

Potere di vita e di morte*

di Ignazio R. Marino

1. Medico, dal fare all'essere

Quante volte un medico si sente dire da una persona in difficoltà: «Dottore, mi metto nelle sue mani». E quante volte dovrebbe tenere presente proprio questo atto di massima fiducia nel momento in cui affronta l'impegno, e la sfida, di restituire la salute a un altro essere umano? Quante responsabilità in gesti e comportamenti che, alla lunga, possono diventare l'abitudine o, peggio, una noiosa routine. Prima di iniziare un intervento chirurgico o una qualunque altra terapia, ci si dovrebbe porre il problema di quante sofferenze si stanno per infliggere al paziente, quanti aghi infilati nelle vene, quante sonde introdotte nel corpo, quanti effetti collaterali dovuti ai farmaci e quale peso psicologico, legato al dolore della malattia e alla speranza nella cura, ricade su di lui e sulle persone che gli sono vicine. Purtroppo tutto questo, nella maggior parte dei casi, non fa parte delle preoccupazioni di noi medici, che ci concentriamo sui risultati tecnici da raggiungere ma forse non teniamo nella giusta considerazione le variabili e le difficoltà del percorso. Per fare un esempio, è probabile che se un paziente ricoverato in ospedale non riesce a dormire perché spaventato e teso, il medico gli prescriverà un sonnifero; molto difficilmente si fermerà a parlare con lui per chiedergli il perché delle sue ansie e cercare di tranquillizzarlo con la sua presenza. In entrambe le situazioni alla fine il sonno arriverà, ma i percorsi per raggiungere l'obiettivo sono stati molto diversi.

A me è capitato di iniziare a riflettere più seriamente sul modo di esercitare il mio mestiere quando mi sono trovato dall'altra parte della barriera, da paziente ammalato, ricoverato in un letto di ospedale e con il medico che mi dice: «La situazione è grave, dobbiamo operarti subito». Subito? Ma siamo sicuri? Non possiamo ascoltare un'altra opinione prima di portarmi in sala operatoria? E se non mi risveglio più per l'anestesia? Sono domande banali per chi ogni giorno addormenta i pazienti e li con-

* Tratto da I. R. Marino, *Nelle tue mani: medicina, fede, etica e diritti*, Einaudi, Torino 2009, pp. 19-37. Ringraziamo la casa editrice Einaudi per averci concesso l'autorizzazione a pubblicare queste pagine.

duce in quel limbo necessario per tentare di curarli, ma sono domande assolutamente comprensibili e umane. Anche per questo è fondamentale che ogni persona nel momento di difficoltà, quando si trova a confrontarsi con una situazione di malattia e con il dolore, abbia la certezza che il medico di fronte a lui è un professionista competente e preparato, del quale può fidarsi. Ed è sinceramente inaccettabile, oltre che scoraggiante, avere il dubbio che quel medico a cui si affidano tante speranze abbia come suo primo interesse il denaro o ricopra una posizione di responsabilità grazie agli appoggi politici o alle amicizie influenti.

Fare il medico è certamente impegnativo dal punto di vista professionale ma essere medico è ciò che fa la differenza nel modo di concepire e di condurre la propria vita. Non si tratta semplicemente di una questione linguistica ma di una vera e propria condizione esistenziale in cui il medico si trova quando percepisce se stesso come un tutt'uno con la sua professione e con il suo ruolo sociale. Svolgendo un mestiere molto particolare, da cui dipende la salute e la serenità di altre persone, il medico dovrebbe sentirsi tale in ogni momento della sua vita, dentro e fuori l'ospedale e in ogni circostanza pubblica e privata. In altre parole, essere medico dovrebbe rappresentare il frutto di una scelta ben ponderata, oserei dire di una vera e propria vocazione. Dalla mia esperienza nelle università, posso confermare che le motivazioni dei giovani aspiranti medici sono dettate quasi sempre da sentimenti nobili e da una sincera adesione ai principi della solidarietà umana. Quando, negli anni Ottanta, completavo la mia formazione negli Stati Uniti, un termine molto temuto da noi specializzandi era *superb technician*. Se il primario, il trainer della squadra, chiamava così uno di noi intendeva dire che quel giovane chirurgo aveva ancora molta strada da fare, era solo un ottimo operatore, ben lontano dall'essere un ottimo clinico che deve imparare ad avere umiltà, sensibilità e curiosità umana, costruzioni dello spirito che vanno molto al di là della tecnica.

