, ma anche con il medico convenuto.*
- b) ce ne sono altri che gradiscono che il CTU riporti nella perizia anche le osservazioni del CTP degli attori e dei convenuti preferendo ovviamente, quando possibile, le elaborazioni che si concludono con una posizione concordata e concordante*
- c) ce ne sono altri che amano molto gli approfondimenti sulle tematiche trattate e pongono ai CTU precise domande sulla letteratura specifica richiedendo anche la fornitura di articoli*
- d) ce ne sono altri che procedono con il diligente rispetto formale della procedura dando a volte (absit iniuria verbis) la sensazione di non essere proprio molto informati sul divenire dei contenuti del dibattito*
- e) ne esiste anche un'altra tipologia: una volta mi rivolsi ad un Magistrato e questi senza alzare la testa da quanto stava facendo rispose: "si rivolga al suo avvocato!"... Io rimasi un po' sorpreso e mi limitai a dire che "ritenevo norma di elementare buona educazione mettersi a disposizione del Magistrato", ma non ho difficoltà a riconoscere che non sono esperto in procedure.*

Mi viene spontaneo pensare al consenso informato e cioè all'obbligo per il medico di informare il paziente ed in parallelo al Giudice che non ha né sente l'obbligo di informare il convenuto che gli chiede spiegazioni, ma ritiene di poter legittimamente giudicare su come il medico ha dato il consenso informato...Il Giudice nei campi di specifica competenza dovrebbe essere più preparato dell'Avvocato...

Il nostro lavoro è di certo del tutto particolare e comporta una interazione più che intensa con i pazienti; è possibile pensare ad un medico che rifiuta di dialogare con un paziente o lo fa interponendo un'altra figura professionale?

- 2) *Una seconda osservazione riguarda la oggettività delle sentenze e su questo problema sollecitai il dr. Saieva che aveva detto una dotta conferenza nella nostra Università ottenendo un importante chiarimento: giudici diversi possono dare sentenze diverse su uno stesso problema.*

Le sentenze potrebbero teoricamente essere diverse anche in presenza di uno stesso CTU che dà pareri equivalenti come potrebbe essersi verificato nei procedimenti sui danni da sangue...

Ho fatto una considerazione: di solito le differenze sulla formulazione delle diagnosi in una specifica patologia non sono eclatanti nel senso che spesso le diversità sono correlate alla evoluzione del quadro clinico, essendo l'ultimo medico avvantaggiato rispetto ai precedenti. E quindi mi sono posto una domanda: se le sentenze sono diverse tra loro così come si può verificare per le diagnosi, perché una diagnosi sbagliata per i più vari motivi può essere perseguita a differenza di una sentenza, atteso che tra le diverse sentenze solo una dovrebbe essere esatta?

- 3) *Desidero ricordare che il giudice nel campo della malasanità, si muove su un terreno a lui poco congeniale e pertanto si evince che acquisisce importanza la figura del CTU e questo permette di sottolineare la assoluta necessità di accettare (nell'elenco dei periti del Tribunale) soltanto professionisti di provata professionalità ed esperienza, di elevata capacità ed aggiungo "equilibrati".*

- 4) *Il concetto sembra lapalissiano, ma la esperienza personale mi ha consentito di rilevare che di periti ne esistono di vari livelli:*

- *Si inizia con il livello del "parafangaro" e cioè di chi è disposto anche a firmare perizie del tipo: "il cliente ha avuto danneggiato il parafango della macchina e questo ha causato danni psicofisici complessi ivi compresa la riduzione della attività sessuale..."*
- *Mi è stato detto da un collega anatomopatologo che una volta udì un CTU che, ricevuto l'incarico, chiese al Magistrato se desiderava avere una perizia "positiva o negativa...". La lunga conoscenza del collega mi fa ritenere veritiero il fatto e quindi che esistono CTU che "adeguano il proprio pensiero" invece di mantenere*

quell'assoluto rigore metodologico che si fonda sulla indipendenza culturale e cioè che esistono casi definibili come "servilismo peritale".

- *Si passa ai professionisti della carta che copiano in modo freddo e distaccato i documenti a disposizione senza impiegare una minima dose di buon senso per cercare di elaborare la corretta ricostruzione storica dei fatti e cioè per capire ed interpretare...*
- *Si giunge al livello dei buoni professionisti (con molte gradazioni di professionalità). In verità questi limitano in modo drastico la attivazione dei procedimenti; un collega di Bari mi ha detto che addirittura nel 96% dei casi esprime giudizi negativi sulla colpevolezza dei medici.*

Il buon professionista opera in modo da sintetizzare, mettere in ordine logico e quindi chiarire i fatti dirigendosi verso l'USAC (Ufficio Semplificazione Affari Complicati) al contrario del medico della carta che va verso l'UCAS (Ufficio Complicazione Affari Semplici).

La casistica presentata come esperienza diretta evidenzia che alcuni atteggiamenti peritali così come sono stati riferiti, sono chiaramente disdicevoli sotto il profilo professionale; d'altra parte sono in aumento le denunce dei convenuti nei confronti dei colleghi che hanno elaborato le perizie colpevolizzanti.

In medicina sono sempre esistite e sempre esisteranno tragiche fatalità che impediscono un corretto svolgimento dei processi diagnostici, come si può verificare nel caso di pazienti che si rivolgono a più medici in successione comportando questo inevitabili ritardi. Diceva un illustre Clinico: è meglio un costante medico mediocre di tanti bravi medici insieme o in successione...

- 5) *Tragiche fatalità possono essere ad esempio: un punto che "cede" dopo un delicato intervento chirurgico, uno shock anafilattico da farmaco non prevedibile né prevenibile, il mancato rispetto delle prescrizioni o dei consigli ricevuti etc. etc.*

E' di moda non riconoscere ai medici il diritto di sbagliare (vedi Popper) non essendo questo autorizzazione ad essere superficiali o negligenti, ma semplicemente espressione della opportunità e dell'esigenza di mettere in essere un confronto serrato con le difficoltà che si sono presentate nel singolo malato.

Piace ricordare che il compianto Maestro amava fare lezione sui casi nei quali la diagnosi era stata particolarmente laboriosa ed anche nei casi (pochi in verità) nei quali la prima

ipotesi era stata inizialmente non corretta. Questo comportamento, mi si consenta, è caratteristico solo delle menti che si elevano di molto al di sopra della soglia della mediocrità!

Ma se la società non consente ai medici di sbagliare, perché la stessa è molto più tollerante con i magistrati e con gli avvocati ai quali concede la procura ovvero la “delega in bianco”?

Alcuni magistrati in conversazioni informali, mi hanno riferito che molto spesso le cause di morte sono ripetitive “arresto cardiaco, arresto cardiorespiratorio etc”, lamentando la difficoltà a comprenderle in modo chiaro in presenza di diagnosi precedenti lontane dalla patologia cardio-respiratoria.

