

BERNARD LOWN: L'arte perduta di guarire

Bernard Lown: L'arte perduta di guarire **Parte II**

(G Ital Cardiol 2009; 10 (10): 677-707)

Titolo originale
The Lost Art of Healing

© 1997 Garzanti
Editore SpA

Traduzione italiana di
Cristina Spinoglio
pubblicata su licenza di
Garzanti Libri SpA,
Milano.

GUARIRE IL PAZIENTE: L'ARTE DEL MEDICO

5. Parole che feriscono

Ascoltare la storia del paziente è l'aspetto più importante dell'arte medica. Il tempo richiesto non è che un piccolo investimento per curare e guarire, anzi una storia è terapeutica di per sé. Le parole sono lo strumento più efficace che il medico possiede, ma le parole, come un'arma a doppio taglio, oltre che guarire possono anche ferire.

Sperimentai per la prima volta il potere micidiale delle parole all'inizio della mia carriera, poco dopo avere iniziato la specializzazione in cardiologia al Peter Bent Brigham Hospital con il dottor Samuel Levine che, una mattina alla settimana, dirigeva l'ambulatorio di cardiologia. Dopo la visita di un medico principiante, arrivava Levine con tutta la sua schiera, valutava il problema e dava consigli sulla diagnosi e sulla cura. Insofferente ai discorsi prolissi, richiedeva una sintesi succinta dei fatti principali e, con una o due domande precise, circoscriveva il problema essenziale. A differenza delle risposte tortuose che davano alle mie domande, a lui i pazienti rispondevano con brevità e precisione. L'interazione che si instaurava era sempre istruttiva. La visita in sé era piuttosto rapida, una palpazione dell'apice del cuore, un colpetto sulla parte inferiore del petto, una breve auscultazione con lo stetoscopio, poi un dialogo platonico che, a gradi, portava a una diagnosi corretta. Dopo alcune parole di incoraggiamento al paziente, Levine passava poi al letto seguente. Ogni visita era significativa: anche se durava raramente più di cinque minuti, imparavo sempre qualcosa di importante.

Era una calda giornata di luglio, prima dell'invenzione dell'aria condizionata. La paziente di quel mattino, una donna di quarant'anni, era in cura all'ambulatorio da più di trent'anni. Levine l'aveva curata per l'atrofia della valvola tricuspidale, dopo un attacco infantile di febbre reumatica. Questa valvola si trova nella parte destra del cuore, e quando si atrofizza, il sangue rifluisce al fegato, all'ad-

dome e agli arti e non ai polmoni. I pazienti con una stenosi alla valvola tricuspidale non hanno il respiro affannoso, ma si gonfiano e spesso hanno il ventre ingrossato come in un avanzato stato di gravidanza.

La signora S., anche se poteva fare solo sforzi limitati, non aveva il respiro affannato e dormiva senza essere sostenuta da pile di cuscini. Anche se le gambe e il ventre erano gonfi di liquido, continuava a lavorare come bibliotecaria. Venerava Levine, il quale a sua volta ammirava la sua forza di carattere e il suo comportamento stoico. I sentimenti di rispetto e affetto reciproco erano molto evidenti. Avevo sentito Levine mormorare: «È una donna coraggiosa e dignitosa», complimento che si permetteva raramente. Anche la signora S. non era eccessivamente espansiva ed era convinta che l'incoraggiamento del suo medico l'aiutasse a tenere duro.

Il giorno del dramma, la signora S. aveva avuto una grave congestione, contro cui le iniezioni diuretiche si erano rivelate inefficaci. I farmaci non riuscivano più a fare espellere ai reni il liquido in eccesso. Il peso rimaneva stabile, ma era un dato ingannevole, poiché, per lo scarso appetito aveva perso tessuto, che era stato sostituito dai liquidi.

Ma come al solito, era ottimista e si aspettava che Levine battesse un colpo della sua bacchetta magica come aveva fatto in passato. Quel mattino Levine era subissato dai visitatori e chiaramente esausto. La sua visita fu più affrettata del solito e l'esame abbastanza superficiale. A rendere più spiacevole l'atmosfera, c'era la solita schiera di medici che gli si affollavano intorno per tentare di cogliere le preziose parole del vecchio maestro. Levine disse che si trattava di un caso di ST, che nel gergo medico significava stenosi della tricuspidale. Mentre molti medici indugiavano dopo la visita, la donna, di solito taciturna, si fece sempre più ansiosa e visibilmente agitata. Finalmente, quando fu lasciata sola, mormorò: «Questa è la fine».

Cercai una ragione della sua inquietudine, mentre sul suo volto si diffondeva il terrore: «Il dottor Levine ha detto che ho lo ST», rispose.

«Sì, certo, ha lo ST», confermai.

Cominciò a piangere piano, come se avesse perso ogni speranza.

«Cosa pensa che significhi ST?», chiesi.

Quasi scoppiò a ridere quando rispose: «Penso che significhi situazione terminale».

Le dissi che il dottor Levine aveva utilizzato il termine ST come abbreviazione per stenosi della tricuspid, ma non mi ascoltava già più. Osservai con preoccupazione che il suo respiro stava diventando sempre più stentato e più rapido. Per la prima volta era incapace di stare distesa, la mancanza di respiro la obbligava a sedersi.

Dopo averla visitata di nuovo, fui sorpreso nel constatare rantoli umidi nella parte superiore del petto, che rivelavano una grave congestione ai polmoni. Pochi minuti dopo, erano completamente inondati. La radiografia al torace confermò la presenza massiccia di liquido e la paziente venne immediatamente ricoverata. Nessuno degli accorgimenti abituali, come ossigeno, morfina o diuretici, fecero effetto. Ebbi il coraggio di telefonare a Levine nel suo studio privato, ma quando gli dissi cosa stava succedendo dalla sua voce dubbiosa capii che non credeva alla mia storia. Commentò che i pazienti con una stenosi della tricuspid non hanno questi segni clinici. Promise tuttavia di vederla verso le 19, dopo avere finito di visitare i suoi pazienti privati. Prima che riuscisse a togliere quello che sembrava un maleficio, la donna fu stroncata da un edema polmonare e morì. I pazienti con stenosi alla tricuspid si logorano gradualmente e muoiono lentamente, non con una congestione ai polmoni. La congestione è il risultato di un'insufficienza del ventricolo sinistro, ma il suo ventricolo sinistro non era danneggiato. Quando morì, mi sentii paralizzato e inorridito.

In tutta la mia carriera medica, mi è successo spesso di constatare reazioni analoghe alle parole del medico, anche se meno drammatiche. Una volta, ero ancora in specializzazione, stavo facendo le visite con il medico di turno, che curava un paziente per un recente attacco di cuore. Era l'inizio di novembre e il paziente chiese se poteva tornare a casa per il giorno del Ringraziamento. Il dottore, con assoluta mancanza di tatto, rispose che sarebbe stato fortunato a tornare a casa per Natale. Non appena queste parole furono pronunciate, il paziente perse conoscenza per un improvviso attacco di tachicardia. Fu rianimato con difficoltà da un imminente attacco cardiaco.

In un grosso ospedale è quasi impossibile proteggere il paziente dalle parole degli inesperti o degli imprudenti. Le parole inopportune possono nuocere quanto una ferita fisica. Ricordo di avere visitato un paziente in via di guarigione da un attacco di cuore. Il malato sembrava scoraggiato, il polso era rapido e con tutta evidenza stava per avere una congestione cardiaca. Poiché non c'erano ragioni per un evento di questo tipo, immaginai che avesse ricevuto brutte notizie da casa.

«Signor Jackson, perché è così abbattuto e depresso?», chiesi.

«Lo sarebbe chiunque dopo avere sentito quello che ho sentito io», rispose.

«Che cosa?».

«L'internista mi ha detto che ho avuto un attacco di cuore, l'assistente mi ha confidato che si trattava di un in-

farto acuto del miocardio, l'aiuto la definisce trombosi coronarica, mentre il medico di guardia propende per un grave episodio ischemico. In nome di Dio, come si può sopravvivere con un cuore così malandato? Quel che è peggio», continuò, «quando ho chiesto all'infermiera cosa è successo, mi ha detto che sarebbe stato meglio non fare domande».

Tutti questi termini erano sinonimi di una stessa condizione. Una parola inopportuna o mal scelta, può spingere il paziente alla disperazione e fargli immaginare il peggio.

I medici non dovrebbero mai infondere nei pazienti l'incertezza e la paura, ma purtroppo questo succede spesso. Molti pazienti chiedono un secondo parere sulla necessità di applicare chirurgicamente un by-pass coronarico o una valvola cardiaca. Sono spesso ansiosi e pieni di un'apprensione morbosa. Con disappunto, sono venuto a sapere che queste emozioni sono per lo più iatrogene, cioè sono frutto del linguaggio dei medici. Per anni, ho preso nota di molte espressioni infelici riportate da pazienti che le avevano sentite da un altro medico. Poiché è mia consuetudine vedere insieme marito e moglie, ho registrato soltanto le espressioni ripetute da ciascuno dei due indipendentemente e ne ho accumulate centinaia. Quelle che seguono sono tra le più comuni.

«Lei sta vivendo dei giorni presi a prestito».

«Sta andando rapidamente verso il declino».

«Il prossimo battito del suo cuore sarà l'ultimo».

«Può avere un attacco cardiaco da un momento all'altro».

«L'angelo della morte veglia su di lei».

Ho sentito molte variazioni della frase «Lei ha una bomba a orologeria nel petto» e «Lei è una bomba a orologeria che cammina». Un cardiologo indicò un'arteria ostruita in un angiogramma e informò la moglie del paziente: «Certo questo vaso sanguigno ristretto è un buon segno di vedovanza». Un altro paziente raccontava che il suo medico aveva detto: «Il solo pensiero della sua anatomia mi spaventa».

Un paziente che aveva avuto un attacco al cuore ed era restio a sottoporsi a un'operazione per l'applicazione di un by-pass mi sussurrò: «Il medico mi ha detto che non può garantire che il prossimo attacco cardiaco non sarà l'ultimo». L'urgenza dell'operazione fu comunicata a un altro paziente con queste parole: «L'operazione deve essere fatta subito, preferibilmente ieri».

Un paziente che aveva avuto un attacco cardiaco arrivò al pronto soccorso con una tachicardia ventricolare, un grave disturbo del ritmo cardiaco, e raccontò, come particolare inquietante, che un medico aveva cominciato a gridare: «Lo stiamo perdendo! Lo stiamo perdendo!».

Questo è solo un piccolo campione e trovo assai grave la frequenza con cui parole tanto terribili vengono pronunciate. A volte possono venire prontamente smentite, ma spesso possono provocare danni psicologici gravissimi.

Non serviva più un altro parere.

Il signor Glimp aveva quasi settant'anni e viveva in Florida. La sua testa di capelli bianchi non si accordava con l'aspetto giovanile privo di rughe e con gli occhi azzurri sorridenti, ma c'era in lui una tristezza senza fine quando si ri-

volse alla moglie, una donna ancora piacente. «Diglielo», disse dopo avere tentato inutilmente di trovare le parole giuste. Il braccio destro era immobilizzato al gomito, conseguenza di un recente incidente. Nella sua fisionomia nulla lasciava spazio al dubbio. Perché dunque desiderava chiudere la stalla dopo che erano scappati i cavalli? Perché aveva viaggiato fino a Boston per chiedermi un parere? L'operazione per applicare il by-pass era già avvenuta.

«Non sono mai stato malato un giorno in vita mia», disse.

«Ma soffriva di angina» (è il sintomo che più comunemente porta alle operazioni delle coronarie) «e questo è il motivo per cui ha avuto l'operazione».

«Che cos'è?», rispose.

«Tensione al petto o pressione quando si è sotto sforzo». Posai una mano aperta sullo sterno, il punto del dolore anginoso.

«No, mai», disse con enfasi, la voce spezzata dall'emozione.

«Quali sintomi hanno reso necessaria l'operazione?».

«Dottore, mi lasci spiegare. Sono stato sano per tutta la mia vita, ho preso appena qualche aspirina. Ho deciso di fare un check-up. Una clinica famosa con un'ottima reputazione aveva traslocato nelle vicinanze. Ci andai soltanto per un check-up. Era venerdì mattina. Il medico pensò che dovessi fare un test sotto sforzo per maggior sicurezza. Dopo avere evidenziato qualche disturbo, consigliò un esame al tallio. La clinica è molto efficiente, ti fanno passare da un esame all'altro senza farti aspettare. Dopo il tallio, mi disse che avevo un disturbo grave. Bisognava applicare un catetere senza indugiare. Spiegò che il cateterismo avrebbe fornito un quadro delle mie arterie coronariche. Gli davo fiducia perché era molto simpatico. In poche parole mi disse che avevo poca scelta, il cateterismo cardiaco è soltanto un esame senza rischi, considerato affidabile da tutti. Non era opportuno rimandare perché avrei potuto avere un attacco fatale da un momento all'altro. Che scelta avevo?».

Tutto questo fu detto in modo esitante, interrotto da pause, le parole emesse con un sibilo rauco e frammezzate da saliva.

La moglie continuò il racconto. «Alla fine del pomeriggio di venerdì cominciai a preoccuparmi perché Harold tardava tanto a tornare. Dopotutto era solo un esame di routine. La mia preoccupazione si trasformò in panico quando il dottor P. telefonò e mi disse di andare subito perché Harold aveva un "grave malessere". Giunsi alla clinica più morta che viva. Il dottore mi aspettava per farmi vedere il filmato con le coronarie di Harold. Ma cosa ne sapevo io di coronarie? Sembravano vermi bianchi che si contorcevano. Il dottore mi fece presente che tutte le arterie principali erano ostruite. Mi sentii di sasso quando disse che Harold era un morto che cammina. D'accordo con lui, pensai che non potevamo permetterci di aspettare: «Può morire da un momento all'altro. Chiesi: "Dove devo firmare?". "Non deve firmare, l'ha già fatto Harold". Sentii che Dio ci proteggeva. L'avevamo scampata per un pelo! Ora eravamo in buone mani. Il dottore disse che eravamo fortunati; c'era un posto nella lista del programma operatorio per il giorno seguente, che era sabato. Mentre era in sala operatoria, Harold ebbe un grave attacco cardiaco. I medici non sapevano se ce l'avrebbe fatta. La sfortuna non l'aveva abbandonato. Due giorni dopo, il lunedì, ebbe un colpo apoplettico. L'operazione era necessaria? Il medico ne era convinto. Dopo quel-

lo che era successo, era sconvolto. Era un uomo perbene, non certo un affarista. Avevo fiducia in lui e pensavo che ogni minuto perso poteva costare la vita a Harold».

La signora Glimp era confusa e costernata. Prima dell'operazione il marito era calmo, imperturbabile, ottimista. Ora era depresso e piangeva spesso.

Ma cosa si aspettavano da me? Il danno era fatto. Nessuno poteva riaggiustare il suo cervello danneggiato o mettere a posto il cuore. Chiesi perché non avevano chiesto un secondo parere prima dell'operazione. Sembrarono entrambi sorpresi per quella che sembrò loro una domanda insensata. Dove andare per un secondo parere e perché? Il dottore aveva detto che c'erano tre ostruzioni e che non poteva andare peggio.

La moglie era adirata: «Se la sua casa va a fuoco, chiedo un altro parere? Chiama i pompieri. Pensavamo di avere fatto la stessa cosa. Il dottore aveva detto che poiché il cuore era sano, l'operazione non presentava problemi».

Il paziente aveva un cuore normale ed era asintomatico. Pazienti di questo tipo non hanno bisogno di operazioni. Si raccomanda un'operazione per impedire una morte subitanea o un attacco cardiaco. Ma se il muscolo cardiaco è intatto, la vita non viene prolungata né un attacco cardiaco impedito con un innesto alle coronarie. Con poche eccezioni, quando un medico afferma che una situazione clinica è pericolosa, la maggioranza delle persone, dimenticando la scarsa fiducia che di solito hanno nei medici, ci pensano due volte prima di mettere in discussione il parere del dottore.

Ci sono due semplici regole pratiche. La prima: quando un paziente è asintomatico o ha avuto qualche raro episodio di angina, raramente c'è bisogno di un'urgenza chirurgica. C'è sempre tempo per richiedere un altro parere. La seconda: se il medico ricorre a una strategia della paura, utilizza frasi minacciose e fa una prognosi infausta se l'intervento prescritto non è accettato, non bisogna fidarsi di lui. Un medico che espone la fascia a lutto è un affarista oppure un ciarlatano che non ha perso con l'età un infantile desiderio di onnipotenza. Quando avrete un secondo parere, dite subito che le analisi invasive consigliate saranno fatte in un altro ospedale. Il medico che esegue la visita non deve avere nessun incentivo economico dalla procedura che prescrive.

I medici e le loro famiglie non sono immuni dai danni dovuti a parole incaute. Il dottor S.N., psichiatra, aveva avuto gravi attacchi di aritmia, che erano stati diagnosticati come tachicardia ventricolare. Il medico gli aveva detto che avrebbe potuto essere fatale e che ci sarebbe stato bisogno di impiantare un dispositivo elettrico nel torace per far cessare il ritmo pericoloso in qualsiasi momento si fosse verificato. La procedura era costosa e non senza complicazioni. La signora N., la moglie, che aveva letto articoli su questi dispositivi, era fermamente contraria. Dopo un lungo matrimonio, il dottor N. teneva in gran conto il prodigioso intuito della moglie. D'altra parte, aveva fiducia nel suo esperto cardiologo. Venne comunque a Boston per una seconda opinione.