La conoscenza tecnica e un instancabile aggiornamento, così come il confronto quotidiano in ospedale, guidano ogni medico scrupoloso nel percorso, sempre incerto, verso la decisione migliore. Quante volte un chirurgo si chiede, nel caso emerga un problema dopo un intervento, se sia meglio riportare il paziente in sala operatoria oppure sottoporlo a un'indagine diagnostica o a una terapia medica? In quante occasioni c'è esitazione nel decidere se rimuovere un'ostruzione di un'arteria con la chirurgia tradizionale oppure se affidarsi a un radiologo interventista che, senza incisioni chirurgiche, è in grado di guidare un sottilissimo catetere all'interno dell'arteria per togliere il coagulo? Sono quesiti che devono ricevere risposte tempestive, a volte nell'arco di pochi minuti. Tutto questo si può imparare. Poi ci sono i dubbi sui casi estremi in cui la tecnica e l'esperienza non bastano. In queste situazioni entra in gioco il tribunale della coscienza personale. Nel momento

in cui mi fu prospettata l'ipotesi di diventare professore negli Stati Uniti, mi venne chiesto se sarei stato disposto a trasferirmi in una casa a cinque minuti dall'università. Vivendo poco distante, nel caso di un dubbio avrei potuto correre subito in ospedale per verificare la situazione, controllare una lastra, gli esami, risolvere un'emergenza; stando a trenta chilometri, invece, sarebbe stato inevitabile chiedere aiuto al medico di guardia che però non conosceva né il malato né la sua storia clinica. Il ragionamento nella sua semplicità aveva implicazioni profonde rispetto al modo in cui si concepisce il mestiere di medico. Un mestiere in cui si studia, si eseguono le indicazioni di chi ha più esperienza ma dove è importante far valere le proprie opinioni quando ci si sente sicuri di una decisione, anche se contraria a un protocollo. Un mestiere in cui si deve apprendere a spiegare, a comunicare, a condividere le azioni e le decisioni con gli altri, a costruire, insomma, la coscienza del medico oltre che la conoscenza.

Oggi, nell'era della tecnologia, il medico tende a essere individuato soprattutto come un tecnico, conoscitore di soluzioni terapeutiche per ogni tipo di malattia, auspicabilmente infallibile. Ma è un errore: il medico non è un tecnico e non è nemmeno uno scienziato nel senso stretto del termine. Certamente si occupa di alcune branche della scienza, dalla fisiologia alla farmacologia, dalla fisica alla matematica, dalla genetica alla biologia, ma allo stesso tempo dovrebbe conoscere la psicologia, l'economia, dovrebbe essere in grado di comunicare e di interpretare i fenomeni sociali. Ed è proprio questa complessità della professione a essere entrata in crisi: l'essere medico sta lentamente cedendo il passo a chi fa il medico come un puro esercizio di tecnica. Per questo penso che la ricerca dell'unità con l'altro vada considerata come un proposito di grande valore a cui mirare, fra tutti i progressi da compiere in medicina.

Sono convinto che chi sceglie di fare il medico ancora oggi lo faccia soprattutto per passione, con grande impegno e con la volontà di dividere sofferenze e gioie altrui. Le aspettative dei pazienti crescono incessantemente, al medico si chiede perfezione, capacità di sconfiggere le malattie e, possibilmente, anche la morte. Soprattutto gli si chiede responsabilità e scrupolosità, anche nei gesti quotidiani: ciò significa non solo saper affrontare le emergenze ma piuttosto porre una meticolosa attenzione anche a comportamenti solo apparentemente banali, come lavarsi sempre le mani prima di toccare il corpo di un paziente durante il giro delle visite, evitando di trasmettere da una persona all'altra infezioni pericolose che potrebbero mettere a rischio la vita dei malati, invece di salvarla.

Conoscendo i medici si deve ammettere, però, che nessuno si sente quasi mai responsabile, soprattutto degli errori nel momento in cui una terapia non funziona, un intervento chirurgico non ottiene i risultati sperati, una diagnosi si rivela infondata. Noi chirurghi, poi, abbiamo spesso una

memoria selettiva, che ci fa ricordare perfettamente i successi e dimenticare i fallimenti.