Ho spiegato che tutti i malati alla fine hanno arresto respiratorio e cardiaco e segni di morte cerebrale e che l'analisi e la sintesi di un decorso clinico dipende dal perito incaricato di studiare il caso essendo a mio modo di vedere doveroso che la ricostruzione storica del percorso clinico sia affidata ad un clinico di provata esperienza e della specialità che comprende la malattia specificamente interessata. Abbiamo già ricordato che i medici legali dovrebbero intervenire solo in un secondo tempo e cioè quando è stata acclarata la corretta ricostruzione storica del percorso clinico, per le specifiche valutazioni di competenza: morire con una malattia non sempre significa morire per quella malattia ed al contrario un paziente neoplastico con molti organi disseminati di metastasi, alla fine avrà sempre un arresto cardiaco...

Voglio anche ricordare che in passato era frequente la presenza di specialisti polidisciplinari così che si poteva incontrare uno specialista in psicologia, ortopedia ed endocrinologia... Attualmente le nuove normative europee non premiano la acquisizione di varie specializzazioni tra loro non affini; è consentita soltanto la acquisizione di una specializzazione retribuita mentre altre successive possono essere frequentate solo con pagamento delle relative tasse. La tendenza attuale è di acquisire una prima specializzazione ed una seconda eventuale a tipo di super-specializzazione (ad esempio medicina generale e poi cardiologia o pneumologia, o malattie infettive etc. etc.).

Si è cercato cioè di evitare associazioni casuali a favore di associazioni funzionali, ma nel caso di pregresse acquisizioni di più specializzazioni casuali, quale tra esse è il “cavallo di battaglia” del perito?

E' da auspicare che l'intervento della commissione congiunta fra il Tribunale civile e l'Ordine dei Medici possa fare chiarezza invitando i polispecialisti ad indicare a loro scelta una sola delle specializzazioni di cui si gloriano.

Sempre a proposito di asimmetrie di responsabilità professionali ricordo che le nostre tradizioni giungono a presumere di attribuire responsabilità all'apicale in ferie (soprattutto nel diritto civile) in contrasto con tutta la evoluzione legislativa degli ultimi anni che ha attivato la creazione ed individuazione di apicali di I e II livello ovvero la condivisione delle responsabilità; ne è in discussione attualmente la eventuale attribuzione agli specializzandi i quali chiedono di essere considerati con contratti di formazione-lavoro che comportano proprio assunzione di responsabilità (rimanendo in mente Dei come quantificarla).

Se l'apicale dovesse essere ritenuto responsabile anche quando è in ferie perché, dicono alcuni, dovrebbe lasciare specifiche istruzioni, a chi andrebbe la responsabilità delle decisioni da prendere in presenza di variazioni del quadro clinico non prevedibili né previste?

Per quali altre categorie di professionisti l'apicale è ritenuto responsabile della struttura anche durante le ferie?

La medicina clinica non è un insieme di avvenimenti aritmetici ed il malato può presentare novità ogni giorno: basta avere un minimo di esperienza clinica per accettare toto corde questa affermazione!

Per personale esperienza ho preso parte a procedimenti nei quali si è avuta la successione di diversi giudici: a chi la responsabilità globale del procedimento?

Ed eventualmente come dividere la responsabilità tra chi inizia e chi conclude?

Si potrebbe verificare che il magistrato che termina il procedimento non lo avrebbe neanche iniziato oppure che l'iniziatore sarebbe giunto a conclusioni del tutto diverse da quelle dei colleghi che lo hanno seguito?

Ed ancora perché al medico convenuto non viene quasi neanche concessa la facoltà di dialogare direttamente con il magistrato, dovendo interporre altra figura professionale?

Perché dover spiegare un problema all'avvocato che potrebbe non afferrarne immediatamente ogni significato clinico diagnostico e terapeutico?

Perché è concesso agli avvocati di intervenire su un procedimento in sostituzione di colleghi potendo disinvoltamente scrivere negli atti: “il convenuto è chiaramente responsabile...” senza neanche conoscerlo?

Vedendo la giustizia applicata come “virtù di giudicare e di operare secondo equità considerando senza passioni e disinteressatamente gli elementi in contrasto” ed ammessa la possibilità (sarebbe meglio dire accertata la possibilità) che un CTU possa essere in errore e che il giudice ne accetti le posizioni in modo acritico, a chi andrebbe la responsabilità oggettiva di una sentenza non corretta?

Il CTU viene comunque protetto dal Legislatore “non essendo sufficiente per il delinarsi della “falsa perizia”, un atteggiamento colposo e cioè con distrazione, superficialità, approssimazione o anche ignoranza intesa come mancanza o erroneità della conoscenza scientifica necessaria per una risposta corretta al quesito posto”.

Non sarebbe stato più logico che il Legislatore, proprio per la delicatezza posta dal giudicare l'operato di un medico, avesse a questi prima di tutto ed in modo assoluto garantito il giudizio da parte di CTU con elevate capacità, esperienza e professionalità accompagnate ad equilibrio ed imparzialità?

Garantire infatti al CTU la impunità per evidenti carenze professionali non fa che dare al convenuto la sensazione di non essere giudicato correttamente: è pur vero che dovrebbe supplire la figura del giudice e cioè del peritus peritorum!

Sempre al Giudice amico ho rivolto una secca domanda:”per voi giudici esistono casi nei quali è più che difficile orientarsi, scegliere il CTU, seguire il dibattito ed esprimere poi la sentenza?”

La risposta è stata sincera, precisa ed esaustiva: “sicuramente ci sono casi che per il giudice sono estremamente difficili da trattare”.

Viene quindi allo scrivente spontaneo avanzare una proposta: una volta identificato un caso particolarmente complesso dal Monocrate, questi dovrebbe segnalarlo al Presidente del Tribunale che, eventualmente consigliandosi con opportuna commissione, potrebbe scegliere una terna di giudici particolarmente esperti nel settore e poi, di concerto con il Presidente Comitato Albo, CTU di elevatissime qualità, di larga esperienza (apicali) e di disciplina affine alla tematica in oggetto.

La complessità della medicina moderna esige che la interpretazione di esami ed indagini sia affidata a professionisti di larga esperienza; il medico della carta non può che limitarsi a copiare quanto esamina. Copiare non significa però capire né tanto meno interpretare correttamente.

Lo stesso Giudice amico mi ha ricordato che più volte è stato tentato di rivedere i criteri per la inclusione dei periti nell' Albo dei CTU, ma che la lettera è sempre rimasta al "carissimo amico"...

Speriamo che la commissione all'interno del Comitato Albo, in collaborazione con l'Ordine dei Medici, dia buoni frutti.

In ogni caso la funzione di CTU non va vista soltanto come mezzo per arrotondare il bilancio familiare né tanto meno la nomina dei CTU potrebbe essere intesa semplicemente come conseguente a criteri di "ruotazione delle nomine" da parte della Cancelleria per consentire a tutti di lavorare. L'occasione è grata per ricordare che l'applicazione dei criteri egalaristici o pseudoegalaristici sarebbe come sempre portatrice solo di ingiustizia.

In conclusione il povero medico può essere convenuto senza preoccupazioni di sorta e, una volta convenuto è trattato dal nostro ordinamento in modo severo senza metterlo nella reale condizione di difendersi con efficacia anche perché non può interagire direttamente con chi lo giudica.