Dalla sua storia, venni a sapere che gli attacchi erano brevi e non gli avevano mai provocato né perdita di conoscenza né vertigini. Aveva semplicemente delle palpitazioni. Inoltre, l'intervallo tra i tre episodi parossistici che aveva avu-

to era di quattro e più anni. Potei identificare dei fattori precipitanti che potevano essere evitati e quindi mi pronunciai contro l'applicazione del dispositivo. Il medico si sentì sollevato, ma la moglie continuava a essere apprensiva.

Quando parlai con la signora N. da sola, mi disse che il loro cardiologo, risentito perché non avevano seguito il suo consiglio, le aveva chiesto: «Può vivere in pace con se stessa pensando che una mattina si può svegliare e trovare suo marito morto accanto a lei, pur sapendo che questo dispositivo gli avrebbe salvato la vita?». Certamente si chiedeva perché mai un medico poteva dire queste cose se non fossero state vere. Come poteva fidarsi del mio giudizio e di qualsiasi altra prognosi umana, quindi fallibile? Potei fare ben poco per rassicurarla e quando lasciai il mio studio era ancora impaurita e angosciata.

Criticare gli altri medici

Poiché la medicina è un grosso affare commerciale e la competitività cresce di giorno in giorno, non è raro sentire medici o ospedali criticarsi l'un l'altro nel tentativo di reclutare i pazienti. Fare una critica al medico curante di un paziente è estremamente insidioso. I medici dovrebbero essere caritatevoli l'uno con l'altro perché anche un clinico eccezionale può fare errori. Inoltre, il racconto di un paziente sugli sbagli di un collega è solo un lato della medaglia. Molti sono convinti, spesso giustamente, che i medici si coprano l'uno con l'altro e ben di rado si facciano la spia, anche quando sono consapevoli di una pratica sbagliata o sono stati testimoni di errori o scorrettezze da parte dei colleghi. Questo tipo di comportamento biasimevole non dovrebbe mai essere tollerato, ma prima di condannare bisogna essere attenti ad ascoltare le due parti.

Troppo spesso sento i medici parlare male dei colleghi soltanto perché non sono d'accordo con la loro linea di condotta. Sentire un medico denigrare un collega può demoralizzare il paziente. Può anche avere un effetto boomerang, minando la fiducia nel medico intemperante e diminuendo il prestigio di una professione che ha sempre maggior bisogno di apparire affidabile. Infine, può addirittura compromettere la professionalità di un medico.

Molti dei miei pazienti mi hanno detto che i loro medici reagivano male quando lasciavano intendere di desiderare un altro parere. Un cardiologo di New York ha detto: «Lei non ha bisogno di un altro parere. La mando da lui, ma potrebbe spendere meglio i suoi soldi, per esempio in beneficenza».

Una volta ricevetti una telefonata allarmata da un paziente di Filadelfia che avevo visto tre mesi prima. Aveva un grave problema al cuore che non migliorava. Ma dopo che ebbi modificato la terapia e aggiunto un nuovo farmaco, era stato in grado di ritornare a lavorare e di riprendere una vita normale.

«Cosa succede?», chiesi con una certa apprensione.

«Non è cambiato nulla. Mi sentivo benissimo finché non ho visto il cardiologo, oggi. Le ripeto le sue parole esatte: "Sono stupito che Lown le abbia dato questo farmaco, che per lei è un veleno. Prima o poi, avrà una grave complicazione"».

Anche se la nuova terapia funzionava bene, il paziente era scoraggiato e fu molto difficile ridargli fiducia.

Una ferita che non si cicatrizza

I medici di solito non riconoscono l'influenza delle parole nel provocare dolore e contribuire alla malattia. Quando ero alla Johns Hopkins Medical School, alla facoltà c'era uno psicofisiologo non ortodosso, il dottor Horsley Gant. Era l'unico discepolo americano del grande fisiologo russo Ivan Petrovich Pavlov. Gant aveva condizionato dei cani, in modo che il polso accelerava e la pressione saliva, somministrando una lieve scarica elettrica alla zampa dopo il suono di un campanello. Dopo numerose ripetizioni, anche il più lieve accenno di campanello provocava l'aumento del ritmo cardiaco e della pressione anche senza scarica elettrica. Questa risposta cardiovascolare al campanello non diminuiva con il tempo. Dopo parecchi mesi, il ritmo cardiaco e la pressione aumentavano al suono di un qualsiasi campanello.

Invariabilmente, una risposta a uno stimolo condizionato non doloroso con il tempo si affievolisce, e poi si estingue del tutto se non viene rinforzata. Secondo Gant, le risposte cardiache a stimoli dolorosi potevano essere sempre rievocate. Affermava che il cuore acquisiva una memoria indelebile e definiva il fenomeno «schizocinesi», una condizione che ho riscontrato in numerosi pazienti.

Queste risposte riflesse si fissano in modo permanente nel sistema nervoso. A differenza della maggioranza degli eventi neutri, che svaniscono senza lasciare traccia, le esperienze dolorose, paurose o minacciose si fissano nel cervello come se fossero programmate geneticamente. Purtroppo i ricordi piacevoli svaniscono, mentre durano soltanto quelli negativi. Per milioni di anni, la paura è stato il maestro migliore, quello che avvertiva del pericolo. Il repertorio di risposte neurofisiologiche al dolore persiste perché ha un valore di sopravvivenza. Per gli uomini di oggi, può avere una funzione meno adattativa, ma non ha perso affatto il suo potere formativo. Tuttavia le tracce mnestiche del dolore possono deformare le risposte fisiologiche normali ed essere fonte di fissazioni morbide che possono minare la salute.

Dopo una lunga assenza, la signora Z. era ritornata alla clinica per un nuovo controllo. Capelli biondo scuro e occhi azzurri scintillanti adornavano un volto semplice e grazioso. La sua pelle aveva il pallore trasparente delle madonne medioevali. A quarantasei anni aveva ancora un'allegria giovanile e spensierata, forse a causa degli anni passati a insegnare. Parecchi anni prima, i medici le avevano trovato frequenti extrasistole ventricolari, o cuore a sobbalzo; e le fu detto che, per il prolasso della valvola mitralica, poteva morire da un momento all'altro. Terrorizzata, assunse diversi farmaci, senza però tollerarne alcuno.

Quando vidi la signora Z. per la prima volta, era molto riservata e rispondeva alle domande come immersa in un sonno profondo. Tremava e a volte diceva frasi incoerenti. Stava prendendo due farmaci che le causavano letargia, sonnolenza, debolezza, attacchi d'ulcera e insonnia. Malgrado queste condizioni, era troppo impaurita per smettere la cura.

Un esame attento rivelò un cuore completamente normale tranne per un leggero prolasso della valvola mitralica che era del tutto innocuo. I suoi battiti a sobbalzo furono ignorati e dimenticati. Le feci smettere tutti i farmaci,

la esortai a riprendere una vita normale e a ritornare a insegnare. Si risvegliò da un incubo, da una visita annuale all'altra il suo carattere si trasformò completamente. Era piena di allegria e facile al riso.

Erano ormai trascorsi cinque anni. La signora Z. fu dapprima visitata dai miei allievi, che la definirono completamente guarita. Quando entrai con un altro assistente per esaminarla a mia volta, stava leggendo un libro sull'insegnamento della letteratura inglese nei licei. Chiacchierammo un po' sulla difficoltà di insegnare quando la maggior parte dei giovani considera la lettura antiquata. Continuavo a pensare all'argomento e senza riflettere commentai: «Sicuramente lei ha dei problemi».

Si alzò di scatto, la paura dipinta sul suo bel viso, il collo di un cremisi livido, e cominciò a tremare come aveva fatto la prima volta che l'avevo vista. «Cosa intende? Cosa intende dire, dottore?». Era una supplica disperata più di una domanda. In un attimo questa donna tranquilla era stata trasfigurata dalla paura.

Sapevo che in situazioni del genere si ottiene una maggiore efficacia se non ci si rivolge al paziente, ma al proprio collaboratore. Invece di rassicurarla parlandole direttamente, mi rivolsi all'assistente, ignorandola del tutto e commentando quello che era appena successo.

«Parlavo dei problemi che gli insegnanti di inglese hanno in questo nostro paese e questa povera donna ha pensato che mi riferissi al suo cuore. Credevo di averla convinta che va tutto bene, ma una ferita, una volta inflitta, non si cicatrizza più e qualsiasi circostanza può farla riaprire». Mi interruppe: «Oh! Grazie a Dio! Sono così sollevata. Pensavo che parlasse del mio cuore».

Perché i medici utilizzano queste parole?

Perché molti medici dipingono ai loro pazienti scenari terribili? La psicologia più elementare insegna che la paura non può indurre un comportamento costruttivo. Invece di mobilitare le risorse interne dei pazienti, questi discorsi annientano la speranza e compromettono la possibilità di prendere decisioni intelligenti. Quel che è peggio, le emozioni negative aggravano i sintomi, ostacolando il processo di guarigione e peggiorando la prognosi. La malattia avvilisce il senso del sé, rendendo i pazienti particolarmente vulnerabili alle parole del medico da cui dipendono per guarire e per mantenersi in vita.

Non c'è una risposta uniforme per spiegare le espressioni catastrofiche di cui si avvalgono i medici. Il loro linguaggio è strettamente collegato allo spirito della nostra cultura. I fatti clinici sono riportati con tono grave, che provoca ansia, e il preconetto che per essere ascoltati bisogna essere sgradevoli è diventato diffuso nella prognosi medica quanto nelle previsioni del tempo. Si presenta lo scenario diagnostico più fosco possibile, convinti che non devono esserci equivoci. Il risultato finale è che i medici, secondo le parole di Reinhold Niebuhr, capiscono bene, agiscono male e giustificano il male dicendo che avevano capito bene.

Un'altra spiegazione possibile è che in tempi di contenzioso i medici si sentano obbligati, per premunirsi dal punto di vista legale, a dire al paziente la verità nuda e cruda. Confrontati con estranei che possono intentare loro una causa, i medici sono persuasi che il pessimismo possa pro-

teggerli contro eventuali colpe future. In realtà questo comportamento insensibile può solo spargere i semi per ulteriori contese (vedi capitolo 10). Quando un medico non ha l'accortezza di addolcire una previsione infausta con parole gentili, il paziente è ferito dalla sua assenza di compassione. I medici in questo modo tolgono professionalità a un rapporto che, per essere efficace, deve essere nutrito di rispetto e di fiducia. È la mancanza di fiducia che apre le porte dei tribunali.

Come può il medico imboccare una strada che comporta tanti rischi e disagi? Una difficoltà, afferma Norman Cousins, può essere concepita come un problema da risolvere o come un'inesorabile sentenza di morte. Perché scegliere quest'ultima?

La svalutazione dei valori umani inizia alla facoltà di medicina. Non è certo la strada migliore cominciare a studiare medicina sezionando un cadavere al corso di anatomia. Per superarne il disgusto, si considera il corpo sotto formalina come un oggetto inanimato, dimenticando che è stato un essere umano. È solo l'inizio di un indottrinamento sistematico che durerà quattro anni, il cui scopo è quello di dare una formazione scientifica senza curarsi di affinare la sensibilità ai rapporti umani. Il giovane medico non è formato all'arte di ascoltare e il suo interesse non viene stimolato. Più tardi, i fattori economici comprometteranno ulteriormente la disponibilità ad ascoltare. Il pessimismo predispone il paziente a essere accondiscendente e passivo ed evita al medico di passare troppo tempo a spiegare.

Interviene anche un altro fattore. I medici raramente sono sicuri delle loro motivazioni. Di fronte a una grave operazione, è naturale che un paziente cerchi pareri alternativi. Un'analisi troppo approfondita può rivelare che le certezze sulla prognosi sono solo una certezza superficiale, una copertura. Se si basa invece su studi epidemiologici che definiscono le probabilità per un'ampia popolazione, un medico informato può fornire pronostici precisi. Il paziente tuttavia non è un semplice dato statistico, non lo tocca l'andamento generale ed è desideroso di conoscere il proprio caso personale. I medici imparano in fretta che un tono perentorio e una formulazione dogmatica scoraggiano ogni tentativo di chiarificazione e danno un taglio netto a ogni questione.

Le prognosi severe possono essere una forma di attività promozionale. L'utilizzazione di tecnologie sempre più sofisticate, alcune delle quali di dubbia utilità, rende necessaria l'accettazione da parte dell'utente. Creare timori sulla sopravvivenza indebolisce le resistenze all'acquisto e trasforma i pazienti in clienti arrendevoli.

Quello che sto dicendo irriterà molti medici che non praticano la chirurgia, non si spartiscono i compensi né eseguono personalmente tecniche invasive e costose. Hanno certamente ragione. Ma molti altri medici sono ben consapevoli di essere diventati docili mercanti di tecniche terapeutiche. Fin dall'università hanno imparato ad amareggiare con la tecnologia. La loro formazione sottolinea che il modo migliore per aiutare un paziente è costituito da una batteria di esami esaurienti, preceduti da un'anamnesi frettolosa. Scarso interesse è attribuito al colloquio poiché il paziente è subito indirizzato allo specialista e sottoposto a una moltitudine di esami. Questo modello è quasi unanimemente considerato il migliore sia dal punto di vista scientifico che morale.

L'ospedale, dove i medici acquisiscono poi la maggior parte della loro conoscenza empirica e prendono abitudini professionali durature, è un luogo di raffinata tecnologia e di alta specializzazione. Più di una volta mi sono scontrato con l'équipe che voleva dimettere troppo rapidamente uno dei miei pazienti. Quando protestavo, ricevevo sempre la stessa risposta: perché occupare un letto prezioso quando le analisi sono state completate e non c'è indicazione chirurgica? Poco importa che le condizioni cliniche rimangano vaghe o che il programma terapeutico per un disturbo cronico non sia ancora stato definito, o che il paziente, che vive solo, sia troppo debilitato per prendersi cura di sé.

Un altro fattore che condiziona la pratica medica è la convinzione di medici e pazienti che tutto ciò che è rotto debba venire riparato. Una volta i pazienti convivevano con molti dei sintomi: bastava assicurarli della loro innocuità. Dolori, fatica, smemoratezza e insonnia temporanea fanno parte della vita. La smania di diagnosticare o curare l'incurabile e di pronosticare l'imprevedibile non è solo una forma di arroganza, ma apre un vaso di Pandora con conseguenze pericolose. Ma non penso ai rischi di sottovalutare segni o sintomi che potrebbero essere manifestazioni iniziali di una malattia? La cosiddetta esplorazione diagnostica non è forse un ben piccolo prezzo di fronte alla diagnosi di una malattia grave ma potenzialmente curabile? La risposta è semplice. Nella stragrande maggioranza dei casi, un'anamnesi attenta, una visita completa e poche analisi danno al medico la certezza che non c'è niente di grave. In genere le malattie non sono catastrofiche e il tempo dimostrerà la necessità di ulteriori indagini.

C'è un'altra considerazione. I medici, come chiunque altro, sono il prodotto di una cultura che consuma tecnologie e la loro tendenza ad affidarsi a esse è accresciuta dall'assurda caccia a ogni possibile anomalia o stranezza diagnostica. In questa sorta di gara, aumenta il prestigio di quel medico che sospetta ragionevolmente l'esistenza di un disturbo raro. Per vincere la competizione è necessario sottoporre il paziente a ogni sorta di esami. Le facoltà di medicina e gli ospedali pullulano di medici ingaggiati in una lotta senza quartiere per far carriera nel mondo accademico. Sono richieste pubblicazioni e, affinché gli articoli siano accettati su riviste importanti, bisogna avere dati su larga scala. In quale altro modo accumulare dati, se non trasformando ignari pazienti in cavie soggette a salassi ed esami d'ogni tipo? La formazione alla professione medica considera queste pratiche il massimo della medicina cosiddetta scientifica.

Ma ritorniamo all'argomento iniziale. Qualunque sia lo stimolo per accertamenti ad ampio raggio, qualunque sia il desiderio o l'impazienza di imparare, l'utilizzazione di un linguaggio perentorio e assolutista assicura la sottomissione del paziente. Anche se egli può trarre solo un minimo giovamento dalle torture di un check-up completo, la retorica deve essere convincente: nulla sarà più efficace dell'insinuazione che il benessere e la sopravvivenza dipenderanno dai risultati delle analisi. Anche il paziente più intelligente e più scettico soccomberà immediatamente a un'argomentazione così persuasiva.

I pazienti sono spesso complici consenzienti dell'ingragnaggio che vede il medico irretito nell'immenso complesso medico industriale. Inquieti e desiderosi di assicurazioni,

si prestano senza batter ciglio ad analisi e visite specialistiche senza fine. Non è raro che i parenti mi chiedano con insistenza che nulla rimanga intentato per sapere quel che non va e per trovare una cura. Anche se i pazienti si lamentano dell'indifferenza dei medici e del loro linguaggio crudo, questa apparente disumanità è considerata il prezzo inevitabile della medicina scientifica.