Gli aspetti che fanno capire come quella del medico sia una professione che attraversa una crisi di ruolo e di competenze sono molti e valgono, con le debite sfumature, in tutti i paesi del mondo ricco e industrializzato. Primo fra tutti va citato l'influsso dominante della tecnologia: un fatto certamente positivo, che ha portato alla scoperta di terapie straordinarie, ma anche un elemento che ha stravolto il rapporto umano tra medico e paziente. Certo, oggi è difficile contrastare l'evidenza che una diagnosi basata su una TAC o una risonanza magnetica abbia più probabilità di essere esatta rispetto a un lungo e approfondito esame obiettivo del paziente eseguito con le mani e lo stetoscopio, tuttavia non è possibile accettare che la tecnologia elimini quel rapporto intimo e particolarissimo che va considerato come parte integrante della terapia.

La medicina contemporanea non è nemmeno lontanamente assimilabile a quella dei tempi di Ellen Taussig e Alfred Blalock, e non è nemmeno quella dei pionieri dei trapianti. Ma sono passati solo pochi decenni da quando, nel 1963, venne eseguito il primo trapianto di fegato e, quattro anni dopo, il primo trapianto di cuore. All'epoca si parlava di successi straordinari dal punto di vista chirurgico, ma non dimentichiamo che ci volle molto tempo perché si arrivasse davvero a salvare delle vite con un trapianto. In quel momento storico al mondo c'erano solo due chirurghi che eseguivano il trapianto di fegato, Tom Starzl negli Stati Uniti e Roy Calne in Inghilterra, entrambi sicuri, nonostante gli scarsi risultati nella sopravvivenza dei pazienti, che fosse una strada vincente, da percorrere, per poter curare gli ammalati di fegato. Alcuni li consideravano degli squilibrati, ma è grazie alle loro intuizioni, e alla volontà di non desistere, che oggi i trapianti sono una terapia salvavita diffusa in tutto il mondo e centinaia di migliaia di persone conducono un'esistenza normale dopo aver attraversato le difficoltà di gravissime e debilitanti malattie. A uno di loro, anni fa, chiesi in confidenza come aveva fatto a decidere che per un grave episodio di rigetto si dovessero somministrare mille milligrammi di steroidi in vena. Non avevo trovato nessuna spiegazione ufficiale nelle riviste scientifiche e, infatti, la risposta fu che non vi era una reale giustificazione ponderata, ma vi era stata la necessità clinica di sperimentare un'intuizione: mille era un numero tondo che suonava bene, funzionò e nessuno si pose il problema di criticare quel dosaggio...

2. Vita di reparto

Affrontando questo tipo di riflessioni non si può non sottolineare quanto l'attuale e moderna organizzazione del lavoro pesi sui medici: la necessità

di attenersi strettamente ai protocolli, alle regole di strutture complesse come gli ospedali, agli orari, ai turni in reparto e a quelli di guardia che sono necessari affinché tutto proceda senza intoppi. Tutto questo può spingere il medico a sentirsi un semplice anello nella catena di trasmissione, utile per il buon funzionamento della macchina nel suo complesso ma limitato nel suo impegno personale e certamente anche nella sua responsabilità nei confronti dei pazienti. In alcuni ospedali italiani, i turni di lavoro sono sacri: i medici preferiscono svolgere attività libero-professionale al di fuori dell'ospedale piuttosto che fare gli straordinari, e gli amministratori sono contenti di non dover pagare ore di lavoro supplementari. E così si finisce ad avere il chirurgo che «chiude la sala», un'espressione che non significa chiudere a chiave il reparto ma affidare al chirurgo di guardia, che inizia il suo turno alla fine dell'orario di lavoro degli altri, ovvero dopo le tre del pomeriggio, il compito di portare a termine il piano degli interventi programmati per quel giorno. È un sistema ideato dagli amministratori per mantenere l'efficienza della struttura, ma che certamente non va nella direzione di un rapporto di fiducia tra il medico e il suo paziente. Il chirurgo che chiude la sala, infatti, non ha proprio idea di chi siano i pazienti che qualcun altro ha messo in lista per l'operazione. Un giovane medico che, dopo aver completato la sua formazione in Inghilterra, si è trasferito in un ospedale italiano, mi ha raccontato di essere stato chiamato un giorno dalla caposala del reparto operatorio per «chiudere la sala». Entrando aveva trovato un malato già anestetizzato per l'intervento che, secondo le indicazioni lasciate dal chirurgo che lo aveva ricoverato, doveva consistere nell'asportazione di un lipoma. Dopo un'attenta lettura della cartella clinica, il chirurgo aveva iniziato a operare ma il lipoma non si trovava. Controlla e ricontrolla con attenzione, ma niente da fare. Alla fine, frustrato, si arrende: niente lipoma, intervento inutile, paziente sottoposto ad anestesia senza motivo, si può chiudere la sala. Il danno è stato limitato ma procedure organizzative e abitudini di questo tipo sono la premessa per potenziali disastri.