Nel processo si può avere la acquisizione di documenti che prima erano ignoti o erano stati nascosti e questo va sottolineato per rafforzare il concetto che il medico deve lavorare sulla sostanza dei fatti e non sugli aspetti formali (data di acquisizione) della documentazione che potrebbe correggere quella iniziale più o meno truffaldina.

Una domanda: il principio della nostra Costituzione "La Legge è uguale per tutti" è una pietra miliare dello Stato oppure è soltanto un modo di dire?

Ed ancora un auspicio ed una pressante preghiera per invocare la protezione dall'Alto: visto che in un procedimento si ha l'interazione con molte diverse figure professionali ci si deve augurare di trovare contemporaneamente tutte persone intelligenti, ma più i numeri sono grandi e più è facile che...

Ed infine per ipotesi estrema, cosa accadrebbe se scoppiasse un acuto contenzioso tra Medicina e Giustizia?

Conclusioni

La “meravigliosa, complessa e difficile avventura” che vive nella interazione medico-paziente, essendo entrambi soggetti che insieme partecipano alla costruzione del percorso diagnostico, trova la sua tipica espressione di vita nella diagnosi clinica ovvero nella ricostruzione storica dell’evento malattia.

Ne discende una prima considerazione: la medicina clinica è strettamente individuale in quanto la ricostruzione storica riguarda l’evento morboso così come questo si è estrinsecato nel singolo paziente e pertanto tutti gli sforzi del clinico devono essere diretti alla individualizzazione di diagnosi, terapia e prognosi che insieme concorrono nella formulazione della corretta ricostruzione storica.

Una seconda considerazione è tassativa: di corretta ricostruzione storica ne esiste una sola, essendo per altro ovvio che varie e successive ipotesi possono seguirsi e tra loro elidersi sino ad arrivare a quell’ultima ipotesi al momento non falsificabile che si concreta nella diagnosi.

E’ evidente che i percorsi diagnostici possono essere più o meno complessi e quindi più o meno lunghi comportando una costruttiva collaborazione tra medico e paziente.

Va per altro affermato che nel nostro Paese la Legge dà al malato maggiorenne la più completa autonomia nel decidere sulla propria persona (e la Giurisprudenza è in proposito unanime) e quindi il malato può in ogni momento, assumendone piena responsabilità (e talora senza darne neanche comunicazione al curante), cambiare medico e/o terapia.

I fatti dimostrano che se le cose vanno male i malati, o chi per loro, possono avere ripensamenti e mettere in essere tentativi di rivalsa sui sanitari intervenuti; la esperienza personale mi ha fatto incontrare casi in cui era patente il tentativo di speculare sulla morte di un familiare senza alcun rispetto nei confronti dell’Istituzione e/o del medico convenuto. Di solito si sente dire: “abbiamo avviato il procedimento soltanto per sapere”; ma perché questa sete di conoscenza è sempre accompagnata alla richiesta di consistenti cifre, invece di essere soltanto desiderio socratico?

Ho anche incontrato familiari che tacitavano la loro malafede dichiarando ad esempio che “il sacrificio di XY servirà almeno a sistemare i fratelli” senza alcuno scrupolo per gli eventuali danni che potevano essere inferti a professionisti del tutto innocenti.

Quando i pazienti entrano nell'ottica più o meno perversa di attivare un procedimento "sanitario" talora non si fermano neanche in presenza di pareri previ negativi e proseguono: è sufficiente, per avere un parere così come desiderato, non andare verso l'alto nella scala delle professionalità...

C'è poi da considerare la incombente disoccupazione o per lo meno la ipo-occupazione... oltre alla disponibilità per alcuni ad adattare fatti e relativa interpretazione al committente...

Sta di fatto che il medico è del tutto disarmato e credo che i nostri ordinamenti siano tanto permissivi per i pazienti quanto non garantisti per i sanitari.

Ricordiamo un primo dato di fatto: il Legislatore prevede tre giudici per sancire il divorzio fra due consenzienti e su problemi molto delicati relativi a vicende sanitarie, si accontenta del monocrate!

Piace ricordare poi che nella nostra tradizione esiste il principio di presunta innocenza sino alla dimostrazione di colpevolezza con la conclusione dell'iter giudiziario nei suoi vari gradi; il Legislatore (proprio in ottemperanza a questo principio?) ha stabilito invece che il medico condannato in primo grado, debba immediatamente procedere al risarcimento dei danni...

Come si porrà il medico condannato subito a risarcire, quando penserà alla recente legge sull'indulto che la maggioranza di noi comuni mortali non ha capito né tanto meno apprezzato?

A corollario esprimo una celiosa ipotesi: la mia casa di campagna viene svaligiata; è più verosimile che non mi saranno dati risarcimenti anche se verranno individuati i colpevoli; segue la domanda: perché il medico, che ha agito onestamente ed in buona fede deve risarcire subito dopo la eventuale condanna in primo grado???

Nel nostro ordinamento la amministrazione della Giustizia comporta la attivazione di periti di parte e questi devono lavorare mettendo in luce quei particolari aspetti che più sono positivi per chi loro commissiona il lavoro: non si deve però giungere a stravolgere la corretta ricostruzione storica, adattandola a chi eroga la parcella essendo questo comportamento decisamente riprovevole.

Ho in altra sede ricordato che ho sentito dichiarare da un giovane medico legale: "a noi insegnano a fare le perizie in due modi" intendendo che queste vengono elaborate in modo diverso e cioè per la difesa o per la accusa; ma come si concilia questa posizione con il fatto che di ricostruzione storica corretta ne esiste una sola?

Non è che i periti (ovviamente non nella loro totalità) si sentano particolarmente imbarazzati quando sostengono posizioni decisamente lontane dalla corretta ricostruzione storica, adducendo la giustificazione: “ho dato un parere”...

In realtà il parere peritale dovrebbe essere inteso come un atto medico così come lo è la formulazione di una diagnosi clinica: se questo fosse accettato con le conseguenti dirette responsabilità si avrebbe da una parte una drastica diminuzione dei procedimenti nei confronti dei medici e dall'altra una più corretta e responsabile interazione con la giustizia; un perito di fronte ad una ernia cerebellare con conseguente paralisi cardio-respiratoria bulbare, ben difficilmente potrebbe individuare una diversa causa di morte nel paziente...

E' necessario richiamare l'attenzione anche su un altro punto: mentre i clinici vanno incontro ad un processo maturativo professionale con progressiva acquisizione di competenze specialistiche, da alcuni viene ritenuto che la attività peritale (sostenuta a monte dalla specialità in medicina legale) possa esprimere capacità a tutto campo.

Il perito così inteso si presenterebbe come una cellula staminale totipotente che nella differenziazione riuscisse a conservare la onnipotenza evolutiva acquisendo al contempo le funzioni di tutte le cellule differenziate che da lei prendono origine.

E' una patente inesattezza concettuale poiché la cellula staminale perde la potenzialità di differenziarsi ogni volta che evolve in una particolare linea funzionale esprimendo questa l'adattamento alle particolari funzioni alle quali è chiamata con la perdita della potenzialità evolutiva.