A volte mi sento scoraggiato quando il paziente non si accorge neppure quanto tempo io passi per ottenere un'anamnesi accurata che mi informi sulla situazione. Eppure, appena lo introduco nello studio, dove in un angolo troneggia un fluoroscopio mastodontico come un animale preistorico con un quadro di comando degno di un aeroplano, il paziente rimane impressionato e gli posso leggere nel pensiero: «Sono fortunato perché sono capitato in uno studio munito degli strumenti più sofisticati» oppure «Utilizzerà questa macchina meravigliosa su di me?». La credenza infantile nella magia della tecnologia è una delle ragioni per cui il pubblico americano sopporta una medicina disumana.

Ma qualsiasi sia la spiegazione, non c'è alcuna giustificazione per aggredire i pazienti con un linguaggio che intimidisce e intimorisce: le scelte non devono essere indotte con la paura. Se in medicina deve esserci un'alleanza, l'alleato più autorevole è il paziente, a cui spetta la parola decisiva.

6. Parole che guariscono

Anche se talvolta feriscono, le parole di un medico hanno un potenziale di guarigione di gran lunga superiore. Il processo di guarigione richiede qualcosa di più della scienza: deve mobilitare le aspettative positive dei pazienti e la loro fiducia stimolante nel sostegno dei medici. Poche cure sono più efficaci di una parola scelta attentamente: i pazienti, infatti, desiderano essere curati e la cura per lo più è dispensata dalle parole. Il colloquio, spesso terapeutico di per sé, è uno strumento troppo spesso sottovalutato, anche se l'esperienza medica è ricca di esempi sul potere risanatore delle parole.

Personalmente cerco di essere ottimista anche nella situazione più cupa, il che non implica travisare la verità, bensì essere fedele al compito più alto della medicina: aiutare, cioè, il paziente a resistere quando la situazione è senza speranza e a guarire ogniqualvolta sia anche solo vagamente possibile.

Ricorro a due diverse linee di condotta, una per i pazienti malati di cuore, l'altra per i pazienti sani. Una volta finita la visita di un paziente con gravi problemi alle coronarie, lo invito a entrare con il coniuge nel mio studio per una sintesi dettagliata della situazione. Illustro con esattezza le possibili complicazioni e gli esiti di un disturbo alle coronarie, compresa la possibilità di una morte improvvisa. Per molti medici, questo è un argomento tabù, ma mi è difficile immaginare che un paziente intelligente con un disturbo alle coronarie non sia consapevole di questa possibilità. Anche se il medico non ne parla, il paziente ci penserà sicuramente. Spesso ognuno di noi si sveglia da un sonno profondo, sopraffatto dalla paura, con il pensiero di avere qualche sintomo di tumore e di qualche altra malattia mortale. Per i pazienti coronarici anche un sintomo ba-

nale, soprattutto nel cuore della notte, può essere letto come un presagio di morte improvvisa. La paura e il senso di impotenza sono accresciuti dal fatto che questi timori non possono essere condivisi con la famiglia o con gli amici.

Il mio discorso sulla morte subitanea è invariabilmente accompagnato da un silenzio pieno di tensione. Il paziente e la moglie si guardano e vorrebbero chiaramente essere altrove. Raramente interrompono con domande. Dopo avere spiegato dettagliatamente i pericoli, concludo pressappoco così: «Sollevo la questione perché non c'è alcuna probabilità che lei muoia improvvisamente nei prossimi anni. Questa conclusione si basa sulla visita di oggi. Non ho mai visto morire improvvisamente un paziente che, come lei, non presenti irregolarità cardiaca in ventiquattr'ore di monitoraggio, abbia un ventricolo sinistro che si contrae normalmente e sia capace di esercizio per più di nove minuti con un ritmo cardiaco e una pressione normali. Questi buoni risultati sono la base della mia fiducia per una prognosi favorevole».

Quando il paziente lascia il mio studio, si percepisce nettamente un crollo di tensione. Diversi anni fa ho avuto una giovane segretaria molto brillante che (dopo la visita di un paziente di questo tipo), come se qualcosa l'avesse tormentata a lungo, chiese infine: «Dottore, lei dà dell'erba ai suoi pazienti?».

«Cosa?», esclamai esterrefatto.

«Della marijuana, dell'erba?», ripeté.

Preso alla sprovvista, chiesi perché mi facesse una domanda così strana.

«Escono dallo studio come inebetiti, sono come drogati e sembrano completamente nelle nuvole. Se vengono da fuori, chiedono qual è il migliore ristorante di Boston perché vogliono festeggiare».

Mi chiedo spesso quale sia l'origine del mio ottimismo clinico. Certamente in parte è un'eredità del mio grande maestro, il dottor Samuel A. Levine, che è rimasto un modello per tutta la vita. Eccellente diagnostico, la sua capacità nel trattare i malati gravi era ancora più prodigiosa. Quando si trovava al capezzale di un malato, era animato dal buonumore e da un inguaribile ottimismo, pur rimanendo ancorato alle solide fondamenta di una valutazione realistica. Levine, nell'interesse del paziente, sottolineava l'importanza di essere costruttivi. «Quando un medico fa una prognosi infausta o, peggio ancora, quando dice che il paziente morirà e il suo calcolo si rivela sbagliato, è l'intera categoria dei medici a soffrirne. Di solito è meglio lasciare la porta socchiusa, anche nelle circostanze più gravi».

Un certo numero di teorie che Levine aveva proposto si sono poi rivelate sbagliate, molti dei farmaci che prescriveva si sono dimostrati insufficienti e sono stati sostituiti da altri più efficaci. Ma il suo approccio ai pazienti rimane valido. Anzi, ha ancora maggiore rilevanza oggi, nell'epoca della tecnologia impersonale. Spesso ho sentito Levine inquietarsi che l'età d'oro della medicina stesse tramontando, poiché la preoccupazione per il malato stava per essere sostituita dalla preoccupazione per la malattia.

Appena si avvicinava a un paziente, l'ottimismo permeava ogni sua parola. Quando Sal, come lo chiamavamo, finiva la visita e stava per lasciare il letto del paziente, metteva sempre amichevolmente la mano sulla sua spalla e diceva tranquillamente: «Va tutto bene».

Quando Levine era ormai malato in fase terminale, ereditai qualcuno dei suoi clienti, tra cui un malato di cuore, A.B., che ho poi seguito per più di trent'anni. Durante una visita, non molto tempo fa, egli si ricordò di essere stato ricoverato, nel 1960, al Peter Bent Brigham Hospital, per un accesso di febbre alta. Levine aveva diagnosticato un'endocardite batterica subacuta, una infezione potenzialmente letale se si innesta su una valvola cardiaca danneggiata. Prima dell'epoca degli antibiotici, era mortale quasi nel 100% dei casi e anche ora è una malattia grave. «Levine mi disse: "Lei è gravemente malato, ma non deve preoccuparsi. So quello che non va. So come curarla. So cosa la farà stare meglio. Guarirà completamente". Anche se sapevo di essere gravemente malato, non mi preoccupai e sono ancora qui».

Per quanto io abbia imparato moltissimo da Levine, i miei migliori maestri sono stati i pazienti che mi hanno arricchito di esperienza clinica e mi hanno insegnato la complessità della reazione alle parole del medico. Mi sono reso conto che una parola da niente può essere fonte di incoraggiamento e di speranza. L'episodio che mi ha aperto gli occhi sullo straordinario potere delle parole nella guarigione mi sarebbe passato inosservato se il paziente stesso non me l'avesse fatto notare. Anche se avevo utilizzato una parola con un significato nefasto, il suo ruolo si rivelò decisivo nella guarigione. Mi trovavo di fronte a un ritmo cardiaco che viene denominato galoppo.

Un bel galoppo

Il paziente aveva sessant'anni ed era molto grave. Due settimane dopo un attacco cardiaco, era ancora in unità coronarica. Il caso era davvero difficile e presentava quasi tutte le complicazioni da manuale. Aveva perso quasi completamente l'uso del muscolo cardiaco e soffriva di un'insufficienza cardiaca congestiva: a causa della contrazione inadeguata del ventricolo sinistro, il sangue tornava indietro e inondava i polmoni, ostacolando la respirazione. Nello stesso tempo, il pompaggio di sangue insufficiente abbassava la pressione e il semplice movimento di sedersi provocava vertigini e svenimenti. Debole e ansimante, non aveva neppure l'energia per mangiare; gli mancava l'appetito e il solo odore del cibo lo nauseava. La mancanza di ossigeno lo agitava e impediva il sonno. La fine sembrava prossima; pallidissimo, con le labbra violacee per la mancanza di ossigeno nel sangue, ansimava periodicamente alla ricerca dell'aria come se stesse per annegare.

Ogni mattina durante la visita, quando entravamo nella sua stanza sembravamo lugubri addetti di pompe funebri. Avevamo esaurito tutte le piatte parole di rassicurazione che conoscevamo e pensavamo che comunque gli incoraggiamenti sarebbero stati un insulto alla sua intelligenza, togliendogli la già scarsa fiducia che aveva in noi. Per non dovere affrontare troppo a lungo il suo sguardo e il suo silenzio, cercavamo di affrettare la visita, consapevoli del peggioramento irreversibile. Dopo essermi consultato con la famiglia, scrissi in cartella «nessuna rianimazione possibile».

Una mattina si verificò un lieve miglioramento: disse che stava bene e in effetti i segni vitali erano più franchi. Non riuscivo a capacitarmi del mutamento e continuavo a

dubitare della sua sopravvivenza, quindi non sciolsi la prognosi. Convinto tuttavia che un cambiamento di ambiente potesse essere salutare e gli avrebbe almeno permesso di dormire, lo feci trasferire in un reparto di cure meno intensive; in una settimana fu dimesso e non ne seppi più nulla.

Sei mesi più tardi comparve nel mio studio, in ottima salute. Malgrado la patologia cardiaca, era guarito dalla congestione ed era per lo più asintomatico. Ero davvero incredulo. «Un miracolo! Un miracolo!», esclamai.

«Ma no, non è un miracolo!», rispose.

Mi sconcertava la sua certezza che l'intervento divino non fosse responsabile della sua guarigione miracolosa. «Cosa intende dire?», chiesi timidamente.

«So bene il momento esatto in cui è accaduto questo cosiddetto miracolo», affermò senza esitazione.

Mi disse che aveva capito che non sapevamo più che pesci pigliare, che ci sentivamo impacciati, confusi e impotenti. Date le sue condizioni, il nostro atteggiamento finì per persuaderlo che era spacciato. Vedeva bene che avevamo perso ogni speranza e che non c'era più nulla da fare. Poi aggiunse con una certa enfasi: «Il giovedì mattina del 25 aprile siete entrati, avete circondato il letto e, dalle vostre espressioni, mi pareva di essere già nella bara. Poi lei ha messo lo stetoscopio sul mio petto e ha invitato i colleghi ad ascoltare "questo bel galoppo". Immaginai che il mio cuore fosse ancora capace di un galoppo in piena regola, quindi non potevo morire e sarei guarito. Vede, dottore, non è stato un miracolo. È una questione di testa».

Il paziente non sapeva che il galoppo era un cattivo segno, cioè un ritmo generato da un ventricolo sinistro insufficiente e troppo teso che si sforza senza risultati di pompare il sangue. Un bel galoppo è un ossimoro.

La mia esperienza più sorprendente tra le guarigioni inaspettate fu quindi un puro e semplice incidente, ma anche un atto di arroganza. Era cominciata in un modo abbastanza innocente, poiché mi ero aspettato che morisse un uomo di mezza età, ma, con la mia prognosi, mi ero messo ambiziosamente nei panni di Dio!

I giorni più felici della mia vita

Una massa di capelli bianchi incorniciava il suo volto abbronzato di italiano. Costretto a letto, sembrava un leone addomesticato sul punto di ruggire. Ma Tony era silenzioso oppure parlava a monosillabi. I suoi grandi occhi castani meditabondi e le sopracciglia scure e arcuate tradivano una vita passata piena di romanticismi e passioni. Ora aspettava la morte: un disturbo alle coronarie aveva compromesso il suo cuore. La sola cosa che lo scuoteva dallo stato di torpore erano i colombi; li nutriva, li faceva gareggiare e raccontava orgoglioso che uno dei suoi uccelli aveva fatto un volo di addirittura ottocento miglia.

Fu trasferito nel mio reparto con una cardiomiopatia terminale, una grave malattia cardiaca. Il disturbo era evoluto in un'insufficienza cardiaca congestiva che interessava entrambe le cavità di pompaggio, i ventricoli destro e sinistro. Non c'era modo di dargli un po' di buonumore. Per fortuna dormiva moltissimo, ma il sonno non lo ristorava e si svegliava ancora più stanco di quando si era addormentato. Lunghi momenti di apnea erano interrotti da movimenti convulsivi accompagnati da un pesante rantolare

stertoroso. Questi periodi di insufficienza respiratoria erano estenuanti, ognuno di essi pareva annunciare la morte.

Una bella giovane donna, che credevo essere sua figlia, sedeva al suo capezzale giorno e notte. Era già presente quando cominciavo le visite alle otto del mattino e quando me ne andavo a tarda sera la trovavo ancora indaffarata intorno al suo letto, cercando di dargli conforto. Raramente avevo assistito a una tale devozione filiale. Aveva circa venticinque anni, era riservata e silenziosa come Tony. Anche se osservava tutto attentamente, raramente faceva domande ai medici o alle infermiere, ma cercava invece di anticipare ogni bisogno di Tony, la sete o le necessità corporee.

Era così bella che veniva voglia di divorarla con gli occhi e mi sorprendevo a lanciarle sguardi furtivi per assicurarmi della sua impalpabile realtà. Concentrarsi sulla malattia e sulla morte imminente in presenza di una gioventù così dirompente non era impresa facile. La giovane donna era sempre presente, tranquilla. Cercava senza riuscirci di passare inosservata. A volte piangeva silenziosamente e dimostrava un affetto molto forte per questo patriarca morente.

Un giorno dissi a Tony: «È fortunato ad avere una figlia così devota; non lascia mai il suo letto».

«Non è mia figlia, dottore, è la mia compagna», rispose bruscamente.

Era una possibilità che non mi aveva mai sfiorato e ne rimasi molto colpito.

Dopo alcuni giorni dissi scherzosamente a Tony: «Dovrebbe sposarla».

Mi guardò interrogativo e come sognante: «No, dottore, non voglio lasciare una vedova subito dopo le nozze».

«E chi lo dice?».

«Bene, dottore, sono pronto a fare un patto. Lisa è ansiosa di sposarsi e se lei mi garantisce per scritto che ci sarò ancora per altri cinque anni, sono pronto a seguire il suo consiglio».

Allora, senza indugio, stilai una dichiarazione che garantiva, senza possibilità di equivoco, che Tony sarebbe vissuto per cinque anni. Nei giorni seguenti, migliorò e presto si sentì abbastanza bene da essere dimesso. Alcuni giorni dopo, ricevetti una cartolina dalla coppia in luna di miele. Non vidi Tony per parecchi anni e spesso mi preoccupavo del mio suggerimento impulsivo e irrazionale. Era stato giusto incoraggiare un matrimonio tra una donna nel pieno della vita e un uomo in così totale declino?

Un giorno Tony comparve nel mio studio, identico malgrado il passaggio del tempo, e disse: «I cinque anni sono trascorsi, dottore. Ho bisogno di un nuovo contratto». Non sembrava possibile che cinque anni fossero passati così rapidamente. Guardai la sua cartella e vidi che Tony stava bene. Il mese prossimo sarebbe stato il quinto anniversario della garanzia. Feci di nuovo lo stesso tipo di contratto. Lisa, più bella che mai, era fiorente e chiaramente innamorata.

Passarono cinque anni senza che lo vedessi e cominciai a guardare il calendario, poiché sapevo che stava per scoccare il decimo anniversario. Alla data esatta, Tony comparve, molto malato, con gravi difficoltà di respirazione, oppresso da un edema delle dimensioni di un cuscino e che gli gonfiava il ventre. Era calmo, non si lamentava e emanava una tranquilla dignità. Mi aspettavo che mi chiedesse

se il rinnovo del contratto, ma non lo fece. In passato aveva domandato l'impossibile, ma era abbastanza saggio da non chiedere a un essere umano di compiere un miracolo.

Lo feci ricoverare al Peter Bent Brigham. Facemmo del nostro meglio per assorbire l'edema, facilitare la respirazione e migliorarne le condizioni generali. Visse ancora due anni.

Poco dopo la sua morte, Lisa venne nel mio studio. Era ormai una donna sui trentacinque anni e aveva raggiunto la perfezione femminile. Sembrava ansiosa di parlare ed esordì con emozione, ma nel complesso serena. «Dottore, lei mi ha dato i giorni più felici della mia vita. Non mi aspetto più una simile pienezza». Il suo discorso era posato e attentamente misurato.

«Cosa farà ora della sua vita? È ancora molto giovane», dissi.