Sono cresciuto, e mi sono formato, seguendo il principio che tra il medico e l'ammalato si debba stabilire una vera alleanza, che il chirurgo debba parlare in maniera approfondita con la persona che porterà in sala operatoria, perciò l'idea di operare uno sconosciuto mi sembra davvero impraticabile. Tranne i casi di emergenza, in cui il paziente arriva in pronto soccorso a volte avendo perso conoscenza, e nei quali si interviene prontamente senza tanti preamboli e discussioni, in tutte le altre circostanze io non posso immaginare che non vi sia una relazione, anche intima, con l'ammalato. Provo a mettermi nei panni di chi amministra gli ospedali e pensa prima di tutto all'efficienza della struttura, a operare quanti più pazienti possibile per non allungare le liste d'attesa, per non ritardare gli interventi,

per far quadrare il bilancio. Capisco che esistano questioni pratiche che possono portare a fare pressione sui medici affinché collaborino responsabilmente all'efficienza; ciò nonostante io credo che si debbano porre dei limiti anche a questo, che i medici debbano affrontare l'amministratore e spiegargli che la medicina non si può valutare solo ed esclusivamente sul fatto di portare o meno a termine in un giorno tutti gli interventi che erano pianificati. La medicina, come dice lo storico Giorgio Cosmacini, non è una scienza, è una disciplina che ha molto a che vedere con altre scienze ma che in sé è un'arte, ovvero una disciplina umanistica in cui l'aspetto umano è fondamentale e io mi spingerei a dire preponderante su quello puramente tecnico. Qual è quel paziente che, trovandosi a dover scegliere dove farsi operare, opterà per la struttura con il miglior direttore generale? Sceglierà l'ospedale dove c'è il reparto migliore per la sua malattia o quello in cui lavora un medico di cui si fida perché lo conosce o perché ne ha sentito parlare. I pazienti sperano di potersi fidare e l'atteggiamento del medico nell'instaurare un rapporto umano è decisivo. Se il medico perde questo, perde se stesso.

Quando si vive dentro gli ospedali, capita spesso di notare che chi davvero instaura un rapporto di vicinanza con gli ammalati sono gli infermieri. Da sempre sottovalutati, nel nostro paese, rispetto alle mansioni e alla responsabilità che vengono loro attribuite, sono coloro che conoscono precisamente le condizioni degli ammalati ricoverati: sanno tutto, non solo se la terapia sta facendo effetto e se le condizioni di salute migliorano o peggiorano. Gli infermieri conoscono molto di più, sanno se il loro paziente ha mangiato, se ha fatto una passeggiata, se ha ricevuto una visita che lo ha messo di buon umore. Si fermano a parlare nella stanza, scherzano e i malati si affezionano e nutrono molto spesso un sentimento di gratitudine più forte verso di loro che verso il medico che hanno incrociato sì e no cinque minuti, a volte senza riuscire a comprendere fino in fondo le parole.