Se il perito non fosse differenziato quale competenza avrebbe e, quando differenziato, potrebbe rimanere totipotente?

Periti medico legali totipotenti alla fine potrebbero apparire più in possesso di una laurea breve in Legge che non di una specialità medica: non è raro incontrare periti che nei loro elaborati compilano elenchi di leggi invece di ricostruire correttamente l'evento medico, così come va riconosciuto che molti professionisti dedicano la loro attività soltanto a particolari aspetti all'interno della disciplina trasversale in cui operano.

Non ho alcuna difficoltà a dichiarare che non mi sento preparato per elaborare CTU su problematiche internistiche diverse da quelle correlate alle malattie infettive e che in questo ambito esistono super-specialisti di particolari settori più preparati del sottoscritto...

Nella pratica giudiziaria è purtroppo dato osservare che la scelta del CTU può cadere in modo non giustificabile addirittura su professionisti di disciplina non affine alle tematiche in giudizio con risultati tutt'altro che vicini al concetto di corretta amministrazione della Giustizia.

Attribuendo ad esempio ad un perito non clinico e con specializzazioni del tutto lontane dalla problematica specifica il giudizio su un percorso diagnostico elaborato in una Istituzione universitaria si farebbe più uno sfregio nei confronti della Università che un corretto atto di amministrazione della Giustizia.

E' per questo che tradizionalmente il giudizio peritale di un apicale (universitario od ospedaliero) viene affidato a "pari grado", ma ciò non sempre avviene (per quali ragioni non è dato di sapere...).

In ogni caso non trattasi di salvaguardare privilegi, ma semplicemente di evitare che periti con profili professionali particolarmente modesti vengano impegnati su problematiche lontane dalla loro competenza.

Per comprendere la delicatezza del problema, immaginiamo che un medico sia chiamato ad esaminare l'operato di un magistrato e che scelga come CTU non un altro magistrato di pari qualifica con provata esperienza e professionalità, ma un giovane laureato in legge senza competenza sulla tematica in oggetto...

Un percorso clinico più o meno difficile può essere giudicato (talora anche con difficoltà) soltanto da chi ha esperienza specifica potendo altrimenti l'inesperienza far incorrere in errori metodologici gravissimi: mentre il clinico esperto è in grado di ripercorrere le tappe del percorso così come questo si è svolto, il medico della carta prende i documenti, può fare propria l'ultima diagnosi e ritornare indietro dicendo: "se alla fine c'era questa malattia, significa che la stessa era presente anche prima".

Sarebbe come dire: "questa tavola è tarlata e quindi era tarlata anche due anni fa"...

Gli atteggiamenti semplicistici diventano più rigidi in diretta proporzione alla modestia professionale del perito; quanto più infatti questo si discosta dalla eccellenza, tanto più è portato a conclusioni drastiche, perentorie e, devo aggiungere, superficiali. Parlando a titolo esemplificativo ricordo che il prof. Tolentino (uno dei primissimi clinici infettivologi italiani del dopoguerra) affermava che la diagnosi clinica di una malattia esantematica era facile per un professionista poco esperto, mentre era estremamente difficile per un infettivologo professionalmente eccellente...

Il perito inesperto e non clinico è poco capace di ragionamento clinico e può limitarsi all'esame della documentazione così come è fornita dagli attori senza riuscire a comprendere che la documentazione stessa può essere presentata in modo volutamente incompleto allo scopo di trarre in inganno l'evolvere del procedimento giudiziario.

Né tanto meno il non clinico può accostarsi con dignità alle complesse problematiche di un caso difficile: come farà infatti ad esprimere un parere dignitoso su una sepsi stafilococcica da focolaio sepsigeno paravertebrale che si complica senza colpa di nessuno (nel breve periodo fra la diagnosi accertata ed il passaggio fra la terapia iniziale dedotta e la terapia mirata indotta dal laboratorio) prima con localizzazioni secondarie plurivalvolari e relative gravi conseguenze emodinamiche e poi con distress respiratorio acuto?

Non ci si potrebbe certo limitare a copiare piccoli pezzi sparsi dalla letteratura (come farebbe un medico della carta, non prendendo neanche in considerazione il "parafangaro") : sarebbe necessario avere specifica esperienza che significa specifica sensibilità ovvero professionalità e quindi equilibrio.

Quanto sopra è tanto vero che ormai si può considerare come statisticamente significativo il fallimento professionale di non clinici posti a dirigere un reparto soltanto per titoli scientifici...

Ai periti non clinici che ostentano tanta sicurezza nei procedimenti giudiziari nei confronti di chi ha seguito il paziente, esprimendo facili sentenze ricordo quanto disse un collega anatomico patologo al medico legale: "visto che sei così bravo perché non fai il clinico? Risolverai tutti i casi più difficili"!

Il perito modesto non comprende che dietro i grossolani colpi d'ascia da lui inferti, c'è non solo la dignità professionale del medico e della istituzione d'appartenenza (Università, Ospedale etc). ma anche il portafogli dei colleghi...

La scelta peritale deve cadere obbligatoriamente su un perito della stessa disciplina: questo eviterà grossolane ingiustizie come accadde ad un cardiocirurgo che eseguì un intervento, per poi essere condannato in base al giudizio peritale di un cardiologo clinico!!

Il magistrato deve conservare in modo tassativo il diritto di scelta ma scegliere non può significare attenersi passivamente alle segnalazioni della cancelleria (che potrebbe semplicemente consentire a tutti di lavorare...); la scelta deve essere motivata e responsabile.

Entrai a far parte dei CTU del Tribunale civile di Roma su sollecitazione di un magistrato amico che mi convinse a farlo spiegandomi che era giusto esigere l'impegno dei professori universitari (e

di altri apicali) per garantire un ottimale livello dell'attività peritale almeno nei casi di particolare complessità.

Posso serenamente dichiarare e quanto ricordato lo conferma, che la esperienza globale è stata talora deludente quando non avvilente se rapportata al modesto livello delle prestazioni peritali ricordate, offensive in alcuni casi del comune senso della dignità professionale medica e del concetto di Giustizia in generale.

Sono giunto come CTU a prendere una decisione che ritengo molto saggia: elaborare le perizie senza richiederne il pagamento; ho maturato infatti la opinione che ogni professore universitario (così come ogni apicale ospedaliero) dovrebbe essere a disposizione del magistrato per compito istituzionale nei casi più difficili, partendo dalla convinzione che questo dovrebbe migliorare il livello delle perizie.

Non si pensi che il mio gesto sia particolarmente nobile: la retribuzione delle perizie è infatti così modesta che il professore universitario al netto delle tasse riceve pochi spiccioli non sufficienti ad equiparare il suo impegno al pagamento della fantesca ad ore e quindi il gesto stesso appare, almeno economicamente, quasi privo di valore.

Mi piace ricordare che il mio comportamento è stato apprezzato da molti magistrati (non da tutti perché ci sono quelli che tornano alla "questione di principio" che il lavoro deve essere retribuito, anche se malissimo), dagli avvocati ed anche in alcune cancellerie (impiegati hanno chiamato a raccolta i colleghi esclamando: "il CTU non vuole compenso. E' la prima volta!").