«Vorrei con tutta me stessa farmi una cultura. Andrò all'università. Vede, quando Tony mi ha incontrata ero una prostituta ancora adolescente. Vengo dal Sud. I miei genitori mi hanno abbandonato quando avevo quattordici anni. Quando ho incontrato Tony, non avevo nessuna speranza per l'avvenire. Tony si occupava di matematica e Dio sa di che cosa d'altro. Avrebbe potuto essere duro e rozzo, ma con me fu sempre il più tenero degli amanti. Mi ha insegnato più di qualsiasi libro. Mi ha insegnato a essere umana. Voleva che le consegnassi questa busta per contribuire alle sue ricerche sul cuore. È anonima».

Si alzò bruscamente e se ne andò. La busta conteneva cento biglietti fiammanti da cento dollari. Tutto ciò avveniva venticinque anni fa: non l'ho mai più rivista.

Queste esperienze non sono eccezionali; sono numerosi gli esempi di anziani uomini ebrei e anziane donne cinesi capaci di rimandare la morte in occasione di importanti feste religiose. Sono scadenze brevi, durano solo pochi giorni, ma sono persuaso che il fenomeno sia valido. È concepibile che la morte possa venire rimandata per periodi più lunghi. Molti pazienti mi hanno detto che era stata diagnosticata loro una malattia mortale, solo pochi mesi di vita, ma poi guarivano e sopravvivevano per parecchi anni. Queste guarigioni apparentemente miracolose sono spesso rivendicate dalle fedi religiose di tutto il mondo.

La fede e l'ottimismo sono qualità che aiutano a vivere. Ippocrate, il padre della medicina, disse: «Alcuni pazienti, anche se consapevoli che la loro situazione è critica, ritrovano la salute semplicemente perché sono soddisfatti del medico». Tutto nasce dalla fiducia che il medico infonde trasmettendo ottimismo. Questo atteggiamento è decisivo per una buona pratica della medicina ed è un aspetto significativo dell'arte di curare. Personalmente non ho mai cercato di spaventare un paziente né ho mai dipinto la situazione clinica a tinte fosche. Anche quando le condizioni sono serie, sottolineo gli elementi positivi senza peraltro indulgere a un eccessivo ottimismo.

All'inizio della mia carriera, mentre sottoponevo i pazienti al fluoroscopio, mettevo uno specchio di fronte allo schermo. Mia moglie aveva confezionato una tendina che poteva essere tirata. I pazienti potevano stare di fronte allo specchio e vedere battere il loro cuore. Quando il cuore era in buone condizioni, alzavo la tendina e indicavo con piacere la sua bella sagoma e il suo battito sano. Quando l'immagine era scarsa, con contrazioni deboli e appena vi-

sibili e non c'era nulla di positivo da dire, lasciavo la tendina tirata e rimanevo in silenzio.

Penso che l'ottimismo abbia un ruolo decisivo anche con un paziente giovane o di mezza età che non soffre di cuore, ma è entrato nelle spire del meccanismo sanitario. Banali deviazioni dalla media nelle sue analisi sono state esagerate e si è così imbarcato in un interminabile pellegrinaggio alla ricerca di cure. Convincere le persone che nulla le minaccia è a volte un compito ingrato, se non addirittura impossibile. Per alcuni, i benefici secondari della malattia, come il fatto di ottenere la comprensione in un coniuge indifferente o di disertare un lavoro poco gratificante, possono essere superiori ai disagi della presunta infermità. Altri hanno una morbosa paura di morire: non servono le semplici parole di rassicurazione. I pazienti esigono una risposta inequivocabile e i medici sono spesso esitanti.

Mi sembra proficuo scoraggiare i pazienti dal ripresentarsi quando non ci sono segni di malattia cardiaca. Alla fine del colloquio, quando il paziente chiede di fissare il prossimo appuntamento, dico: «Certo, la rivedrò tra dieci anni».

Il paziente fa un riso soffocato: «Parla sul serio dottore? Pensa che vivrò tanto a lungo?».

Ci sono anche altre risposte: «Ancora di più. Faccio affidamento sul suo desiderio di vivere», oppure: «Mi preoccupa sapere se ci sarò io. Quanto a lei, non ho dubbi». Di solito si sente una risata soddisfatta e i più spiritosi chiedono se voglio fissare subito l'appuntamento. Invariabilmente, i pazienti se ne vanno contenti e sollevati.

Per i pazienti con condizioni cardiache meno stabili che fanno una visita al mese e vengono sottoposti a esami non necessari e a terapie con effetti collaterali negativi, propongo una visita dopo un periodo che varia da due a cinque anni. L'efficacia di questo approccio è illustrata da un altro esempio. Un uomo telefonò un giorno alla mia segretaria, insistendo che io avevo chiesto di visitarlo il mercoledì della settimana seguente. Non ricordavo di avere dato un simile appuntamento e non ricordavo neppure il paziente.

Alle domande della segretaria, l'uomo rifiutò di dire cosa non andava, insistendo però che si trattava di un'emergenza. Per fortuna avevo un posto libero. Quando arrivò, qualcosa scattò nella mia mente, ma per quanto mi sforzassi non riuscivo a raccogliere nessun dettaglio per colmare il vuoto della mia memoria. Esordì chiedendo se sapevo il significato di quel giorno. Quando dissi di no, sembrò sorpreso e ferito.

«Non si ricorda? Oggi sono esattamente vent'anni dall'ultima volta che mi ha visto».

Suo padre, spiegò, vent'anni prima era stato in cura da me al Peter Bent Brigham Hospital per un attacco cardiaco. Anche se lui all'epoca aveva solo ventitré anni, presentava gravi dolori al petto ed era convinto di soffrire degli stessi sintomi del padre, che l'avrebbero portato all'infarto. Terrorizzato di morire da un momento all'altro, mi chiese un consiglio. La visita rivelò un sistema cardiovascolare perfettamente normale, ma anche se lo rassicurai, chiese se poteva rivedermi il mese dopo. Rifiutai, suggerendo invece di rivederlo dopo vent'anni.

«Lei ha detto 'vent'anni esatti'», mi ricordò. Fino a un mese prima non aveva avuto nessun sintomo cardiaco, ma

ora aveva fastidiose palpitazioni accompagnate da vertigini che lo angosciavano. Si era poi accorto che il momento dell'appuntamento era imminente.

«Ho un appuntamento con lei oppure un appuntamento con la morte», disse con la più assoluta serietà.

Un'anamnesi attenta e la visita non rilevarono alcuna anomalia. Verosimilmente, i sintomi erano portati da una recrudescenza delle antiche ansie. Dopo molte rassicurazioni, suggerii di vederlo dopo solo dieci anni, spiegando che, anche se lui era sano come sempre, io ero già avanti negli anni.

Alcuni anni fa, chiesi a una dottoressa della Siberia sovietica qual era secondo lei l'essenza della medicina. Rispose semplicemente: «Ogni volta che un medico vede un paziente, quest'ultimo deve poi stare meglio». Era un'idea molto saggia e in base alla mia esperienza mi sono accorto che il miglioramento è facilitato dalle parole. Oggi è di moda e addirittura chic indulgere nel pessimismo, ostentando una certa profondità filosofica. La vita umana è considerata alla stregua di un'esistenza meramente animale, niente di più dell'indifferente trascorrere del tempo dell'orologio biologico. Nonostante queste pretese intellettuali, il pessimismo non ha senso. Lacera il tessuto connettivo della società e contribuisce all'alienazione. Invece di aiutarlo a espandersi, costringe l'individuo a ricercare il senso della vita entro gli stretti confini del suo sé. In questo modo, la vita appare sminuita e la promessa del domani perde significato.

Thomas Mann ha consigliato di comportarci come se il mondo fosse stato creato per gli esseri umani. L'ottimismo, per quanto soggettivo, diventa un fattore oggettivo essenziale a liberare l'energia necessaria per plasmare la propria salute. L'ottimismo è un imperativo morale kantiano e, per i medici il cui ruolo è affermare la vita, è un imperativo terapeutico. Anche se l'esito è dubbio, parole affermative creano almeno benessere, se non possono assicurare la guarigione.

7. Cuori di tenebra parole di luce

Un medico che vuole curare non può concentrarsi esclusivamente sul sintomo principale del paziente e sui suoi organi malati, ma deve anche occuparsi degli aspetti difficili della sua vita. In presenza di un simile atteggiamento, il paziente percepisce che il medico è interessato a lui come persona, non come problema pratico, e condivide più volentieri questioni intime e dolorose, aiutando il medico a condurre meglio il processo di guarigione. Come abbiamo visto nel capitolo 3, l'anamnesi non significa soltanto conoscere la malattia, ma comprendere i problemi che turbano il paziente.

Le tensioni in atto sono numerose e complesse quanto le singole vite e generalmente raggiungono l'apice in campo professionale e familiare. Un disturbo cronico, ovunque sia localizzato, non può essere pienamente capito senza tenerne conto. All'inizio sembra che una terapia farmacologica possa fare il suo effetto, ma poi a poco a poco affiora un sintomo completamente nuovo in un'altra parte del corpo. La cura diventa allora interminabile e frustrante per medico e paziente.

Ecco quattro esempi di pazienti diversi per nazionalità, religione e cultura: due indiani, un cristiano di Madras e un indù di Bombay, e due ebrei ortodossi, uno del Midwest e uno del New Jersey. Come vedremo c'è un filo conduttore, anche se si tratta di mondi diversi per valori e educazione: in tutti i casi la malattia era una manifestazione dei conflitti familiari. Il processo di guarigione è stato innescato proprio dalla presa di coscienza di tali contrasti.

Un dottore o un guru?

Dopo vent'anni, la signora V. tornò da me. Era minuta, di carnagione scura, con fattezze delicatamente cesellate e grandi occhi marroni che trasmettevano riserbo e rassegnazione. Si muoveva in modo impercettibile; fluttuava con grazia nella stanza, sembrava che i piedi non toccassero mai il terreno, come se sfidasse la forza di gravità. Un sari marrone scuro ondeggiava intorno alla sua figura adolescenziale. Come il marito, aveva problemi di cuore, ma non era la conseguenza di una febbre reumatica infantile. La sua presenza mi risvegliò antichi ricordi.

Rajiv V., suo marito, era stato un accademico ospite dell'università di Boston. Parlava un inglese perfetto, con lievi inflessioni di Harvard e Oxford e il ritmo fluido dei suoi antecedenti indiani. A solo trentott'anni era stato ricoverato nel mio reparto al Peter Bent Brigham Hospital per un infarto acuto del miocardio. Mi colpì un così grave attacco di cuore in una persona tanto giovane, soprattutto poiché erano assenti i fattori di rischio per precoci disturbi alle coronarie. Il suo tasso di colesterolo era sorprendentemente basso, come pure la pressione. Non aveva mai fumato e negli anni passati correva per tre miglia al giorno. Ero anche sconcertato dalla sua accettazione fatalistica di questo evento che era stato quasi letale. A differenza della maggior parte dei pazienti americani, non chiese mai perché era successo, malgrado la sua intelligenza e le sue conoscenze in campo medico.

Quasi dieci anni dopo, per quanto ormai lo conoscessi bene, non avevo ancora capito il motivo di un attacco tanto grave. I suoi anziani genitori erano vivi e lui non era né ansioso né troppo preso dalle sue attività. Lo consideravo una personalità di tipo B, non assillato dal tempo e privo di eccessiva ambizione. Gli avevo chiesto spesso se qualcosa lo preoccupava. La risposta era sempre: «No, dottore, la mia vita non ha tensioni di alcun tipo».

Un giorno chiesi alla signora V., in sua presenza, perché pensava che suo marito avesse avuto un attacco cardiaco. Senza alcuna esitazione, rispose che era stato provocato dallo stress. Egli negò categoricamente. Poi, dopo una lunga riflessione, commentò: «Non ho nessuna tensione, tranne quella che viene dal mio maledetto cognato».

Rajiv sembrava a disagio, come se si fosse pentito della sua ammissione. Di solito tranquillo e pacato, d'un tratto si animò, il tono di voce aumentò leggermente, le parole si fecero più sonanti. Il cognato, marito di sua sorella, desiderava venire negli Stati Uniti, ma aveva bisogno di appoggio familiare nel nostro paese per l'ufficio immigrazione. Il cognato non aveva soldi e Rajiv aveva lavorato duramente per anni per aiutare la coppia e i figli, chiedendo alla banca un prestito di 5000 dollari versati al cognato senza inte-

ressi. Quando la famiglia era arrivata in America, Rajiv aveva trovato loro un appartamento e un lavoro di ingegnere per il cognato: «Non mi sono risparmiato per la mia adorata sorella», spiegò. Le due famiglie abitavano vicine e i figli erano molto attaccati. Ma il rapporto tra i due uomini si era rapidamente deteriorato.

In tutta la sua lunga conversazione, Rajiv non chiamò mai il cognato per nome; quando diceva «cognato», aggiungeva sempre «maledetto». Emerse che il cognato non voleva restituire il prestito e neppure ammetterlo. Con suo grande disappunto, Rajiv era venuto a sapere che questo «maledetto» cognato gli aveva alienato l'affetto della sua venerata madre, spargendo delle voci sul suo conto che avevano adirato la donna. Alcune settimane prima dell'attacco di cuore, Rajiv aveva appreso che la madre lo aveva diseredato. Come conseguenza, Rajiv e la sorella avevano troncato ogni rapporto. Parlò con dolore della pena della sorella e aggiunse che immaginava come potesse sentirsi: «Ma cosa può fare quella povera creatura, sposata con un mascalzone che le ha dato tre figli?».

Dopo questa esplosione di collera, pensai che questo potesse essere davvero il fattore scatenante dell'attacco di cuore. Anzi, se l'ascesso non fosse scoppiato, si sarebbe potuto verificare un altro attacco, forse fatale. Rajiv continuò dicendo tristemente che la cosa peggiore era la perdita dell'affetto dell'adorata madre. Chiese ripetutamente, con un filo di voce alterata dal dolore: «Dottore, come è possibile che mia madre mi rifiuti?».

Seduto al suo fianco, in un clima di profonda tristezza, non sapevo cosa fare per il futuro. La disperazione di Rajiv sconfinava dal campo della mia competenza cardiologica, ma era forse al di là del mio compito di medico? Cosa avrebbe potuto prescrivere la medicina? Quale consiglio avrebbe contribuito a spezzare questo nodo gordiano? Mi sentivo accaldato e sudato, improvvisamente la cravatta mi stava stretta, non riuscivo a stare seduto. Ero andato a stuzzicare un vespaio, il problema andava oltre la mia comprensione.

Quindi ascoltai con stupore il flusso di consigli che, d'impulso, mi trovai a dare con la certezza di una rivelazione. «Deve invitare a cena suo cognato e la sua famiglia come se non fosse successo nulla», suggerii. Prima che potessi finire la frase, proruppe aspramente: «Mai, mai!». Divenne paonazzo e fu colto da una rabbia improvvisa. «Preferisco morire piuttosto che quel furfante entri ancora a casa mia. Non voglio esporre i miei figli, Dio mi perdoni, all'influenza di quel mascalzone. Non sono il Mahatma pronto a porgere l'altra guancia. Anche se sono cristiano, non voglio né perdonare né dimenticare». Il torrente di parole straripava come da una diga infranta.

Non ero un giudice che potesse stabilire il torto e la ragione di un caso tanto complesso. Nel mio ruolo di medico, lo blandii con dolcezza: «La sua rabbia e la sensazione di essere stato tradito sono giustificate. Il perdono in questo caso non è un atto religioso. Non deve invitare il suo maledetto cognato per immolarsi davanti a lui. Al contrario, sarebbe un efficace atto di vendetta e un gesto educativo nei confronti dei suoi figli, un testamento della sua dignità. Dimostrerebbe chi è umano e chi barbaro. Significherebbe riscattare la sua amata sorella da tormenti infernali. Come lei ha detto giustamente, lei è solo una vittima innocente».

Rajiv improvvisamente si fece attento, sollecitandomi a continuare, mentre la moglie sedeva come un Buddha di legno senza nemmeno l'ombra di un'emozione.

«Può immaginarsi il suo senso di colpa e la sua costernazione quando lei lo inviterà con la famiglia per una serata insieme?», continuavo con entusiasmo, sentendo la crescente animazione di Rajiv. «Non saprà più cosa fare. Poiché lei lo dirà anche a sua sorella, non potrà mantenerlo segreto. Avrà paura che si tratti di un vile stratagemma, ma non sarà capace a risolvere l'enigma. Sua sorella gli ricorderà sempre il suo proponimento di dimenticare il passato. Pensi alle notti insonni che passerà! Non proponga una data imminente, lasci passare per esempio tre settimane, così suo cognato si roderà nell'incertezza e nell'indecisione».

Rajiv, con il volto colorito, era chiaramente interessato, ma non ancora convinto.

Continuai: «I suoi nipoti saranno stupiti quando lei li riceverà con affetto. Senza dubbio lui avrà detto loro che lei è il diavolo in persona, responsabile della rottura tra le due famiglie per squallidi motivi di soldi. Sono convinto che più lei sarà amichevole, più gli sarà difficile negare i suoi obblighi finanziari verso di lei. Presto o tardi, pagherà il suo debito».