Ricordo un episodio che mi capitò a Palermo. Quel giorno faceva un caldo insopportabile, all'esterno una temperatura che arrivava quasi a quaranta gradi, e il reparto del centro trapianti, dove l'aria condizionata era regolata sui diciotto gradi del termometro americano, rappresentava a suo modo un'oasi di sollievo dalla torrida calura estiva. Andai a salutare Domenico, un uomo di cinquant'anni di Caltanissetta che qualche giorno prima era stato sottoposto a un trapianto di rene da donatore vivente, grazie alla generosa donazione di un organo da parte della moglie Marzia. Si volevano un gran bene e speravano che con il trapianto Domenico avrebbe potuto liberarsi dagli appuntamenti con la dialisi tre volte a settimana e ricominciare a viaggiare per il mondo, la loro grande passione. Il paziente aveva la febbre da diverse ore, i globuli bianchi elevati erano

il sintomo di un'infezione e si lamentava per i dolori alla pancia. Decisi di procedere con una serie di controlli: la vena e l'arteria dell'organo trapiantato erano a posto, il flusso del sangue non presentava problemi, non c'erano infezioni urinarie o respiratorie, frequenti tra le persone ricoverate in ospedale. Forse era l'inizio di una reazione di rigetto, ma non avendo alcuna certezza chiesi un consulto con gli altri specialisti per approfondire la questione. Nella sala riunioni arrivarono due chirurghi, uno specialista di terapia intensiva, un nefrologo, un infettivologo e ognuno espone le proprie idee: ipotesi diverse, casi clinici del passato, le ultime novità della letteratura scientifica. Dopo un'ora e mezza di discussione e nessun accordo sul da farsi, decidemmo che la cosa più opportuna era di effettuare una nuova visita al paziente. Entrando nella sua stanza incontrammo Stefania, un'infermiera abile e competente, che tutti i malati adoravano forse anche per quel suo viso da bambina con le lentiggini che ispirava tenerezza: «Buongiorno, come va il nostro Domenico?» chiesi ostentando un tono rassicurante. «Non bene, ha l'appendicite», rispose Stefania con sicurezza. Rimanemmo tutti in silenzio annuendo, nessuno voleva ammettere che non eravamo stati in grado di fare la diagnosi giusta, la più ovvia. Ci eravamo concentrati sull'analisi di complicanze rarissime e avevamo sottovalutato aspetti che quell'infermiera aveva invece osservato con molta semplicità: il paziente non mangiava più, non voleva bere il succo di frutta, aveva la nausea e accusava un forte dolore proprio nel punto in cui si trova l'appendice.

A volte i medici si perdono in un bicchiere d'acqua e la loro credibilità può rischiare di essere messa in discussione non dalle scarse competenze, dagli errori, dalla negligenza, ma semplicemente per la disattenzione a dettagli che possono essere banali rispetto all'esito delle terapie ma non sono affatto secondari per chi si trova, improvvisamente e senza averlo previsto, sbalzato dalla sua quotidianità alla dimensione alterata della vita in ospedale.

Non è raro che io riceva segnalazioni di situazioni che non funzionano come dovrebbero o lettere piene di risentimento verso i medici. Parole severe, giudizi ai quali nessuno può sentirsi completamente libero di sottrarsi.

Ho perso mia figlia sette mesi fa, dopo una lunga malattia e cinque mesi passati in ospedale tra interventi chirurgici, terapia intensiva, reparto, poi di nuovo sala operatoria con alti e bassi, periodi critici alternati a periodi buoni. I medici hanno impiegato più di tre mesi per arrivare alla diagnosi, forse troppi per poterla salvare. Dico forse perché non ho mai avuto nemmeno un colloquio approfondito con un medico, né tanto meno la possibilità di porre domande con la dovuta calma, e ottenere risposte chiare. Mentre ho avuto spesso la sensazione di dare fastidio...

Immagino che per un medico, come per chiunque altro, costi fatica il dover riconoscere i propri limiti ma a volte è necessario. Così come è necessario, e fatigoso, avere un dialogo sincero con i familiari. Quel dialogo è fondamentale perché crea fiducia reciproca e poi perché è un diritto: solo attraverso un'informazione esaustiva i familiari, assieme ai medici, possono prendere le decisioni più opportune.

Se ci fosse stato un dialogo più onesto, oggi forse avrei più certezze e invece, all'immensa tristezza per la perdita di mia figlia, si aggiungono i dubbi se sia stato fatto davvero tutto il possibile. Vorrei che i medici mi ascoltassero per una volta e si rendessero conto che il loro compito non è solo quello di operare o somministrare terapie; il loro ruolo è anche di consigliare e chiedere consiglio, con un po' di umiltà e più rispetto verso gli ammalati. Ne avrebbero giovamento i pazienti e le famiglie, ma anche gli stessi dottori che eviterebbero quel malessere dilagante e le relazioni sempre più conflittuali con i loro assistiti.