Un tentativo di sintesi:

1. Nel momento in cui ho iniziato ad elaborare le riflessioni sui rapporti tra medicina e giustizia in generale e più particolarmente a scrivere su medicina e ingiustizia, mi sono quasi immaginato come un Samurai che, con tanto di spada al fianco, si proponeva di stigmatizzare alcuni aspetti non condivisi sul significato della Giustizia in generale, tanto che ho iniziato con il ricordo di importanti e tragici avvenimenti del passato.
2. Certamente la maggioranza dei principi dei nostri ordinamenti giudiziari è eccellente, mentre la pratica amministrazione lascia in alcuni punti molto a desiderare: ho già ricordato ad esempio che nel diritto civile il giudice non interagisce direttamente e continuamente con il medico convenuto e che ci sono date per la presentazione dei

documenti tali da consentire di non valutarli, se i convenuti non riescono a trovare nei tempi prescritti quanto celato dagli attori...

Inoltre se è giusto che il Ministero della salute deve “vigilare” sulla salute dei cittadini è altrettanto giusto porsi la domanda: se viene commesso un furto si punisce il ladro o si persegue il carabiniere che non ha vigilato?

- 3. Ritengo comunque che gran parte delle imperfezioni o, se si preferisce, deficienze rilevabili nei rapporti fra giustizia e sanità dipendono quasi in toto da carenze nelle interazioni fra medici.*

Tra questi ve ne sono alcuni che traggono sostentamento dai procedimenti “sanitari” mentre altri, oltre a portare sulle proprie spalle il peso della responsabilità dell’assistenza ai malati, devono sobbarcarsi anche quello dei pochi giusti e dei tanti ingiusti procedimenti giudiziari con i relativi danni morali ed economici comunque presenti per le spese che sempre si incontrano con CTP ed avvocati.

- 4. La problematica dei rapporti fra giustizia e medicina è comunque estremamente complessa: di sicuro, partendo dalle lamentele di tanti colleghi che si riferiscono alla epidemia di procedimenti giudiziari contro i medici, il rapporto della giustizia con la sanità non può essere visto soltanto come lotta alla disoccupazione.*
- 5. Le procedure giudiziarie mediche andrebbero sempre precedute da una valutazione tecnica, a cura di esperti dell’Ordine dei medici: di certo aumenterebbe la condivisione sull’esito dei procedimenti giudiziari.*
- 6. La Giustizia attualmente lavora partendo da principi ed interpretando percorsi squisitamente formali per giungere a giudicare atti medici che non sono formali ma sostanziali.*

Per il medico non è infatti tanto importante la data di acquisizione di un documento (se prima o dopo le operazioni peritali) ma la sostanza in esso contenuta: potrebbe il medico rifiutare una diagnosi perché un pezzo di carta non è giunto nei termini? .

Se così non fosse si avrebbe come conseguenza che ha più probabilità di prevalere chi è più “disinvolto” nella occultazione di parte dei documenti che altro non devono essere se non espressione della sostanza dei fatti.

Sarebbe infatti sufficiente in un paziente che ha avuto molti ricoveri prendere la prima e l'ultima cartella clinica che possono anche caratterizzarsi per diagnosi diverse, per poi colpevolizzare i sanitari del primo ricovero...

Non si tratta di elucubrazioni teoriche, ma di questioni di elementare buon senso, visto che l'intervento di altri sanitari (per il medesimo procedimento diagnostico o per la terapia della medesima patologia) interrompe il nesso di causalità relativamente all'operato del medico intervenuto in precedenza.

Ne discende quindi che la documentazione relativa al singolo caso deve essere raccolta e presentata nella sua completezza, non potendo essere consentito e cioè dovendo essere severamente repressa e punita la presentazione truffaldina di documentazione incompleta al solo scopo di ingannare il magistrato.

Se venisse accettato che la documentazione può essere presentata in modo incompleto, si sancirebbe soltanto il diritto di poter impunemente offendere la verità dei fatti.

7. *Anche le indagini strumentali e le analisi di laboratorio devono essere presentate per intero ed interpretate alla luce di un minimo di esperienza: un lieve aumento delle transaminasi non è sic et simpliciter indicativo di epatite e la presenza di rare emazie nelle feci non è indicativa di un sanguinamento (si pensi ad una vigorosa e poco urbana grattatina...).*

8. *Si deve porre in essere ogni tentativo per ricostruire il percorso seguito dai colleghi oggetto di indagine, mettendosi nelle stesse situazioni in cui gli stessi hanno lavorato.*

Stare comodamente seduti alla propria scrivania davanti ai moderni mezzi di lavoro, è del tutto diverso dall'essere chiamati in emergenza al capezzale di un malato.

I pezzi di carta esaminati sono sempre pezzi di carta; il percorso clinico è cosa ben diversa. E' del tutto scorretto quindi, dal punto di vista metodologico, procedere "a ritroso ed a posteriori" partendo dalla conclusione dei fatti: è la scorretta metodologia seguita dalle anime semplici senza specifica esperienza.

Di ricostruzione storica corretta ne esiste una sola e pertanto tutto deve essere esaminato in modo da espletare ogni tentativo per giungere ad essa.

9. *Il punto cruciale per il corretto svolgimento di un procedimento contro un medico o una struttura sanitaria è in sostanza quello della scelta del CTU, dovendo questi avere una professionalità che deve superare il "livello minimo della decenza".*

Uso questa definizione, secca ed incisiva, perché è la stessa che ricorre nelle discussioni propedeutiche per concordare i requisiti minimi insieme considerati (didattica, ricerca, attività assistenziale, capacità organizzativa, collaborazioni e stage all'estero etc.) che devono essere soddisfatti nelle specifiche discipline per consentire al candidato di presentarsi con dignità a concorsi per professore universitario (teoricamente si può presentare chiunque...).

Il giudice deve agire con assoluta libertà ed autonomia, compiendo una scelta responsabile e cioè cercando il CTU con le migliori caratteristiche professionali per il procedimento in oggetto: non esistono periti totivalenti ma solo professionisti specificamente preparati su alcuni temi.

Dal momento che è stata creata una commissione per la revisione dell'elenco dei CTU del Tribunale civile di Roma, sono autorizzato a pensare che non tutti quelli che ne fanno parte sono onorati dal pieno indice di gradimento tecnico da parte dei magistrati...

Ritengo, ai fini dell'inserimento di un CTU nell'elenco dell'Albo dei Periti, non sufficiente la raccolta di generiche informazioni da parte dell'Arma, ma indispensabile che ne sia garantita la professionalità con apposita e motivata relazione dell'Ordine dei Medici che dovrebbe anche in questo collaborare in modo strettissimo al fine di assicurare una ottimale amministrazione della giustizia.

L'Ordine deve garantire oltre a professionalità ed esperienza anche "una statura umana" tale da consentire al perito di potersi collocare con dignità al di sopra delle parti, di accettare le critiche dei CTP quando sono costruttive, di non difendere ad oltranza posizioni non sostenibili attraverso la reiterata copiatura di quanto scritto nella prima stesura, evitando di distorcere i dati di fatto per mascherare posizioni precedenti non corrette e, in modo assoluto non ledendo forzatamente una delle due parti a confronto .