Rajiv ascoltava con attenzione rapita, mentre si asciugava la fronte sudata, anche se lo studio era piacevolmente fresco. Ma evidentemente non era ancora convinto.

Ecco il mio asso nella manica: «Se segue il mio consiglio, scriverò una lettera alla sua adorata madre e le spiegherò dettagliatamente che lei ha avuto un attacco di cuore e ha rischiato di morire. Poiché voleva risparmiarle l'ansia, non glielo ha scritto. Nella lettera sottolineerò che raramente ho incontrato un uomo tanto devoto alla propria madre. La inciterò a mandarle parole di conforto durante questo difficile periodo. Le parlerò anche del suo nobile carattere e di come ha voluto rappacificarsi con suo cognato per amore di sua sorella, la sua figliola».

A questo punto non esitava più. Si sporse in avanti, il corpo arcuato nell'azione, come uno dei generali di Kipling bramosi della battaglia. «Lo farò, lo farò!», gridò.

La moglie inaspettatamente si scosse dalla sua trance e cominciò a parlare a bassa voce. Mi sforzai di cogliere le sue parole: «Lei non è un dottore, ma un guru».

Circa quindici anni dopo questo episodio, avevo trascorso un mese all'unità coronarica con un giovane medico etiopio. L'ultimo giorno del suo soggiorno, egli proruppe: «Dottor Lown, lei è davvero come i vecchi stregoni etiopi». Ci fu un mormorio imbarazzato tra l'équipe e più tardi il giovane etiopio venne a scusarsi. Gli dissi che il suo era uno dei più bei complimenti che avevo mai ricevuto.

Anche il fatto di essere stato definito un guru era un complimento. Erano passati sei mesi e io aspettavo la prossima visita di Rajiv con una certa agitazione. Rajiv aveva messo in esecuzione il nostro piano? Il cognato aveva accettato il suo invito? Era stata fatta la pace tra le due famiglie? Tutto era stato perdonato? Come promesso, avevo scritto alla madre, ma lui lo aveva saputo?

Quando arrivò, Rajiv non fece menzione della nostra conversazione. «Cosa ne è di suo cognato?», chiesi alla fine.

«Sta bene, non è poi un tipo cattivo ed è ottimo con la mia amata sorella».

«Vi siete poi riconciliati?».

«Non abbiamo mai avuto un vero dissapore».

«E sua madre?».

«Su sua insistenza, andrò presto a renderle visita in India».

Avrei dovuto essere esultante, invece scoprii una debolezza nel mio carattere. Il suo tono pragmatico, che mi negava il dovuto riconoscimento, mi turbava. Ero tuttavia molto soddisfatto di quello che ritenevo un mio successo terapeutico. Ma alla fine tutto si tramutò in tragedia. Rajiv accettò un lavoro più prestigioso in India. A differenza della sua posizione accademica a Boston, stabile e rilassata, con il nuovo lavoro si trattava di entrare nell'occhio del ciclone, dati i conflitti tra forze politiche e etniche avverse. Ricordandogli che l'attacco di cuore che gli era quasi costato la vita era stato provocato dallo stress psicologico, sconsigliai a Rajiv di ritornare in India. Non volle ascoltarmi, perché quel lavoro era stata l'aspirazione della sua vita. Dopo un solo anno in India, Rajiv morì per un improvviso attacco cardiaco.

La moglie di Rajiv era ritornata negli Stati Uniti a vivere con il figlio. Una volta l'anno la signora V. veniva a Boston per una visita medica. A ogni occasione, ricordavamo Rajiv e la faticosa visita nel mio studio di più di trent'anni prima, quando lei mi aveva definito un guru.

Troppo spesso la psicopatologia familiare è talmente radicata che la cura è impossibile. Il conforto, tuttavia, non è mai impossibile: anche in casi insolubili, le attenzioni del medico aiutano a mitigare la sofferenza e rendono la vita più sopportabile.

La maledizione di una madre

Il professor B.K. era un eminente scienziato di una delle facoltà mediche di Boston. Era venuto negli Stati Uniti a trentacinque anni e sei mesi dopo sostenne di avere un infarto acuto del miocardio. Era ricoverato nel reparto di unità coronarica dell'ospedale e cercavamo di capire se aveva avuto davvero un attacco al cuore. Leggendo la cartella, trovai strano che fosse stato ricoverato lì, perché un formicolio alle spalle e al petto non è un sintomo che deriva dal cuore e non è certo dovuto all'angina pectoris. I letti dell'unità coronarica erano molto ambiti; si era inoltre alla fine di maggio e l'équipe che si occupava dei ricoveri aveva già avuto quasi un anno di esperienza; avrebbe quindi potuto essere più accorta. Il mistero fu risolto quando incontrai il professor K. Raramente avevo incontrato qualcuno più ansioso. Sembrava che non stesse più nella pelle. Senza dubbio la sua paura aveva convinto tutta l'équipe di giovani che un attacco cardiaco era imminente.

Dopo alcune domande che stabilivano senza ombra di dubbio che i suoi sintomi non erano collegati al cuore, gli chiesi se dormiva bene. Rispose che da quando era stato operato con successo per l'applicazione di un by-pass coronarico dieci mesi prima, dormiva pochissimo. Di notte, incapace di prender sonno, lasciava il letto e guardava la televisione finché, morto di fatica, ritornava a dormire due o tre ore la mattina. Si svegliava poi alle 6,30 per portare i figli a scuola. Certi notti, troppo agitato, non andava affatto a dormire e, dopo l'operazione, non aveva avuto più rapporti sessuali con la moglie. Privato del sonno, durante

il giorno stava a mala pena in piedi. La moglie era sconvolta e non sapeva a chi rivolgersi.

Parlai con la certezza affettuosa di un genitore che rassicura un bambino spaventato. «Il suo dolore non è angina! Non morirà né lentamente né improvvisamente. Se desidera punirsi, non disturbi il suo sonno. Faccia qualcos'altro». Mi guardò esterrefatto, come se gli avessi letto nel pensiero e sussurrò: «Sì, dottore, le credo». Passai il resto della giornata a scervellarmi sul perché aveva tali disturbi del sonno dopo un'operazione riuscita di by-pass.

Parecchi mesi dopo vidi di nuovo il professor K. all'ospedale. Questa volta era stato ricoverato non per un problema cardiaco, ma per una massa nel quadrante addominale destro. C'era stata suppurazione, con febbre per alcune settimane. Sembrava contento di vedermi.

«Cosa ne è del suo dolore al petto?».

«È passato».

«E l'insonnia?».

«Dormo tutta la notte».

Espressi soddisfazione per questo bel risultato.

«Senza dubbio, lei mi ha curato».

«Come? L'ho visto per appena dieci minuti e prima lei aveva sofferto per dieci lunghi mesi».

«Dottor Lown, spero che non si senta offeso, ma lei è come i vecchi medici indù del secolo scorso. Non parlavano in modo evasivo, per esclusione, ma conoscevano i propri pazienti. Non intendo mancare di rispetto alla scienza e agli scienziati, ma l'incertezza è il loro stile professionale. Tergiversano, ma un medico deve sapere andare oltre la scienza; per aiutare i pazienti, occorre guidarli con sicurezza».

La nuova autorevolezza di cui ero stato investito mi incitava a cercare altre cause per i suoi problemi cardiaci. Gli chiesi come spiegava un attacco cardiaco in una persona di soli trentacinque anni che non presentava nessuno dei fattori a rischio classici per i disturbi coronarici. Il suo tasso di colesterolo era solo di 160 mg, la pressione era bassa; non aveva mai fumato, non soffriva di diabete e apparteneva a una famiglia di persone longeve. Mi interruppe con un moto di impazienza: «So con esattezza che cosa lo ha provocato. Mia madre, tirannica e feudale, ha dominato completamente la mia vita. Quando ebbi quest'unica opportunità di venire in America con una nomina alla facoltà di medicina di Boston, realizzando i miei sogni più utopici, lei me lo impedì categoricamente. Lasciai l'India comunque, ma lei mi maledisse e mi diseredò».

Continuò con il tono dolcemente liquido della lingua indiana innestata sull'inglese, più duro. «Quando venni qui, avevo incubi tutte le notti. C'era mia madre, che mi soffocava fino a uccidermi, notte dopo notte, senza tregua. Avevo paura di addormentarmi e trovarmi di fronte mia madre vendicatrice. Durante il giorno, mangiavo quattro o cinque uova, ero troppo stanco per fare dell'esercizio fisico, ma lavoravo duramente per mettermi alla prova. Gli incubi smisero improvvisamente con l'attacco di cuore». Pensosamente e con tristezza, aggiunse: «Ora ho pagato il mio debito».

Ma non aveva pagato tutti i suoi debiti. Lo rividi dopo altri sei mesi; per quanto totalmente asintomatico, era ancora preoccupato. Aveva paura di ritornare in India, dove l'assistenza medica era insufficiente. La conversazione rivelò una ragione più profonda: il timore ispiratogli dalla ma-

dre soffocava ancora la sua vita. Lo indussi ad avere un confronto con lei.

L'ultima volta che lo vidi mi disse che aveva telefonato alla madre e aveva detto: «Cado in ginocchio e ti bacio i piedi, Madre. Ho sofferto molto. Ho avuto un attacco di cuore e ho dovuto subire un'operazione. Sono di nuovo stato operato al ventre. Sono stato punito più di quanto meriti un qualsiasi essere umano. Per piacere, perdonami».

Lei rispose: «Sì, ora ti perdono».

«Dovrebbe essere contento».

«Lei non intendeva questo».

«Perché dice così?».

«Per il suo tono di voce, che conosco bene. Ora il suo favorito è mio fratello minore».

Si sarebbe potuta prevedere una rapida progressione del suo disturbo cardiaco al ritorno in India. Non sapevo come curare quest'uomo profondamente disturbato; le nostre diversità culturali erano troppo grandi.

I chutzpah

Curare è diverso da guarire. Nel primo caso, si tratta con organi che funzionano male, nel secondo con un essere umano che soffre. Questa storia, che avvenne più di vent'anni fa, illustra bene la differenza. Mi lasciò un'impressione indelebile e mi provocò molto disagio.

Il signor S.D. era un omone del Midwest, robusto e massiccio. Si era fatto da solo ed era una persona piacevole, gentile e affidabile, la cui unica attività oltre al lavoro e il golf, era la sinagoga, di cui era presidente. Cercava un'opinione medica per una ricorrente fibrillazione atriale, disturbo del battito cardiaco in cui il polso è rapido e irregolare. Anche se la palpitazione può essere snerbante, si tratta di uno stato benigno. Per il signor D., tuttavia, il parossismo dell'aritmia si dimostrava sempre più debilitante.

Sua moglie Rachel lo accompagnava sempre, testimone silenziosa. Un tempo doveva essere stata bella, con i suoi capelli corvini, ora tinti, con fattezze graziosamente cesellate, zigomi alti, occhi verde scuro austeri e tristi, che guardavano sempre altrove, forse per non lasciare intravedere una profondità che era meglio tenere nascosta. Magra, era tesa come una molla d'acciaio, la sigaretta sempre accesa che ne alterava la bocca voluttuosamente disegnata. Teneva una mano floscia, fredda e sudata, che rifiutava ogni contatto umano. Non parlava mai, ma si affidava al marito. Lui pesava circa 115 chili. Malgrado la differenza, erano stati insieme trantacinque anni, avevano tre figli affezionati che frequentavano l'università e il calore del loro rapporto era evidente.

Un'anamnesi attenta non mi rivelò problemi psicologici. Anche se retrospettivamente ricordo il sussulto di lei quando il signor D. parlò della famiglia, all'epoca non ci feci caso. Diversi farmaci anti-aritmia controllavano con successo il suo problema, ma soltanto momentaneamente. Con gli anni, venni a conoscere bene la coppia e a rispettare la loro dignità provinciale e senza pretese, ma ogni visita mi lasciava l'impressione che la calma esteriore nascondesse carboni ardenti. I tentativi di identificare la fonte di questo fuoco nascosto erano scoraggiati con fermezza.

Un giorno, mentre imploravo di nuovo la signora D. di smettere di fumare, lei ribatté che era impossibile, aggiun-

gendo impassibile: «Lei sicuramente sa che abbiamo quattro figli, non tre». Feci un salto sulla sedia girevole, la mia voce si colorì di eccitazione e disappunto: «Parlatemene. Come mai avete aspettato tanto?».

«Mio marito mi ha fatto giurare di non pronunciare mai il suo nome. Per lui, lei è morta. Molte notti, io piango nel sonno».

«Non capisco. Vostra figlia è morta?».

«No, è vivissima».

«La vede?».

«No, anche se mi scrive, nascondo le sue lettere».

Non era una conversazione facile. Ogni parola era per lei palesemente dolorosa.

Quando il signor D. ritornò dopo l'elettrocardiogramma, la moglie smise di parlare, lanciandogli uno sguardo timoroso, furtivo e colpevole. Resistetti al desiderio di proseguire il discorso sulla figlia perduta fino alla visita successiva, sei mesi dopo.

Questa volta, feci in modo di vedere la signora D. da sola. Mi supplicò di nuovo di non fare cenno della figlia al marito. Aveva paura che gli venisse un infarto o che la trattasse male perché aveva divulgato un segreto di famiglia, che di sicuro non era un segreto perché tutti nella loro comunità dovevano saperlo. Sembra che questa figlia fosse stata la favorita del padre. Brillante, intelligente, capricciosa e caparbia, lo rigirava come voleva. Aveva cominciato a frequentare un ragazzo non ebreo al liceo; quando si diplomò, scapparono e si stabilirono a Cleveland. Il padre, quando lo venne a sapere, fece shivah (il lutto ebreo in caso di morte) per una settimana, ebbe un crollo nervoso e, dopo essersi ripreso, ordinò di fare sparire ogni traccia del ricordo della figlia. Quando scopri una sua lettera, ebbe un violento accesso d'ira. Sospettavo perfino che avesse picchiato Rachel, anche se quest'ultima era evasiva sull'argomento.

Una volta, esasperato, ebbi uno scontro con il signor D. Dopo tutto, ora eravamo amici. «Se non è sincero con me, non posso aiutarla. Ho la sensazione che qualcosa la turbi profondamente, ma che si vergogni di parlarne con me. Se un medico non conosce i fatti, è inutile per il paziente».

Allora egli mi raccontò la storia a cui aveva accennato la moglie, ma con molta più rabbia e emozione. Sua figlia si era sposata suo malgrado. Era stato un rifiuto deliberato del suo ebraismo. Con Israele minacciato e la ferita ancora aperta dell'Olocausto, come poteva permetterlo? Se sua figlia rifiutava il fatto di essere ebrea, allora non era sua figlia. Alla visita seguente, abordammo il problema, ma senza risultato.

Le sue condizioni di salute peggiorarono; non seguì la terapia anticoagulante ed ebbe un piccolo infarto. Eravamo giunti a una situazione di crisi. Avevo la sensazione che la sua vita fosse diventata insopportabile e che egli stesse lentamente sacrificandosi in un modo che nessuno era capace di impedire, compresa la vittima, la quale si avviava inconsapevolmente verso il precipizio.

Una delle visite avvenne in un tardo pomeriggio autunnale, piovigginoso, grigio e triste. Giravo senza posa davanti a un'ampia porta finestra che occupava l'intera parete e sovrastava un parcheggio sotterraneo di cinque piani, amplificando la plumbea malinconia esterna. Dondolandomi avanti e indietro, ero frustrato e arrabbiato contro il mondo intero per la mia impotenza.

Poi all'improvviso, senza alcuna provocazione, cominciai a gridargli: «Non so perché sto sprecando il mio tempo con un essere umano miserabile come lei. Mi irrita con la sua autocommiserazione, ma più ancora per quello che ha fatto a sua figlia, a sua moglie, alla sua famiglia, agli altri figli e a se stesso. Ha rovinato la vita di tutti, È pazzesco il suo egoismo. Secondo la religione ebraica Dio può perdonare le colpe commesse contro di Lui, non le colpe commesse contro altri esseri umani».

Tremavo per l'apprensione. Cos'era questo discorso maniacale che usciva dalla mia bocca, degno della biblica asina di Balaam? Il signor D. si mosse in avanti, come il toro alla carica del matador, con gli occhi fuori dalle orbite, il respiro ansimante, le vene del collo rigonfie. Mi immaginavo che sarei stato spinto all'indietro, che avrei frantumato la vetrata per atterrare sulla terrazza d'asfalto del parcheggio. La signora D. cominciò a piangere istericamente, agitando le estremità, gridando come se fosse esorcizzata. Ero coperto di sudore, angosciato e pieno di rimorsi per la mia stupida piazzata.

Non era nelle mie abitudini ma, come un giocattolo che si carica, la molla era così tesa che non potevo smettere. «Se ha una qualche dignità, vada fino a Cleveland, proprio adesso, e bussi alla porta di servizio di sua figlia. Non merita l'ingresso principale. Si metta in ginocchio, le chiedo perdono. Solo lei può alleviarla dal peso della colpa, non Dio».