Sono lettere che feriscono e devono far riflettere. Per fortuna ci sono anche quelle che parlano di esperienze positive.

Mio cognato ha avuto un pneumotorace e poi un sanguinamento nel polmone. Abbiamo pensato di perderlo ed eravamo disperati. Ma dopo tanta paura tutto si è felicemente risolto grazie all'alta professionalità, alla tempestività dell'intervento dei medici, nonché all'operazione con cui lo staff dell'ospedale ha permesso a mio cognato, dopo la complessa riabilitazione prescritta in questi casi, di tornare fra i suoi cari. Pertanto, mi permetto di rimetterle l'elenco dei magnifici medici, dal primario chirurgo, all'anestesista, al rianimatore, agli specializzandi e ai medici frequentatori sempre presenti al letto dell'ammalato, che si sono adoperati per salvare la vita di una persona ma anche per rendere il percorso di ripresa più sopportabile, affinché lei voglia inviare loro una nota di merito.

Queste considerazioni sono l'espressione di sentimenti diversi, opposti. Dovrebbero rappresentare un pungolo ma anche uno stimolo per riappropriarsi del tempo e della qualità del rapporto con i pazienti e, invece, le critiche sono sovente vissute come atti d'accusa da cui difendersi. Una giovane al terzo anno di specializzazione in gastroenterologia mi ha riferito di un difficile rapporto con il suo primario. Un giorno, durante il giro visite, si era attardata a parlare con un paziente ricoverato per rispondere alle sue domande e fornirgli, con la maggiore precisione di cui era capace, tutte le spiegazioni necessarie per affievolire le sue ansie. Era entrata nei dettagli della terapia per rassicurarlo e fargli capire che la situazione era sotto controllo. Uscendo dalla stanza il suo superiore la chiamò in fondo al corridoio e, davanti a tutto il gruppo degli specializzandi, la umiliò apostrofandola severamente: «Non ti puoi permettere di perdere tutto questo tempo con ogni singolo paziente. Non puoi dare spiegazioni a tutti e poi tanto non le capiscono. E proprio perché non le capiscono alla fine si lamentano e se le

cose vanno storte pensano che sia tutta colpa tua e magari ti denunciano. Lo vuoi capire che qui dentro il paziente è il tuo peggior nemico?». Non edificante per un medico che ha la responsabilità della formazione delle generazioni future.

Del resto, che i medici non siano particolarmente formati all'ascolto è dimostrato dal fatto che in media, dopo meno di venti secondi da quando il paziente ha iniziato a parlare della sua malattia, il medico lo interrompe e inizia a parlare lui. Un atteggiamento che senza dubbio mette a disagio l'interlocutore. Uno studio condotto alcuni anni fa e pubblicato sul "Journal of the American Medical Association", una delle più importanti riviste mediche americane, ha dimostrato come il tempo dedicato al colloquio tra il medico e i pazienti fosse inversamente proporzionale al rischio di denunce: il medico che trascorre meno di quindici minuti dialogando con il paziente corre un rischio di denuncia decisamente maggiore rispetto a quello che ne impiega almeno diciotto. Tre minuti in più dedicati a una migliore comunicazione nell'arco della giornata rappresentano, forse, mezz'ora in più di lavoro ma valgono immensamente se nel bilancio complessivo dell'attività di un medico servono per stabilire un rapporto sereno e di fiducia.