Un giudice mi chiarì che secondo la sua opinione i CTU del Tribunale dovrebbero avere un rapporto di lavoro esclusivo (vedi rapporto esclusivo scelto da molti medici universitari ed ospedalieri) per evitare che una stessa lesione possa avere 3 punti se la perizia riguarda una assicurazione amica, 7 se riguarda il Tribunale e 14 se riguarda un cliente di assicurazione non amica...

Il CTU deve adoperarsi in ogni modo per comporre la corretta ricostruzione storica dei fatti e quindi per giungere alla decisione clinica che altro non è se non una posizione giudiziaria

equilibrata e prudente e cioè l'esatto contrario della fretta, della faciloneria e della superficialità.

10. *Per i casi di particolare difficoltà e complessità sia il Corpo Accademico che gli Apicali ospedalieri dovrebbero essere chiamati a prestare la propria opera come compito istituzionale incluso nell'orario di servizio.*

Se non si vuole ritenere che tutte le menti degli Apicali sono illuminate dalla limpida luce di un lampadario di Murano, sono convinto che tutti pensano almeno al barlume di luce da un mozzicone di candela natalizia...

11. *Il buon perito sa che non si può sapere oggi quello che si saprà domani ovvero che molte diagnosi vengono chiarite soltanto dal tempo ma per giudicare un decorso clinico è necessario possedere un minimo di specifica competenza.*

Morire con una malattia non significa morire per quella malattia: in tutti alla fine c'è arresto cardiaco, ma cosa ha preceduto questo arresto cardiaco?

La risposta a questo interrogativo porta ad una lineare conseguenza: il giudizio sul percorso clinico deve essere affidato a specifici cultori della disciplina in oggetto (e questo non perché sono alla ricerca di occasioni di lavoro: vedi punto 10), mentre al medico legale va lasciato il giudizio sul danno biologico e sugli altri aspetti specifici della propria specialità.

Non per nulla si dice che la collaborazione sia il segreto del successo!

12. *La citazione di schemi, protocolli e linee guida va adattata al singolo caso perché la medicina clinica, espressa nel rapporto medico paziente, è strettamente individuale.*

La statistica storicistica può esprimere tendenze, ma una tendenza non è una legge né tanto meno la verità: una ipotesi non può essere trasformata in certezza del momento per poi trasformare la certezza in verità...

13. *Il buon perito ricorderà sempre le parole del dr. Di Nubile: "quando giudichi un collega e ti sembra che questo sia stupido al 100%, rifai bene i conti almeno altre due volte, perché lo stupido potresti essere tu".*

Il buon perito quindi avrà sempre il buon senso di rispondere alla seguente domanda: "come mi sarei comportato se fossi stato al posto del collega oggetto del procedimento?"

Non si è lontani dal vero quando si dice che quanto meno un perito è competente nel settore in cui è invitato a pronunciarsi tanto più gli è facile colpevolizzare i sanitari interessati.

14. *Non appare fuori luogo proporre la adozione di severi provvedimenti disciplinari per quei periti che non raggiungono nei loro pareri il livello della decenza (per evidenti carenze di professionalità, per superficialità interpretativa, per mancanza di buon senso, per repulsione della verità a seguito di posizioni preconcepite difese poi ad oltranza nonostante prove contrarie emerse nel dibattito processuale, per rifiuto di rispondere ai quesiti del magistrato etc).*
15. *Piace ricordare che interpretare le funzioni di CTU deve comportare l'assunzione delle stesse precise responsabilità che si assumono con qualunque altro atto medico, se non di responsabilità maggiori: si tratta di esaminare (sotto giuramento) l'operato di altri essendo poi l'atto peritale non solo giudizio sulla professionalità ma anche interazione con il portamonete degli interessati...*
- In termini diversi va chiaramente sottolineato che esercitare le funzioni di CTU non significa semplicemente adoperarsi per arrotondare il bilancio familiare.*
16. *Non è difficile prevedere che aumenterà il contenzioso anche tra i medici proprio perché l'atto peritale non può che essere responsabilizzante come qualunque altro atto medico essendo inaccettabile la comoda posizione "ho dato un parere".*
- Una volta trattai sul problema delle denunce dei CTU da parte dei convenuti con un giudice che mi disse: "di solito le denunce non hanno seguito perché il CTU può sempre dire che si era sbagliato, che non aveva capito bene etc etc".*
- Ho posto allora una domanda precisa: "con quale fondamento di diritto la Società dà ad un CTU il privilegio di poter sbagliare senza conseguenze nel momento in cui lo stesso viene incaricato di giudicare l'operato di un collega al quale al contrario non è concesso il diritto di sbagliare?"*
- Non ho ottenuto risposta.*
17. *La sicurezza ostentata abitualmente da molti periti nei procedimenti mi induce a proporre un rimedio alla "malasanità": perché non proporre che gli stessi vengano invitati a partecipare attivamente (per le discipline di competenza) alla vita della corsia?*
18. *La amministrazione della giustizia è fondamentale per il corretto svolgersi della vita di una comunità e non può essere soggetta a "mode", a possibili diversità di "interpretazione" ovvero ad orientamenti che non seguono i fatti, ma li precedono.*

La giustizia civile dovrebbe non consentire, ma esigere la interazione diretta del magistrato con il medico convenuto ed inoltre dovrebbe dare al magistrato la più ampia facoltà di integrare la documentazione sanitaria: si semplificherebbero i processi e si darebbe agli stessi una patina di maggiore credibilità e serietà.

Siamo in una affollata stanza del Tribunale civile di Roma, ed attendo di parlare con un giudice; di fronte a lui siedono sei avvocati in rappresentanza di varie parti.

Il magistrato chiede: “quale virus (si può passare sopra all’inesattezza) era la causa dell’infezione dell’osso prima dell’intervento? E’ stato fatto l’antibiogramma?

Quali antibiotici sono stati somministrati al paziente?”

Gli astanti palesano incertezze e si sente mormorare:

“Non so. Non ricordo. Bisogna consultare la cartella...”

E’ opportuna una domanda: non sarebbe più semplice e logico che le domande fossero rivolte direttamente al medico interessato?

E se ne impone ancora una seconda: è immaginabile che un medico curi un paziente per interposta persona?