Ero diventato psicotico, pretendendo di essere Gerea, l'antico profeta dalle parole forti? Non c'era la mirra? Sentii un singhiozzo soffocato e vidi il corpo massiccio del signor D. in preda a convulsioni. Si alzò lentamente piegato dal dolore e dall'età, e lasciò la stanza. La moglie, che sembrava ancora più raggrinzita, lo seguì. Ero dilaniato dal senso di colpa, ma sentii un alto impulso: «Va bene. Questo è guarire: ci vuole dolore per diminuire il dolore».

Quando giunse il successivo appuntamento, fui sorpreso quando comparve dal signor D., trattenuto ma più rilassato. Aveva fatto esattamente ciò che lo avevo esortato a fare. Era andato a Cleveland e aveva chiesto il perdono della figlia. Non avevano smesso di festeggiare e lui era esultante. Le due famiglie ora erano inseparabili e continuava a parlare del suo nipotino. Considerava gli anni passati come un'aberrazione che era meglio dimenticare. Inoltre, la fibrillazione atriale non era più un problema. Lo stesso farmaco che prima non riusciva a controllare il suo ritmo cardiaco ora glielo aveva reso preciso come un orologio.

Riflettendo sul signor D. più di vent'anni dopo, non sono fiero di come mi comportai allora. Il fatto che l'esito si fosse poi rivelato positivo non significa che i mezzi fossero stati legittimi. Mezzi inadatti non sono mai giustificati dalle buone intenzioni né dai buoni risultati. Era davvero l'unico modo per far riconciliare il signor D. con la figlia? La persuasione cortese alla lunga non avrebbe avuto lo stesso risultato? Una tale tempesta di emozioni gli aveva arrecato un grave danno, sia fisicamente sia psicologicamente. Avevo perso il controllo, agendo come un indemoniato, ma ciò non giustificava assolutamente un comportamento scorretto. L'acquisizione del controllo di sé è un aspetto che richiede alti costi nella formazione di quasi tutti i medici, durante la quale i pazienti sono cavie involontarie. Non ho mai più perso il mio sangue freddo con un paziente: avevo ormai fatto tesoro dell'esperienza.

L'inammissibile può diventare normale

Il signor G., uomo d'affari sessantenne del New Jersey, possedeva un avviato negozio di macchine utensili ed era felicemente sposato con una donna intelligente e sollecita. Perché dunque questo disturbo prematuro alle coronarie? Il livello di colesterolo e la pressione erano normali e non aveva mai fumato. Anche se aveva un temperamento nervoso e apprensivo, il lavoro non era fonte di preoccupazioni. Ma il suo disturbo alle coronarie era incurabile e progressivo. Aveva subito tre operazioni (due applicazioni di by-pass coronarici e un palloncino in angioplastica), ma l'angina peggiorava e rendeva inutile un programma terapeutico già di per sé gravoso.

Lo vidi spesso nel corso degli anni, continuando a prescrivere, senza molti risultati, diversi farmaci anti-angina, come nitrati e beta bloccanti e bloccanti del canale del calcio. Nella visita che voglio raccontare sembrava più depresso del solito. Dall'anamnesi non emerse nulla, ma dopo la visita, quando lui e la moglie entrarono nel mio studio, ebbi la sensazione che mi sfuggisse qualcosa. La moglie sembrava ansiosa di parlare, ma non si decideva a farlo.

Ritornai al soggetto dei figli, pensando confusamente che questo fosse lo scheletro nascosto nell'armadio. La coppia aveva due figlie e un figlio, il secondogenito. Tra gli ebrei ortodossi, un figlio maschio è fondamentale nella gerarchia familiare e avevo il sospetto che lì stesse il problema.

«Ha dei problemi con i figli?», chiesi con cautela.

A questo punto la signora G. si intromise: «Per amor del cielo, parlagli di Richard».

Le disse di tacere. «Richard non ha nulla a che fare con la mia angina».

«Va d'accordo con suo figlio?».

«No», rispose rudemente.

«Perché no?».

«Perché Richard è omosessuale e avrei preferito morire di cancro», disse, palesamente in collera con me per la mia insistenza.

Con gentilezza e circospezione, replicai: «Mi stupisce. Per un uomo dignitoso come lei, il suo comportamento è irrazionale e gretto». Insistetti poi, con un tono più grave: «Ha senso accorciare la vita di sua moglie, rovinare quella di suo figlio e uccidere se stesso, tutto per una mentalità ristretta?».

Continuai a parlare dell'omosessualità sottolineando che era un problema biologico e genetico, non comportamentale, da cui non doveva scaturire nessun senso di colpa. Pur insistendo che un padre non ha il diritto di condannare il proprio figlio, gli esprimevo la mia simpatia per la sua vergogna e la sua sofferenza, per altro mal indirizzate. La conversazione fu lunga e profonda e furono versate molte lacrime. Consigliai una terapia familiare, ma quando se ne andarono non ero sicuro che avrebbero seguito il mio parere.

Quella che in studio sembra una soluzione felice, può dissolversi quando il paziente se ne va e indurre a riflettere sull'invasione del medico negli aspetti più intimi della vita. Non sapevo se il signor G. sarebbe ritornato nei prossimi anni, se avrebbe affrontato il problema, cercato di risolverlo, se mai lo avrebbe risolto o se avrebbe aggravato ulteriormente il suo già grave problema alle coronarie.

Ritornò e capii immediatamente che era un'altra persona. Il suo modo di fare burbero era scomparso. Non evitava più di guardarmi negli occhi. Per la prima volta, un sorriso illuminava il suo viso massiccio.

«Quali buone notizie?», mi informai.

«Abbiamo appena festeggiato la Pasqua ebraica e Richard e Gilbert erano con noi. Entrambi hanno letto l'Haggadah. Gilbert, il suo amico, è un uomo splendido; non si può trovare di meglio. Vivono insieme da parecchi anni. Hanno entrambi successo e guadagnano più di centomila dollari l'anno. La Pasqua ebraica è riuscita bene. Richard era un po' geloso delle mie attenzioni per Gilbert. Mia moglie e io ora siamo attivi nel movimento per i diritti degli omosessuali. Abbiamo anche partecipato all'ultima marcia». Quest'uomo un tempo taciturno sfornava un fiume di parole. Parlava con facilità e orgoglio e non voleva smettere di raccontare l'incredibile storia di quello che gli era successo l'anno prima. La lotta contro i pregiudizi verso l'omosessualità era diventata la maggiore preoccupazione sociale del signor e della signora G., e l'angina aveva smesso di essere il suo problema principale.

8. Il potere della certezza

Nel caso del professor B.K., lo scienziato indù pieno di paura, avevo criticato lo staff perché aveva accettato di ricoverarlo all'unità coronarica mentre il suo problema era palesemente l'ansia. È un fatto clinico comune che il formicolio nelle mani sia una manifestazione di iperventilazione e che un respiro rapido e superficiale accompagni gli attacchi d'ansia. I membri dello staff mi assicurarono di aver ripetuto al paziente che il formicolio non era un sintomo cardiaco. Perché non li aveva creduti? E perché aveva subito accettato le mie parole come vangelo? Volli appurare la situazione e venni a sapere che il medico di guardia e l'assistente, malgrado le rassicurazioni, avevano instillato il dubbio nel paziente perché lo avevano attaccato al monitor. L'inesperienza li aveva resi insicuri e avevano trasmesso al paziente un doppio messaggio. Io fui invece categorico ed esclusi l'eventualità che i suoi sintomi fossero dovuti al cuore. Il professore aveva bisogno di certezze, non di equivoci.

Un clinico percepisce subito che i pazienti desiderano una mano ferma che li aiuti a superare l'incertezza generatrice d'ansia collegata alla malattia. Le parole di un medico devono essere autorevoli senza apparire dogmatiche: una linea sottile infatti separa i due atteggiamenti. Bisogna sceglierle attentamente accordandosi alla personalità di ogni paziente.

Uno dei motivi dei tentennamenti dei medici è l'abitudine a considerare la medicina una disciplina scientifica. La medicina insegna che i sintomi possono avere una varietà di cause: lo studente impara più di cinquanta cause per una milza ingrossata, ma il paziente non trae alcun beneficio da questa esaustività accademica. Al contrario le possibilità possono trasformarsi in probabilità, che, se comunicate al paziente, provocano disagio e inducono un'altra quantità di sintomi. Il professore indiano colpì nel segno quando disse che l'incertezza è lo stile professionale della scienza e degli scienziati.

Un medico deve al paziente precisione e determinazione. Non è difficile quando la condizione clinica è chiara o

quando i sintomi sono banali. È più problematico quando il medico è meno sicuro, per esempio quando non si può escludere una grave patologia. A volte si sbandiera la certezza fino all'assurdità, apparentandosi agli sciamani o peggio ai ciarlatani. Ma un medico che sa valutare il potere delle parole è consapevole che in alcuni casi la certezza può solo capovolgere la situazione e alleviare il dolore quando tutto il resto ha fallito.

È etico rincuorare il paziente affermando qualcosa che, su un terreno strettamente scientifico, non è plausibile? In un'epoca di caduta morale, l'etica medica raccomanda la sincerità con i pazienti. Ma più di cinquantacinque anni fa il grande scienziato medico L.J. Henderson diceva «l'idea che la verità, l'intera verità, e nient'altro che la verità, deve essere comunicata al paziente è un esempio di falsa astrazione, di fallacia, definita da Whitehead "la fallacia della concretezza smarrita"»¹.

A volte, anche quando le basi scientifiche per la cura erano labili o nulle, mi è successo di parlare di guarigione. È la vana promessa di una cura impossibile? Il medico può sbagliare e perdere la fiducia del paziente o essere oggetto di un'azione legale (vedi capitolo 10). Ma l'esperienza mi ha insegnato che se il paziente percepisce che l'esclusiva preoccupazione del medico è il suo benessere, la sua fiducia non verrà meno anche se il medico avrà torto. In alcuni casi, quando ho promesso una cura che non è andata in porto, i pazienti quasi si scusavano, come se non fossero riusciti a tenere fede alle mie aspettative. Quando ero affranto per la famiglia di un paziente morto durante un'operazione, erano i parenti a consolarmi. Mi sono spesso sentito dire: «Sappiamo che lei ha fatto del suo meglio». Nella mia lunga carriera medica, non sono mai incorso in pratiche legali.

Quando sbaglio, come succede, purtroppo, troppo spesso, non lo nascondo, anzi lo comunico ai colleghi, soprattutto ai miei studenti. Prendo a cuore le parole del poeta Evtuschenko, nella poesia *L'inespresso*:

Tutti gli sbagli e tutte le colpe
si martellano come epilettici
dicendo: «Quello che non è espresso sarà dimenticato
e quello che è dimenticato, succederà di nuovo».

La coscienza degli errori facilita l'apprendimento. Ammetterli pubblicamente aiuta a non ripeterli più e a non sentirsi onnipotenti. Non possediamo poteri assoluti, soltanto intuito, esperienza e una parvenza di conoscenza. Questi strumenti si affinano quando ci si concentra costantemente sull'interesse dell'essere umano che soffre.

Guarire un mal di schiena

Stavo facendo le visite del mattino al reparto B del Peter Bent Brigham Hospital, accompagnato da Jim, un nuovo specializzando con ottime credenziali di studioso, che tuttavia mostrò ben presto un'assoluta mancanza di buon senso. Era dogmatico, arrogante e privo di senso dell'umorismo.

¹L.J. Henderson, *Physician and Patient as a Social System*, «New England Journal of Medicine», 212, 1935, 819-823.

Visitammo una paziente che doveva subire una stimolazione elettrica (cardioversione, vedi capitolo 12) per una fibrillazione atriale, un'irregolarità del ritmo cardiaco conseguenza di una recente operazione alla valvola mitralica. Nella cardioversione, una scarica elettrica nel petto elimina il ritmo anomalo. La signora H., una robusta donna di quasi cinquant'anni, non dava la minima importanza ai nostri programmi e si preoccupava poco del suo disturbo cardiaco. Si contorceva per un terribile mal di schiena, incapace di trovare una posizione comoda, girandosi e rigirandosi tra smorfie e lamenti. Gli antidolorifici prescritti le accrescevano il disagio, provocandole nausea, vertigini e stitichezza. Era furente: «Non voglio sottopormi a quella diavoleria a meno che non mi faccia scomparire il mal di schiena. Voglio una risposta chiara. Il trattamento elettrico mi curerà la schiena?».

Risposi senza esitazione: «Certo».

Jim, che aveva il piede posato sul bordo del suo letto, si batté una coscia con aria sarcastica e sbottò: «Che asinata! La prego di spiegare come può una cardioversione lenire una sciatica!». Mi rigirai come lo spiedo sul fuoco ardente, arrossendo per il disagio e l'imbarazzo. La signora H., confusa e arrabbiata, chiese: «Chi è quel bel tipo?». Risposi che era un principiante che aveva molto da imparare.

Quando lasciammo la sua stanza, la rabbia mi aveva letteralmente tolto la parola e rimasi in silenzio. Il mattino seguente, applicammo la cardioversione alla signora H. e fu ristabilito un ritmo cardiaco normale senza incidenti. Più tardi passai a vederla per informarmi del suo mal di schiena. Disse che il trattamento era stato miracoloso; il dolore era completamente scomparso. Chiese di Jim, perché questa donna di campagna credeva nelle azioni dirette ed avrebbe voluto dargli un pugno sul naso. Le consigliai di non usare la violenza, ma di fare appello piuttosto alla sua intelligenza.

Il mattino seguente alle nove la stanza infermiere del reparto B era un vero e proprio alveare di attività di medici, infermiere, pazienti e inservienti. Jim e io stavamo esaminando le cartelle quando improvvisamente entrò la signora H. Rossa in faccia, era fuori di sé e chiese il silenzio. Quando tutti tacquero, urlò: «Voglio dirvi qualcosa. L'assistente del dottor Lown qui presente, di cui non so il nome né voglio saperlo, pretende di essere un medico. È più stupido di una gallina e dovrete vergognarvi di tenervelo intorno». Poi raccontò con parole pungenti quanto era accaduto, concludendo con una sfilza di imprecazioni rabbiose. Jim all'inizio si fece rosso, poi sbiancò e quasi svenne. Non so che effetto educativo ebbe l'episodio su di lui, perché scelse di non passare con noi i suoi due anni di tirocinio.

Se uno studente in medicina mi chiedesse se la cardioversione fa passare il mal di schiena, risponderei categoricamente di no. Jim sarebbe stato pienamente giustificato se avesse espresso il suo disaccordo in privato, ma, di fronte a un paziente sofferente, è una colpa imperdonabile togliere la speranza di alleviare il dolore.

Questo caso solleva numerosi problemi. Per prima cosa, è etico promettere al paziente qualcosa che difficilmente si verificherà? Non c'è evidentemente nessun legame anatomico tra la schiena e il cuore e sarebbe sciocco se io sostenessi l'efficacia della cardioversione contro i dolori di schiena. Ma non ero stato io a dare inizio a questa conca-

tenazione di pensieri: era stata la paziente. Si era arrampicata sui muri, aggrappandosi all'idea che questa tecnica avrebbe alleviato il suo dolore. Perché un medico deve annientare la speranza a cui si attacca disperatamente il paziente? Quali leggi superiori giustificano questa etica inflessibile?

Come si può essere certi che la cardioversione non sarà di aiuto? La scarica elettrica può saturare i circuiti nervosi, bloccare la trasmissione neurale verso il muscolo e quindi interrompere un circuito cibernetico, in cui lo spasmo muscolare stimola dolorosamente le fibre nervose provocando un disagio che a sua volta causa spasmi ancora maggiori. I cinesi, per migliaia di anni, hanno curato ogni sorta di dolori e disturbi cronici applicando l'agopuntura in luoghi molto lontani dalla localizzazione del dolore o applicando sugli aghi piccole scariche elettriche. È anche possibile che la leggera anestesia prima della cardioversione si riveli salutare. Se il paziente si aspetta qualcosa di più da una terapia, il medico è forse obbligato a disilluderlo? Il benessere del paziente non è forse l'obiettivo primario, se non esclusivo, della medicina?

Per infondere fiducia, il medico deve a sua volta possederla. Non deve preoccuparsi di mostrarsi eccessivamente ottimista. In tal modo può evitare al paziente una snervante peregrinazione di medico in medico e lo può proteggere da stati ipocondriaci.

L'esempio che segue dimostra come un atteggiamento rassicurante può spezzare il ciclo della malattia proprio come il bisturi incidere l'ascesso.

La donna con le palme sudate

Una donnina piccola e fragile giaceva in una piccola stanza che conteneva quattro letti, anche se c'era spazio a malapena per due. Sembrava un uccellino spaurito appollaiato su un ramo spoglio nel pieno dell'inverno. La voce era soffocata perché singhiozzava continuamente. Le nocche erano bianche e ossute, le dita stringevano convulsamente le ginocchia avvicinate al mento. Quando le porsi la mano, esitò e parve sconvolta. La stretta di mano fu rapida, superficiale, le nostre palme si toccarono appena e lei ritrasse subito la sua mano floscia e sudata.

Era sposata da due anni con un bel bambino di un anno, ma la famiglia si dibatteva in gravi difficoltà economiche. Poco più che ventenne, aveva sempre goduto di buona salute fino alla comparsa di una fastidiosa palpitazione cardiaca. Aveva infine trovato i soldi e il coraggio per consultare un medico. Gli ultimi mesi, dopo la prima visita medica, erano stati un incubo.