Per contrastare i fenomeni appena descritti, è fondamentale che i medici ridiventino artefici del proprio destino: non devono sentirsi semplici impiegati dell'ospedale ma veri protagonisti di una sanità che lavora anche per elaborare proposte; migliorare i servizi, ridurre gli errori, ottimizzare le risorse. Il medico deve far valere la forza della sua conoscenza e ha nelle sue mani il potere di costruire la credibilità della sua professione agli occhi della società; invece di rinchiudersi offeso, alzando un muro di resistenza, dovrebbe usare le sue capacità per guidare un cambiamento necessario. Sarebbe anche molto utile introdurre un sistema di valutazione del lavoro del medico che, sulla base dei risultati ottenuti, preveda incentivi e premi economici, avanzamenti di carriera e l'attribuzione di maggiori compiti e risorse. E gli stessi pazienti dovrebbero essere chiamati a esprimere il proprio giudizio sul personale di un ospedale, sugli impiegati di uno sportello, sui medici, sugli infermieri e sul livello di empatia perché un sorriso, una carezza, una mano stretta forte hanno senza dubbio un effetto terapeutico e aiutano a sopportare meglio il dolore. È l'«indice della compassione», come lo chiamano in Inghilterra, dove agli ammalati viene chiesto di esprimere un giudizio sul comportamento degli operatori sanitari nei loro confronti; un giudizio di cui si terrà conto nel momento in cui un medico o un infermiere viene sottoposto alla valutazione del lavoro svolto. Certo, la compassione dovrebbe essere un sentimento che appartiene al DNA di chiunque si dedichi alla salute altrui, ma non trovo sbagliato che, oltre alla produttività, anche il calore

umano e l'empatia possano essere considerati elementi qualificanti della professionalità.

Solo attraverso una maggiore responsabilizzazione del singolo medico rispetto al suo ruolo sociale e all'importanza del suo lavoro si potrà sperare di invertire la tendenza allo scoraggiamento diffuso e non costruttivo. Se si trattasse solo di una questione di metodo, il problema sarebbe abbastanza facile da affrontare. Ma nel nostro paese si fatica a fare passi avanti per motivi culturali profondamente radicati, che non riguardano solo la medicina ma attraversano ogni settore della società. Ed è così che veniamo riconosciuti anche all'estero: gli italiani sono dotati di grandi capacità, intuizione e generosità umana, ma spesso solo in ambito individuale o nel contesto familiare. Quando c'è da mettere il proprio talento a disposizione di un progetto più ampio sovente la generosità viene meno per lasciare spazio a comportamenti individualistici. È un problema di grande portata perché impedisce il generale progresso della società in termini culturali, e costituisce un limite allo sviluppo di uno Stato efficiente, solidale, dove tutto funziona meglio grazie al contributo del singolo al bene comune.

Medici assediati, messi sotto accusa dai media per gli episodi di malasanità spesso presentati come la regola e non l'eccezione, sospettati di negligenza da parte dei pazienti, vittime di amministratori che li vorrebbero più efficienti, succubi di chi impone orari, turni, ferie obbligatorie ma anche di chi decide, per tornaconto economico, apparecchiature e fornitori che il medico a volte non può mettere in discussione se non vuole rischiare il posto di lavoro. In questo contesto di forte animosità e di generale scoraggiamento è impossibile che lo scenario si modifichi da solo o sperare in un'autoregolazione. È il momento di cambiare le regole del gioco. E per cambiarle io credo ci sia un solo modo di procedere: azzerare tutto.

Partiamo dalle facoltà di medicina: quante ore sono dedicate all'apprendimento di nozioni e tecnologie sofisticate? Tantissime. Quante ore all'apprendimento del modo con cui colloquiare con i pazienti? E quante a studiare le implicazioni bioetiche che la medicina presenta quasi ogni giorno? Zero. Inseriamo questi corsi nei piani di studi e rendiamoli materie d'esame obbligatorie.

Poi spostiamoci negli ospedali: da domani facciamo valere solo la regola del merito e della valutazione dei risultati di qualità, tutti misurabili. Chiamiamole pagelle, o graduatorie, o più precisamente indicatori e calcoliamo con mezzi che oggi esistono quali siano i risultati ottenuti da ciascun medico, infermiere, reparto nel suo complesso, impiegato amministrativo e direttore generale. E la richiesta di introdurre la valutazione come unico metro di giudizio per chi lavora in sanità dovrebbe arrivare dagli stessi operatori, i primi interessati a una verifica oggettiva di quanto viene fatto e di come viene fatto. Sulla base di un giudizio oggettivo, che

può arrivare solo da un organismo autonomo e *super partes*, che in questo momento non esiste ancora in Italia, i migliori potranno essere premiati e incoraggiati. Potranno far valere le proprie posizioni e acquisire in questo modo anche l'autorevolezza che ogni medico dovrebbe essere in grado di esercitare nel momento in cui la società discute dei problemi della medicina e della sanità.