19. Per quanto di mia conoscenza gli Ordini professionali solo recentemente hanno cominciato a ricercare concrete soluzioni alla complessa tematica che rischia di minare alla base il rapporto medico-paziente; personalmente sono intervenuto più volte con note scritte sull’Ordine dei Medici di Roma e resto in attesa dei frutti delle mie istanze che possono essere così riassunte:

- a) Esigere la presentazione della documentazione sanitaria completa con severi provvedimenti disciplinari nei confronti dei CTP che collaborano alle “omissioni”. Facciamo un esempio: un paziente viene ricoverato a Napoli, più volte in Roma negli anni successivi ed infine muore in ospedale a Brescia. I familiari presentano la prima e l’ultima cartella clinica (con diagnosi diverse): con quale fondamento di giustizia si potrà difendere il primo medico intervenuto e convenuto in tribunale, senza essere a conoscenza dei ricoveri successivi e delle relative variazioni del quadro clinico?*
- b) Considerare le perizie in genere e soprattutto le CTU sotto giuramento elaborate per responsabilità professionale o su problematiche sanitarie in genere, come qualsiasi altro atto medico e non semplicemente come “un comodo parere”.*

c) *Ricordare ai sig. medici che, prima di esternare opinioni su un caso che non si è direttamente seguito, è norma deontologica elementare consultarsi con i colleghi che sono intervenuti in precedenza, soprattutto se appartengono alla stessa struttura. La precisazione è doverosa per lo scrivente che ha avuto modo di leggere opinioni non solo superficiali ma addirittura scorrette ed astiose nei confronti di colleghi della medesima Università: c'è da rabbrivire...*

d) *Proporre che il paziente firmi la "procura" al medico.*

20. *Un magistrato nel corso di una dotta conferenza suggerì di "attivare una buona assicurazione"; obiettai che molti medici come il sottoscritto ritengono di lavorare onestamente e per principio rifiutano la logica del mercato delle assicurazioni importato dagli USA...*

Il giorno in cui dovessi andare in clinica sorretto dalla stampella di una assicurazione, mi fermerò sicuramente sulla porta dell'amato Policlinico Umberto I°; considererò fallito ed annullato il principio su cui si basa l'attività clinica: corretto rapporto medico-paziente; dovrò considerare finita la mia attività professionale e quindi accarezzerei con lo sguardo prima la storica facciata umbertina della anatomia patologica e poi le palazzine della infettivologia; mestamente tornerò a casa per la collocazione a riposo ed il ritiro in campagna con il compito di impegnarmi come fattore nella tenuta "La Fonticella" (gratuitamente, visto che si tratta di proprietà del secondogenito).

Conclusioni delle conclusioni

I) *La Giustizia e la Salute fanno parte dei diritti non rinunciabili sia per il cittadino in generale che per il cittadino medico in particolare e devono procedere di pari passo senza conflittualità.*

Le complesse problematiche sulle responsabilità professionali dovrebbero, per uguaglianza sociale, riguardare in modo equo tutte le professioni.

II) *I rapporti fra Medicina e Giustizia non possono essere limitati a pur legittimi motivi di sostentamento per alcune categorie di professionisti, ma devono concorrere alla compiuta attuazione di principi fondamentali della nostra Repubblica.*

III) *Per ogni cittadino, medico e non, deve essere valido che: ... "la Legge è uguale per tutti" e tutti dobbiamo agire in modo che questo principio abbia una sostanziale e compiuta realizzazione così che più nessuno possa pensare che trattasi solo di un modo di dire.*

Il principio fondamentale troverebbe più corretta attuazione se per i casi più difficili il giudizio fosse affidato ad una terna di magistrati particolarmente esperti nel settore della responsabilità professionale sanitaria ed ovviamente a CTU realmente in possesso di provata esperienza, elevata professionalità ed indiscutibile capacità tecnica oltre che di equilibrio e prudenza (vedi in proposito il precedente punto 10 sulla utilizzazione gratuita degli Apicali in qualità di CTU).

IV) *Non credo di essere lontano dalla verità sostenendo che la epidemia di procedimenti giudiziari contro i medici rischia di portare al collasso in tempi brevi la sanità italiana.*

L'Inghilterra attualmente cerca di importare medici da tutto il mondo; i giovani inglesi disertano le Facoltà di Medicina e Chirurgia poiché ritengono l'esercizio della professione medica troppo rischioso...

In America le parcelle dei medici lievitano perché una parte consistente delle stesse va a coprire gli elevatissimi costi assicurativi...

V) *Nella nostra Università sono in evoluzione poco più di trecento procedimenti per responsabilità professionale sanitaria; vanno aggiunti gli altri numerosi procedimenti attivati dopo la costituzione dell'Azienda Policlinico Umberto I° (ne è in corso il conteggio).*

Ricordo che gli Ordinari della Facoltà di Medicina e Chirurgia "La Sapienza" sono 225 e che gli Associati sono 378, lasciando ogni considerazione ed ogni conclusione all'attento Lettore...che avrà anche la bontà di tener conto del fatto che gli apicali del Policlinico sono 220 e che molti professori di prima o seconda fascia non sono coinvolti nell'attività assistenziale.

Se si considera poi che alcuni procedimenti interessano equipe di sanitari variamente tra di loro associati, è più che giustificato il sottoscritto che si limita a portare le mani alla testa in atteggiamento sconsolato, guardandosi allo specchio e ponendosi un interrogativo: siamo diventati all'improvviso tutti imbecilli?

Le decine di migliaia di processi "sanitari" annuali, sommati alle centinaia di migliaia di tentati procedimenti fanno allargare la domanda: si è diffusa fra i sanitari italiani una epidemia di stupidità?

E di rincalzo una seconda: quale agente eziologico ne è la causa?.

E quindi una terza; non è che si tratta soltanto e/o per lo più di tentativi di estorsione autorizzati dalla Legge?

Se la problematica non fosse più che seria ci sarebbe soltanto molto da ridere...

VI) I sanitari che hanno la sventura di sperimentare un procedimento giudiziario restano per sempre segnati dall'amarezza e purtroppo perdono almeno in parte la sicurezza professionale e la fiducia in sé stessi.

Sta lievitando a dismisura il numero dei professionisti che a seguito di procedimenti giudiziari più o meno condivisibili per patogenesi e modalità di esecuzione, hanno perso quell'entusiasmo che dovrebbe essere alla base di ogni attività clinica, e quindi si limitano a lavorare soltanto e soprattutto per soddisfare le esigenze del burocratismo integralista.

Si tenga presente che un procedimento giudiziario non colpisce il singolo medico al quale è diretto, ma anche i colleghi di tutto il gruppo che sempre partecipano intensamente alla vicenda.

E non teniamo conto delle spese (non lievi) che i convenuti sopportano...senza parlare delle ansie, delle preoccupazioni, della umiliazione etc. etc...

VII) Anche tra i fortunati che non hanno mai sperimentato il Tribunale si diffondono vistosi segni di inquietudine, di sfiducia e di cedimento psicologico; un collega mi ha detto recentemente: "ho la sensazione di lavorare sull'orlo di un precipizio".

VIII) Il medico oggetto di procedimento si sente trattato peggio di alcuni comuni delinquenti ai quali è concesso di delinquere oggi e di farlo ancora dopodomani perché vengono subito rilasciati...

Il medico oggetto di un procedimento non riesce a capire in base a quale principio di equità e di buon senso non viene accettato un documento fondamentale per la corretta ricostruzione storica dei fatti, soltanto perché non presentato "nei termini".

Proverò a sostenere in clinica che la TAC con l'evidenza di un Ca del polmone non è giunta "nei termini" e quindi non la prenderò in considerazione rifiutando la diagnosi; sono curioso di vedere se scomparirà il tumore a seguito del mio rifiuto...