Il dottore che l'aveva visitata aveva diagnosticato un disturbo del ritmo cardiaco potenzialmente mortale e le aveva detto che le numerose extrasistole potevano preannunciare una morte istantanea. Terrorizzata, consultava il medico tutte le settimane, anche se non avrebbe potuto permetterselo. Ogni settimana, oltre al costo dell'elettrocardiogramma e all'esoso onorario del medico, doveva pagare una baby-sitter. La diagnosi era prolasso della valvola mitralica e la giovane donna pronunciava queste misteriose parole come se fossero un incantesimo fatale. Il medico aveva anche aggiunto che era pericoloso stare da sola con il bambino. Le prescriveva farmaci anti-aritmia che le pro-

vocavano nausea e vertigini, rendendo difficoltose le cure al piccolo: le aveva quindi consigliato di tenere una baby-sitter tutto il giorno che fosse presente in caso di collasso.

Poiché non potevano permettersi di pagare qualcuno, la suocera, con cui non si intendeva affatto, si era trasferita a casa loro e l'aveva sostituita completamente come madre e come moglie. Cominciava a sentirsi un'estranea a casa propria. A ventiquattro anni, aveva la sensazione che la sua vita fosse finita e i suoi singhiozzi erano frutto della disperazione.

Visitandola, trovai il suo cuore completamente normale tranne per un soffio innocuo e alcuni battiti irregolari che non avevano alcun significato prognostico infausto. Le spiegai che il suo cuore era normale, che poteva prendersi cura del figlio senza alcun pericolo, che la suocera poteva ritornare a casa propria. Le consigliai di dimenticare questa sfortunata esperienza e dichiarai che sarebbe vissuta fino a un'età veneranda.

«Ma vorrei piuttosto parlarle di un suo grave problema», dissi poi, con finta serietà.

«Di che cosa si tratta?», chiese con gli occhi spalancati per l'apprensione.

«Il suo unico problema reale sono le palme sudate».

Mi guardò sollevata e risse nervosamente. Ammise che le sue mani erano un problema che le provocava continuo imbarazzo. Adolescente, aveva paura di andare a ballare perché temeva di lasciare un alone umido sulla spalla dei ragazzi. A quell'epoca passava più tempo a pensare alle sue mani sudate che a qualsiasi altra cosa.

Le dissi che, con il modo in cui stringeva la mano, accentuava il problema. «Se dà una stretta rapida e vigorosa, nessuno si accorgerà di nulla. Ma se tende una mano floscia e la porge con esitazione, le dita dell'altra persona scivoleranno lentamente su tutta la sua palma, percependo immediatamente che le sue mani sono sudate. In questo modo, lei preannuncia il problema e quindi lo aggrava. Ma se stringe le mani correttamente, con la palma che tocca la palma, è possibile non accorgersene. Proviamo».

Sperimentammo poi varie strette di mano. Dopo un po', cominciai a rilassarsi ed era divertita e palessamente sollevata. Da quel giorno la sua ansia finì e non ebbe altri problemi di cuore.

Come aveva potuto il suo medico sbagliare così clamorosamente? La presenza di un prolasso della valvola mitralica, quando è accompagnato da ritmo irregolare provocato dal ventricolo, le cosiddette extrasistole ventricolari, è considerata dai medici potenzialmente letale. È una concezione errata. Il prolasso della valvola mitralica è una condizione banale e assolutamente benigna. Negli Stati Uniti ne soffrono con tutta probabilità circa 25 milioni di persone, di cui appena cinquemila avranno dei problemi. È come un granellino di sabbia. È più comune tra le giovani donne (circa il 15% ne soffre), ma la morte è talmente rara da non costituire un problema. E tuttavia migliaia di persone, come la giovane appena descritta, ne sono terrorizzate. Molte addirittura sono morte in seguito agli effetti collaterali dei farmaci anti-aritmia, pericolosi e non necessari.

Come mai queste opinioni errate persistono tra i medici? La prognosi infausta da parte del medico generico è conseguenza della cultura sanitaria. La comprensione, la diagnosi e la cura di un disturbo vengono stabilite dai me-

dici accademici che praticano in cliniche universitarie, e che non assistono mai ai normali casi quotidiani; affrontano solo questioni straordinariamente complesse e complicate. Un paziente con un prolasso della valvola mitralica non si rivolgerà a una clinica universitaria, a meno di non presentare aritmie significative, infarti o endocarditi batteriche, complicazioni molto rare di questa condizione. Quando gli accademici pubblicano articoli sul prolasso della valvola mitralica, possono riferire giustamente che il 10% o più dei pazienti ha gravi complicazioni. Nella mia carriera, ho visto più di venti pazienti con prolasso della valvola mitralica che hanno avuto un arresto cardiaco. Ma sono direttore di una clinica specializzata sull'aritmia che accoglie pazienti da tutti gli Stati Uniti e dall'estero. Dio solo sa quanti milioni di persone costituiscono la popolazione base di riferimento. Generalizzare l'incidenza di una condizione sulle basi dei pazienti di un cronicario o di un ospedale militare crea falsi risultati. Nel primo caso si ha un'utenza di cronici e di anziani, nel secondo solo pazienti giovani.

Quale che sia la patologia, banale come il prolasso della valvola mitralica o letale come un'insufficienza cardiaca, il paziente si aspetta dal medico parole di speranza e ottimismo per migliorare non solo il suo problema medico, ma la propria vita in generale. È più facile se il medico ha un carattere ottimista ed è sicuro di sé. La certezza non si trasmette solo con le parole ma evitando che intervengano eccessivi cambiamenti nello stile di vita. Restrizioni troppo rigide minano la fiducia e impoveriscono la qualità della vita.

I medici a volte assumono il ruolo di religiosi fanatici. I religiosi di antico stampo spesso negano tutti i piaceri corporei e opprimono i «peccatori» con la paura dell'inferno e della dannazione eterna. Anche il medico, nella missione più temporale di procrastinare la morte, di solito sconsiglia le attività piacevoli. Questo atteggiamento può negare ai vecchi e ai malati le poche soddisfazioni che sono loro rimaste.

Mi ricordo una barzelletta che circolava negli ambienti medici. Un paziente chiede al medico cosa può fare per vivere più a lungo. Il dottore sciorina una lunga lista di proibizioni, che comprende quasi tutte le cose che gli piacciono. Il paziente costernato chiede: «Se mi nego tutte queste cose che rendono la vita degna di essere vissuta, vivrò più a lungo?» La laconica risposta è: «No, ma lo potrà credere».

Non cerco mai di imporre restrizioni categoriche a un paziente, a meno che non ci siano ovvie controindicazioni. Anche quando esistono dati sicuri sugli effetti nocivi di un cibo o di un comportamento particolari, la flessibilità e la moderazione sono preferibili a una rigida proibizione. Il paziente che asserisce di non avere mangiato un uovo in dieci e più anni di solito non sta meglio di uno che ogni tanto ne mangia uno. La ragione è chiara. Un comportamento compulsivo origina la paura. Se si pensa che le uova sono pericolose per la vita, si sta costantemente all'erta. Questa continua attenzione, secondo l'insigne fisiologo americano Walter B. Cannon, innesca il modello neurofisiologico arcaico del comportamento lotta-o-fuggi. Questo sistema si è evoluto per milioni di anni per permettere all'animale l'istantanea disponibilità a una lotta per la sopravvivenza o alla fuga. Durante l'attivazione di questo stato comportamentale c'è un aumento di adrenalina, un'attivazione dei riflessi simpatici, un'accelerazione del ritmo cardiaco e un aumento della pressione. Molte ricer-

che scientifiche dimostrano che gli animali costantemente sulla difensiva sono più predisposti ai disturbi cardiaci.

Le probabilità di sopravvivenza aumentano, qualsiasi sia la malattia, quando il soggetto ha un atteggiamento rilassato e filosofico di fronte alla vita e una certa dose di umorismo. Trecento anni fa, il grande medico inglese Thomas Sydenham affermò che «l'arrivo di un clown esercita sulla salute un'influenza più benefica di venti asini carichi di farmaci».

Un medico deve essere l'incarnazione dell'ottimismo e cercare sempre un raggio di luce anche nelle circostanze più fosche. Quando l'esito è dubbio, un atteggiamento affermativo crea benessere, anche se non porta alla guarigione. Il mio motto è: «Non limitare il paziente. Lascia che i limiti siano messi in atto da lui stesso». Ho sempre evitato di vessare e di opprimere il paziente con paure e divieti. Con questo metodo in certi casi alcuni pazienti sono sopravvissuti a dispetto di tutte le certezze mediche, a volte in circostanze davvero miracolose. L'ottimismo può avere risultati gratificanti.

L'ultima avventura

Aspettavo sempre con piacere la visita del professore. Era un uomo alto e dinoccolato, con un aspetto giovanile, una massa di capelli brizzolati, grandi occhi grigi che illuminavano un viso intelligente. Guardava leggermente di sbieco, tenendo la testa da un lato e sembrava che il suo sguardo mi attraversasse. Lo ammiravo profondamente, non tanto per le sue insigni ricerche in campo giuridico, ma soprattutto per la sua dignità e obiettività di paziente.

Dodici anni prima aveva avuto un grave infarto del miocardio che gli aveva lasciato il cuore in uno stato pietoso. Mi ero reso conto della vastità del danno quando avevo visualizzato cuore e polmoni con il fluoroscopio. Non vedevo nulla che si muoveva nel centro del suo petto, soltanto un'unica massa immobile. Non era percepibile neppure un tremolio. Con ansia balbettai «Professor T.!, perché volevo assicurarmi che fosse ancora in vita.

«Sì, dottore, vuole che faccia un lungo respiro?».

«Sì, naturalmente», risposi sollevato e seguii il suo consiglio inalando profondamente.

Dimesso dal Peter Bent Brigham Hospital dopo avere superato molte pericolose complicazioni, insistette per riprendere la sua vita limitandola il meno possibile. Chiese quanto sarebbe vissuto. La prognosi, gli dissi, è nelle mani di Dio. «I greci erano più saggi di noi, ma i loro dèi erano in grado di prevedere ben poco. Capivano che la profezia richiede la completa conoscenza di tutte le cose dell'universo. Non possiamo neppure prevedere se piove o c'è il sole con una settimana di anticipo e lei mi chiede una predizione sulla sua vita», dissi con cautela.

Accettò la mia prudenza, ma insistette dicendo che gli dovevo questa informazione perché potesse pianificare i pochi anni rimanenti. Pensando di esagerare di almeno il 50%, risposi: «Certamente 5 anni». Non abbordò più il soggetto e riprese una vita piena, insegnando alla Harvard Law School, navigando in estate nelle acque settentrionali del Labrador e del Newfoundland, viaggiando dal Cairo al Medio Oriente. Superò la faticosa data e non mi rimproverò mai la timidezza delle mie previsioni.

Dodici anni dopo era ancora attivo ma sempre più sofferente: aveva un'insufficienza cardiaca congestiva, pericolose irregolarità del ritmo cardiaco con accessi di extrasistole, una fibrillazione atriale e ricorrenti parossismi di edema polmonare.

Mentre partecipava a un congresso a Filadelfia, fu visto accasciarsi; un suo amico che sedeva con lui sul palco più tardi mi disse di avere visto il professor T. poggiare improvvisamente il capo sul tavolo. Dopo più di dieci secondi, il professore scrollò la testa come se fosse stato troppo a lungo sott'acqua, fece alcuni profondi e rumorosi respiri e gli occhi si velarono come se avesse perso conoscenza. Era un'osservazione precisa. Quando ricoverammo il professor T., la dura realtà fu subito evidente. Aveva avuto brevi accessi di tachicardia ventricolare con un ritmo di quasi 300 battiti al minuto. Questa pericolosa aritmia faceva temere una morte cardiaca improvvisa. A un ritmo di 250 battiti e più, il pompaggio del cuore è gravemente compromesso anche in un cuore normale; in un cuore malato cessa completamente. Il ventricolo già compromesso del professore non aveva più contrazioni e aveva smesso di irrorare sangue al corpo e al cervello. Erano mini-episodi di arresto cardiaco, regrediti poi spontaneamente. Se fossero persistiti, sarebbe stata la fine.

Il professore era sempre più sofferente e spesso doveva essere ricoverato per prosciugare l'edema polmonare, che rischiava di soffocarlo. Le aritmie divennero sempre più gravi e frequenti. La quantità di farmaci che gli erano necessari sfidavano la saggezza di re Salomone. Fui quindi colpito quando un giorno, all'inizio dell'estate, chiese se gli avrei permesso di andare a pescare in Islanda con un gruppo di giovani amici. Anche se era debole e aveva le labbra bluastre, era ancora molto lucido e determinato a intraprendere questo viaggio estenuante.

Lì per lì, rimasi sconvolto. Invece di rispondere subito con un divieto categorico, tentai alcune evasive manovre verbali, sapendo il significato che aveva per lui l'avventura annuale di pesca. Mi informai sulle dimensioni della barca, sulla difficoltà degli accampamenti, sulla possibilità di seguire una dieta a basso tenore di sale, sui suoi compagni, sulla durezza dell'impresa eccetera. Era chiaro che considerava questo viaggio come un'ultima avventura che potesse coronare degnamente la sua vita piena e produttiva. Non ebbi il coraggio di dirgli di no.

Una volta deciso che il viaggio in barca non gli doveva essere negato, mi dedcai a mettere a punto un programma pratico. Per prima cosa, elaborai un metodo per curare il suo edema polmonare, sollecitandolo a portare sulla barca una bombola a ossigeno e consegnandogli dosi di morfina e diuretici. Ripetei con lui quello che doveva fare in caso di rantoli o respiro affannoso e difficile. Spiegarci che in questi casi i polmoni erano inondati di liquido e che bisognava quindi agire senza indugio. La mia grande preoccupazione era l'apporto accresciuto di sale a causa degli spruzzi di acqua marina. Infine insistetti che facesse un contratto con una compagnia di elicotteri che lo prelevasse in caso l'insufficienza cardiaca congestiva diventasse incurabile.

Mi lasciò in perfetta forma psicologica, ma provato fisicamente. Dopo la sua partenza ebbi dei momenti di apprensione. Il mio disagio crebbe con l'estate e mi rimproverai la mia irresponsabilità. Perché avevo lasciato che un uomo prossimo alla morte per un'insufficienza cardiaca al-

lo stato terminale e ricorrenti tachicardie ventricolari se ne andasse a navigare attraverso l'Atlantico? Avrei potuto giustificarlo in qualche modo se la direzione fosse stata il Sud, ma si dirigevano verso il gelido Nord, l'Islanda. Cominciai a esaminare attentamente i necrologi, che prima sorvolavo appena. L'estate si trascinava.

Venne l'autunno, la mia impazienza aumentava. Mi mancava il coraggio di telefonare a casa sua, ma un giorno vidi il nome del professor T. sulla lista dei pazienti con appuntamento. Era quindi ancora vivo. Non l'avevo ucciso! Quando infine comparve sembrava stare meglio di come lo avevo visto da parecchi anni. Il suo aspetto cachettico e devastato era stato sostituito da una sana abbronzatura e da un colorito arso dal vento, mentre l'umore era ottimo.

«Professor T., ha usato l'elicottero?», chiesi.

«Sì, certo», rispose.

«Oh, mio Dio! È stato un errore da parte mia lasciarla andare». Prima che potesse rispondere continuai: «Il suo edema polmonare si era aggravato?».

Sembrò perplesso: «Sì, abbiamo utilizzato l'elicottero, ma non era solo per me», spiegò.

«C'erano altri malati di cuore che navigavano con lei o c'è stato un grave incidente?», mi informai incredulo.

«Né uno né l'altro. La barca è andata a incagliarsi su un enorme banco di ghiaccio galleggiante. Non c'era modo di uscirne. Dopo essere rimasti bloccati per una settimana, i compagni dell'equipaggio mi hanno chiesto di chiamare l'elicottero per potere ritornare al lavoro. Sono stati grati della mia lungimiranza».

Fu la sua ultima visita. Il professor T. morì alcuni mesi dopo, esattamente dodici anni dopo il primo attacco cardiaco. Fu un'esperienza istruttiva che mi dimostrò la debolezza della capacità prognostica dei medici di fronte alla volontà umana.

Racconto questi casi clinici non solo per sottolineare il valore dell'ottimismo e della fiducia, ma per dimostrare che la medicina deve ancora navigare in acque per lo più inesplorate. Si pensa che, poiché viviamo nell'era della scienza, bisogna finirla con le congetture. Se scegliamo le analisi adatte, il computer scodella la diagnosi esatta per la quale c'è un rimedio efficace. Fosse così! Non sono persuaso che sia tanto semplice. I cosiddetti dati clinici medici sono approssimazioni biologiche; i risultati e le prognosi sono statistiche e la loro applicazione al soggetto richiede invariabilmente una scelta tra diverse opzioni. Un medico esperto sa che troppo spesso i problemi medici non possono avvalersi della scienza.