Viene alla mente la vicenda di un senatore della Pennsylvania, Arlen Specter, eletto per quasi trent'anni al Congresso americano con i repubblicani e passato nel 2009 nelle file dei democratici. Lo avevo conosciuto all'inizio degli anni Novanta, quando contribuì alla decisione di finanziare e realizzare il centro per il trapianto di fegato al servizio dei veterani, che dirigevo.

Nel 2008, si convinse che fosse arrivato il momento di modificare il National Organ Transplant Act del 1984, la legge che regola l'attività di trapianto negli Stati Uniti, in cui è stabilito che nulla di valore può essere scambiato per un organo umano. Specter propose la modifica della legge e l'introduzione di incentivi economici alla donazione sotto forma di assicurazioni sanitarie e sconti fiscali per chi decidesse di donare un organo da vivente e il rimborso delle spese funerarie per la famiglia di un donatore deceduto. Alla notizia di questa proposta, il presidente della società scientifica americana che riunisce tutti i chirurghi che si occupano di trapianti decise di consultare i membri della società inviando loro un'e-mail con alcune domande. Dalle risposte dei chirurghi, quasi tutte negative, la presa di posizione fu netta: non era accettabile nessuna modifica della legge perché in questo modo si apriva la strada al commercio, attribuendo un valore monetario a un organo umano. Forte di questa consultazione il presidente della società scientifica chiese un'audizione al Congresso degli Stati Uniti per affermare la convinzione dei chirurghi: la modifica non si poteva fare, non c'era discussione. Questa posizione rigorosa è stata poi oggetto di un ampio dibattito da parte di altre associazioni, come la National Kidney Foundation, e anche di singoli medici che hanno sentito il dovere di intervenire per far sentire la propria voce a favore o contro l'ipotesi di prevedere dei compensi per la donazione degli organi. I medici hanno espresso i propri convincimenti e, dopo un serrato scambio di opinioni, ha prevalso la visione maggioritaria. Così, per ora, il senatore Specter ha riposto il suo progetto di modifica della legge nel cassetto della scrivania.

Anche io nel novembre del 2008, da presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale e nel mezzo della discussione parlamentare e pubblica sulla legge sul testamento biologico, ho provato a coinvolgere un'importante società scientifica italiana. Chiesi al suo presidente di far esprimere i medici attraverso un questionario elettronico

per conoscere quale fosse l'orientamento maggioritario. I parlamentari avrebbero ascoltato e tenuto in considerazione un'opinione autorevole e, certamente, non avrebbero potuto ignorare la posizione di quegli uomini di scienza. Purtroppo la mia iniziativa non andò a buon fine e, nonostante l'entusiasmo mostrato inizialmente, la consultazione non si fece forse per problemi organizzativi o forse per il timore di affrontare con quesiti diretti un tema considerato quanto meno scomodo. Sarebbe stato importante conoscere la loro posizione, e trovo grave che la maggior parte delle associazioni che rappresentano medici e scienziati nel nostro paese si esprimano molto raramente con affermazioni ufficiali. Spesso qualcuno parla, ma a titolo personale, e quindi si perde la possibilità di influenzare in modo credibile le attività della politica.

È giusto che i medici debbano avere un ruolo di orientamento a livello politico, sociale e culturale? Io sono convinto che anche questo faccia parte della loro missione, perché sono coloro che possiedono conoscenze e competenze specifiche in un settore sempre più complesso. E, soprattutto oggi che la medicina pone delicati interrogativi con implicazioni bioetiche, credo sia un diritto ma anche un dovere partecipare attivamente al dibattito pubblico esercitando tutta l'influenza possibile per guidare i processi di cambiamento e di modernizzazione della società.

Molti si lamentano di come vanno le cose, di come il Parlamento faccia fatica ad approvare le leggi, di come i governi non riescano a portare a termine molte riforme necessarie, ma poi quando è il momento di entrare nel gioco, i più tendono a ritirarsi perdendo autorevolezza e creando un grave danno a tutta la società, che viene privata di un punto di riferimento importantissimo perché non ideologico. L'assenza di una posizione ferma e convinta da parte del mondo medico italiano si è sentita in modo particolare in occasione dell'ampio dibattito emerso sui temi della fine della vita e del testamento biologico.