IX) I medici tutti non si sentono affatto tutelati nell'esercizio della loro professione pur socialmente così rilevante; tutti i giorni devono leggere sui giornali inviti ed incitazioni a

procedere contro di loro e ciò nonostante non chiedono al Legislatore il garantismo offerto ai delinquenti abituali, ma soltanto che li si lasci lavorare con tranquillità...

I medici tutti si sentono umiliati ed impotenti:

- a. di fronte alla cattiveria ed all'acredine manifestata talora dai malati e dai loro familiari,*
- b. di fronte all'impudenza di chi si maschera dietro le frasi "voglio sapere, voglio la verità, voglio giustizia", fingendo di ignorare che la medicina non è una scienza esatta e che ancora oggi si può addirittura morire senza comprenderne la causa anche dopo l'esame autoptico!!!*
Certe spiegazioni potrebbero venire solo dall'Alto, ma è solo ammesso e non concesso che si riesca ad avere possibilità di comunicazione e di interazione con l'Altissimo...
- c. di fronte alla disinvoltura con cui sono presentate ripugnanti speculazioni sulla morte dei genitori o dei figli; (più volte mi è stato detto che eventuali indennizzi sarebbero andati in beneficenza, ma nessuno me ne ha mai dato prova concreta...).*
- d. di fronte agli elaborati non sempre eccellenti (si veda l'esperienza personale) di tanti che si sostentano sui procedimenti giudiziari sanitari,*
- e. di fronte alla mancanza di sensibilità e talora di fronte all'indifferenza o allo spietato cinismo di alcuni che dicono di tutelare gli interessi di altri.*
- f. di fronte al garantismo offerto dal Legislatore alle "eventuali distrazione, superficialità; approssimazione o addirittura ignoranza per mancanza della necessaria conoscenza scientifica" del CTU.*
- g. di fronte al "non garantismo" di cui si sente spesso oggetto il medico convenuto.*
- h. di fronte alla cattiveria delle strumentalizzazioni di tragiche fatalità che sempre esisteranno senza colpa alcuna per i curanti (cede un punto dopo un delicato intervento di cardiocirurgia, il paziente presenta uno shock anafilattico da farmaco e cioè un effetto collaterale non prevedibile né prevenibile, il paziente non segue i consigli ricevuti etc. etc.).*

X) Le riflessioni della lettura non possono che sollecitare legittimi motivi di inquietudine; la concessione al medico del diritto alla "procura" analoga a quella firmata all'avvocato,

risolverebbe molti problemi del contenzioso paziente-parenti-medico con il solo svantaggio di togliere sostentamento ad una parte di quanti su di esso si applicano

Si tratterebbe in pratica di trasformare il consenso informato in procura così che lo stesso, visto oggi in funzione dei “diritti” del malato, acquisterebbe un significato più completo.

Non voglio affatto intendere che dovrebbero essere tutelati i “diritti” del medico, ma semplicemente che dovrebbe essere accettata la necessità inderogabile di consentire ai sanitari di lavorare con quel minimo di serenità che è condizione indispensabile per assicurare prestazioni ottimali.

La felice vicinanza del Natale mi consente di ricordare che per i credenti si avvicina la Festa del rinnovamento della vita spirituale attraverso la celebrazione della nascita del Redentore e che per tutti si avvicina la Festa più bella dell’anno perché collegata alla famiglia, all’amicizia ed al rinnovamento propositivo.

Credo che tutti noi sentiamo profondamente nostalgia e tristezza per l’assenza dei Familiari, dei Maestri, Colleghi, Soci ed Accademici di questa prestigiosa Istituzione che hanno già concluso il cammino terreno.

Tutti desideriamo intensamente di vivere ancora una volta la gioia del convivio familiare natalizio e tutti, ancora una volta, saremo felici di vedere i nostri bimbi con gli occhi affascinati dagli ornamenti e dalle luci dell’albero di Natale, con la mente accesa dal fruscio delle veline mentre aprono i pacchi con i doni.

La nostra generazione ha avuto la grande fortuna di non essere toccata dagli orrori diretti della guerra anche se è abbastanza avanti negli anni per averne compreso a pieno le devastanti conseguenze.

1. Mi piace ricordare due episodi collegati al Natale e vissuti nell’ultima guerra mondiale.

Nella tasca di un soldato tedesco morto nella battaglia per Mosca nel dicembre 1941, fu trovato un biglietto (A. Beevor: Stalingrad-Penguin Books 1998) sul quale era scritto:

“Nel corrente anno la festa di Natale non avrà luogo per i seguenti motivi: Giuseppe è stato richiamato sotto le armi, Maria presta servizio nella Croce Rossa, il Bambino Gesù è stato trasferito per sfuggire ai bombardamenti, i tre Magi non possono

portare i doni perché sono sprovvisti dei certificati comprovanti la appartenenza alla razza ariana, le stelle non sono presenti per il black out, i pastori prestano servizio come sentinelle e gli Angeli come operatori del telefono.

Rimane l'asino, ma si può avere Natale solo con un asino?

L'Ufficiale del controspionaggio sovietico che tradusse il biglietto scrisse in calce: "non capisco cosa vuol dire. Dove lo avete trovato?"

2. *L'avvocato Giuseppe Prisco ricordò la cruenta battaglia sul Don ed il Natale 1942 (A. Caruso-Tutti i vivi all'assalto!-Longanesi e C 2003):*

"C'era Gesù tra noi, nelle trincee presso il Don, a tenerci compagnia nel gelo.

Se no di che saremmo vissuti, se neppure Lui ci avesse parlato nel silenzio notturno della steppa?

Chi può vivere soltanto di gelo, di fame, di fuoco?

E allora Lui ci sussurrava il nome della mamma, ne adoperava la voce per offrire l'augurio e il dono di Natale: ritorna figliolo, noi ti aspettiamo.

Il Bambino parlava a noi, si soffermava in silenzio e inatteso dinnanzi a loro li attendeva (al piccolo cimitero nato dal sangue degli Alpini dell'Aquila) per portarli con sé nella notte di Natale."

Voglio pensare che il calore del Redentore sia rimasto vicino alle spoglie dei nostri poveri ragazzi mandati a morire per nulla tanto lontano dalla famiglia, affinché non avessero a patire troppo, poste a giacere nella gelida terra della steppa...

L'avvocato Prisco continua: "noi superstiti restavamo sgomenti; quel mistero si esprimeva soltanto in dolore: sopra la neve, sotto la neve legava un'unica fraternità, una stessa sorte. Ma noi siamo tornati.

Non c'è più Natale uguale a quell'ultimo nostro: ogni anno siamo là in quella neve a chiamarli.

Fratelli nostri, noi vi ricordiamo".

Noi oggi, pienamente compresi della solennità legata alla riunione pre natalizia del 132° AA dell'Accademia Medica di Roma e pienamente convinti degli immutabili principi che elevano la nostra professione verso l'universale e l'eterno, non possiamo che scambiarci gli auguri auspicando che la comprensione e la diffusione del messaggio contenuto nella nostra "meravigliosa, difficile e complessa avventura clinica" possa contribuire alla costruzione di un mondo migliore.