Un programma efficace per il paziente richiede la conoscenza dell'arte di curare a cui contribuiscono l'esperienza, il ricordo di casi analoghi e il buonsenso. Anche l'umiltà è importante, perché qualsiasi prescrizione e qualsiasi consiglio hanno un grosso margine di errore. Molti dati clinici sono basati su studi epidemiologici compiuti su ampie popolazioni. Un medico si confronta invece con il singolo, con l'individuo unico. Non c'è mai alcuna certezza che egli corrisponda alla curva normale di distribuzione statistica. La statistica può offrire una verità probabilistica, ma nasconde l'anima e l'individualità.

Il medico, fedele alla sua missione, cerca la certezza quando è immerso nel dubbio. Ma il dubbio non può far rimandare l'urgenza della cura e la necessità di guarire. La chiave dell'autentica professionalità consiste nell'agire an-

che quando la conoscenza è inadeguata. La cura deve essere prescritta immediatamente. Il dolore non aspetta la futura soluzione definitiva e molti problemi medici sono unici, eccezionali, mai incontrati prima dal medico né contemplati dalle statistiche. I dati saranno spesso sfumati, il paziente dovrà servire da banco di prova e, se nessun manuale tratta il suo specifico problema, bisognerà inventare la cura. Si finisce per cercare fatti impalpabili che sostituiscano dati precisi che non esistono. Quando ci si confronta con l'incertezza, il medico deve saper confortare il paziente, con una presa in carico globale. Solo allora il medico può in un qualche modo superare il tormento e l'assurdità di prendere decisioni.

9. Tecniche di guarigione straordinarie

C'è un'altra dimensione della medicina, che va al di là dell'incertezza e deriva dalla sua infrastruttura scientifica. Personalmente sono stato testimone di un'epoca rivoluzionaria della medicina, tuttora in atto. Scoperte scientifiche di immensa portata e straordinarie innovazioni tecnologiche hanno mutato completamente il volto della medicina. Quando ho cominciato l'università, la polmonite era ancora una malattia mortale, la poliomielite un flagello e la mastoidite un grave problema pediatrico che tormentava le giovani madri.

Non c'era cura per le endocarditi batteriche. Malati di cuore per la sifilide o la febbre reumatica riempivano le corsie del Johns Hopkins Hospital. La cardiocirurgia era solo ai suoi timidi inizi. Non c'era risposta della medicina per moltissime malattie gravi, dalla lussazione all'anca al distacco della retina. L'emodialisi per i disturbi renali era ancora sconosciuta. La cura per i pazienti con insufficienze renali era un incubo: vomitavano e avevano continui pruriti. Come in molte altre situazioni, noi medici rimanevamo impotenti e offrivamo soltanto parole vuote per lenire una sofferenza immensa. Ho un ricordo nitido, che risale al periodo dell'internato, di un paziente con insufficienza renale all'ultimo stadio. Poiché non lo avevo trovato a letto, andai a cercarlo e lo trovai impiccato nel bagno degli uomini. Quando lo tirai giù, considerai la sua sopravvivenza come un miracolo, fin quando non mi guardò con rabbia indescrivibile, singhiozzando convulsamente. Ricordo ancora le sue parole: «Non siete medici! Siete un plotone di nazisti!».

Le malattie che provocarono tanta sofferenza, come il mal di cuore di origine sifilitica, la poliomielite e la comune otite sono quasi scomparse. Altre, come il vaiolo, sono state debellate. Viviamo in una nuova era della medicina, senza precedenti, con una nuova cultura che interessa sia medici sia pazienti. Le innovazioni terapeutiche quasi miracolose sono mirate a diagnosi ben definite. La soggettività non ha più nessun ruolo nel localizzare una patologia e il successo terapeutico non ha più nulla a che fare con il carattere, la personalità o il carisma del medico. L'elemento chiave di un risultato positivo è associato alla sua competenza professionale e alla sua abilità tecnica. A differenza di epoche passate, poco importa se il paziente crede a quello che prescrive il medico. La polmonite lobare, una volta letale, è curata con antibiotici indipendentemente dai sentimenti del paziente per il medico che prescrive i farmaci o dalla fiducia nella terapia.

In quest'epoca moderna, la crescente intimità tra medicina e scienza crea l'illusione che siano una sola cosa. Spinge i medici a banalizzare l'importanza della presenza a fianco del letto, incoraggia il fatto di trascurare l'anamnesi e diminuisce l'investimento personale. La cura ha sostituito il processo di guarigione come se fossero due sistemi in concorrenza e non complementari.

Par i pazienti, la rivoluzione scientifica ha migliorato le aspettative di una cura immediata per qualsiasi malattia. Ma le preoccupazioni per la salute sono aumentate; anzi, per molti sono un cruccio continuo e il soggetto di conversazione favorito. I media diffondono continuamente notizie mediche e hanno appositi giornalisti specializzati sull'argomento. L'industria della salute è una delle più fiorenti e il maggior salasso delle risorse economiche. Anche se viviamo più sani e più a lungo che nel passato, la tolleranza ai disagi è diminuita ed è aumentata la paura delle malattie. Forse questo è dovuto anche alla familiarità del popolo americano con il pensiero medico. In questo clima culturale, i sintomi più banali sono spesso considerati segni premonitori di malattie mortali. Norman Cousins sintetizza efficacemente: «La maggioranza della gente pensa che vivrà per sempre fino a quando si prende un raffreddore, allora pensa che morirà in un'ora».

Un altro aspetto del nuovo assetto culturale è un sempre maggiore disincanto nei confronti della medicina scientifica. In uno studio condotto dalla Harvard School of Public Health nel 1994, soltanto il 18% degli intervistati si dichiarava soddisfatto del sistema sanitario americano. Le terapie alternative hanno sempre maggiore popolarità. In una ricerca pubblicata nel «New England Journal of Medicine», gli studiosi hanno interrogato un campione selezionato di 1539 adulti di lingua inglese demograficamente rappresentativi della popolazione statunitense. Hanno scoperto che il 34% ha fruito di almeno una terapia alternativa nell'ultimo anno. Erano incluse il rilassamento, la chiropratica, il massaggio, i dosaggi megavitaminici, e le diete come stile di vita, per esempio quella macrobiotica. Le terapie mediche alternative erano ricercate soprattutto per disturbi cronici non pericolosi come il mal di schiena, le emicranie, le allergie eccetera. Anche se tutti i gruppi sociali vi ricorrevano, i bianchi benestanti e colti sotto i cinquanta le utilizzavano con maggiore frequenza. Gli autori di questa ricerca hanno valutato che in America oltre la metà degli 813 milioni di visite annuali riguardano terapie non convenzionali¹.

Perché la gente cerca con frequenza sempre maggiore terapeuti alternativi invece di medici tradizionali? Forse perché la medicina ortodossa non dà sollievo a tutti i loro disturbi. In America soltanto il 25% dei pazienti che si rivolge a un medico tradizionale è curato con successo. L'altro 75% ha problemi che la medicina ufficiale risolve con difficoltà. Dopo avere cambiato una quantità di specialisti ed essersi sottoposti a tecnologie costose e invasive, molti pazienti frustrati si allontanano dalla medicina convenzionale. Il potere di questa lobby di scontenti è stato dimostrato quando il Congresso ha incaricato i National Institu-

tes of Health di creare una sezione dedicata alla ricerca sulle medicine alternative che spaziassero su panorami diversi, dalla guarigione psichica all'omeopatia, dall'agopuntura alla fitoterapia eccetera.

Nella mia esperienza di cardiologo altamente specializzato, i problemi di più della metà dei miei pazienti non sono dovuti al cuore, ma a condizioni di vita stressanti. Pochi pazienti si rivolgono a terapie alternative quando i medici si concentrano sulla guarigione senza focalizzarsi unicamente sui potenti strumenti scientifici a loro disposizione. Guarire un paziente e migliorare il suo benessere spesso richiede immaginazione per lenire il disagio o calmare un dolore. A volte per migliorare il benessere del paziente anche il medico ortodosso può ricorrere a tecniche non convenzionali, che non vengono insegnate all'università, ma scoperte con l'esperienza clinica e verificate con il buon senso.

Il dottor Samuel A. Levine non disdegnava di spaventare i pazienti affinché cambiassero stile di vita. Faceva capolino nella tenda a ossigeno che circondava il letto del paziente, preparata diligentemente dalle infermiere. Per coloro che hanno difficoltà respiratorie, la tenda crea un micro-ambiente freddo, umidificato, ossigenato e funzionale. Impacciato negli stretti confini della tenda, Levine quasi sfiorava con il proprio il viso del paziente. Toccandogli il naso con l'indice, pronunciando ogni sillaba con tono solenne, scandiva una sorta di incantesimo: «Se fumerà ancora dopo questo attacco di cuore, morirà». Poi usciva dalla tenda a ossigeno senza aggiungere altro. La sua formula magica era talmente potente che non ho mai visto nessun paziente a cui era stata applicata riprendere a fumare; alcuni sono arrivati al punto di evitare la compagnia dei fumatori.

Cito di nuovo le parole della dottoressa siberiana che mi disse: «Ogni volta che un medico vede un paziente, quest'ultimo deve poi stare meglio». Quando visito un paziente terminale in ospedale e non c'è più nulla da fare, ricordo questa donna siberiana. Giro il cuscino in modo che il paziente, il cui capo riposava su una superficie stazionata e umida, possa giacere su un tessuto fresco e liscio. Dopo che ho lasciato la stanza, a volte il paziente chiama l'infermiera: «Chi è quel simpatico dottore?». Basta poco, a volte, per fare star meglio qualcuno. A volte un intervento banale può sembrare straordinario al paziente e dargli un po' di sollievo.

Sognare un'omelette

Il signor H. era un maestro di scuola sulla cinquantina, gentile, semplice e premuroso. Si preoccupava molto della sua salute, il che era comprensibile, poiché aveva consultato medici per tutta la vita. Una febbre reumatica infantile gli aveva danneggiato le valvole cardiache, soprattutto quella mitralica, che aveva una grave stenosi. La valvola mitralica si apre nel ventricolo sinistro, la più grande camera di pompaggio del cuore; quando è ristretta, il sangue defluisce, congestionando i polmoni. A un'età ancora relativamente giovane il signor H. aveva avuto un'operazione riuscita alla valvola mitralica, che gli aveva permesso di condurre una vita normale. La situazione fu aggravata da un'endocardite batterica. Questa infiammazione gravissima del rivestimento del cuore e delle sue valvole aveva re-

¹D.W.M. Eisenberg, *Unconventional Medicine in the United States: Prevalence, Costs and Patterns of Use*, «New England Journal of Medicine», 328, 28 gennaio 1993, 246-252.

so necessaria la somministrazione di antibiotici per endovenosa per sei settimane. L'infezione distrusse la sua valvola e dovette subire un'altra operazione che fu difficile, ma gli restituì la salute.

Ben altre cose avrebbe dovuto allarmarlo, ma si preoccupava soprattutto del colesterolo. Anche se non presentava fattori di rischio alle coronarie, e le sue arterie erano normali, seguiva una dieta rigorosamente povera di grassi animali. «Mia moglie è molto severa con me; veglia che neppure un granello di colesterolo passi attraverso le mie labbra».

Quando lo vidi a Natale, gli chiesi cosa desiderasse per il nuovo anno. Rispose senza esitazione, come se il pensiero fosse stato accarezzato a lungo: «Sogno un'omelette». Continuò: «Sono dieci anni che non mangio un'omelette. Mia moglie dice che per me è veleno a causa delle condizioni del mio cuore».

Gli spiegai che il suo tipo di problema cardiaco non richiedeva un'esclusione rigorosa del colesterolo. «Le prescrivo ora un'omelette una volta la settimana, tutte le domeniche». Per essere sicuro che la moglie potesse credere l'incredibile, un cardiologo che prescrive un'omelette, scrissi una lettera d'accompagnamento per la ricetta di un'omelette di due uova ogni settimana. Alla visita successiva, il paziente era raggiante. «Aspetto la domenica come non mi era mai successo prima». Gli occhi splendevano: «Dottore, è il più bel regalo che ho ricevuto da moltissimo tempo».

Medicina complementare e agopuntura

L'agopuntura è una tecnica di medicina alternativa che di solito viene prescritta per i più svariati problemi di salute. La parola agopuntura evoca un alone di magia che viene dalla Cina e la speranza di un sollievo immediato per qualsiasi malanno. Le sue origini si perdono nell'antichità, ma è noto che era già usata all'epoca del favoloso Imperatore Giallo, Huang Ti, che si pensa sia vissuto verso il 2650 a.C. e viene citato nei primi testi medici conosciuti, il *Nei Ching* e *Il Classico di medicina interna*, scritti da studiosi del III o II secolo a.C. Fu introdotta in Occidente nel Settecento da parte di missionari gesuiti inviati a Pechino, ma fu poco conosciuta fino a circa cinquant'anni fa, quando il sinologo francese Soulié de Morant pubblicò un esauriente trattato su questa pratica.

L'agopuntura è basata su un sistema di credenze filosofiche che deriva dagli antichi insegnamenti taoisti. Il principio essenziale prevede una lotta tra li opposti, lo yin e lo yang, che costituisce la base dell'universo e di tutte le cose (vedi David Eisenberg, *Encounters with Qi: Exploring Chinese Medicine*, Norton Press 1985, New York). La malattia è considerata uno squilibrio tra queste forze opposte, ma complementari e indissolubilmente legate. All'interno dell'unità di questi opposti, c'è l'universale *ch'i* (qi) che dà all'esistenza la sua vitalità. La salute di un individuo dipende dal giusto equilibrio del *ch'i*; la malattia è la conseguenza di troppo o troppo poco *ch'i*. L'agopuntura fondamentale si propone di ristabilire un equilibrio e un flusso normale di questa sostanza eterea. Il corpo è una sorta di puntaspilli per circa mille punti di agopuntura, che segue un modello topografico sempre ugua-

le sulla superficie corporea. Le linee che collegano una serie di punti associati a un organo particolare, definiti meridiani, si estendono dalla testa all'alluce e sono i percorsi del flusso del mitico *ch'i*.

Strumento fondamentale della medicina orientale per più di cinquemila anni, l'agopuntura non fu menzionata nemmeno una volta nell'arco di tutti i miei anni di università. Tuttavia durante i miei primi anni di professione, incontrai numerosi pazienti che ne erano entusiasti. Incuriosito dall'idea che aghi che pungevano in punti misteriosi della pelle potessero rivelarsi terapeutici, lessi quei pochi testi sull'argomento disponibili in inglese. Non fui convinto. Quello che mi disturbava era la pretesa di attribuire efficacia per qualsiasi disturbo, dall'acne allo xantoma, compresa la bronchite, il diabete, l'epilessia, l'ipertensione, l'impotenza, la sterilità, l'emicrania, la miopia come pure la nefrite, l'ulcera peptica, la sciatica eccetera. Come l'antico olio di serpente, nulla era escluso dal suo mitico dominio.

Ero anche perplesso dall'assenza di una qualsiasi razionalità anatomica o fisiologica. Per esempio, la giunzione del collo e del cranio è il punto della cistifellea, mentre i polsi sono i punti per i polmoni. La depressione è il disturbo del fegato, mentre la paura è un disturbo dei reni e entrambi reagiscono ai punti di agopuntura lungo i rispettivi meridiani di questi organi. Pensavo fosse impossibile che bucando un piede con un ago fosse possibile migliorare la funzione del fegato e alleviare uno stato d'animo morbo e depressivo. Credevo fosse incredibile che, dopo cinquemila anni di utilizzazione, mancassero le prove oggettive per dimostrarne l'efficacia. La medicina, con grande difficoltà, era uscita dal labirinto del soggettivismo e pochi erano disposti a sostituire lo strumento esatto della scienza con le foglie di tè e le fiabe popolari.

Ma il mio scetticismo si infranse quando ebbi un incontro diretto con l'agopuntura. Andando in slitta quand'ero ragazzino mi ero seriamente danneggiato la schiena; anni dopo, verso la metà degli anni Sessanta, ebbi sporadici accessi di fortissimo mal di schiena e di sciatica. Il trattamento convenzionale comportava lunghi periodi di assoluto riposo a letto e mi ritrovai parecchie volte immobilizzato fino a sei settimane. Poiché non volevo fare fronte all'imprevedibilità di un'invalidità episodica e poiché cominciavo ad avere alterazioni neurologiche, mi sottoposi a un'operazione di ernia del disco. Le conseguenze furono soddisfacenti per cinque anni. Ma poi i dolori alla schiena ricomparvero, anche se non mi obbligavano più a lunghi periodi di riposo.

Nel 1973 feci parte della prima delegazione di cardiologi americani nella Repubblica Popolare Cinese. Il gruppo, condotto dal dottor E. Grey Dimond di Kansas City, era composto da otto insigni specialisti del campo. Volai da Boston direttamente fino a Canton con brevi fermate per il rifornimento a Seattle e Tokyo. Arrivati a Canton alla fine di un viaggio estenuante, cominciai ad avere un forte mal di schiena, che in breve tempo mi mise completamente fuori gioco. Anche il soffice materasso dell'albergo cinese mi sembrava la ruota della tortura medievale. L'unico sollievo consisteva nello sdraiarmi sul pavimento, purché nessuno camminasse vicino a me. I miei colleghi americani, per quanto eminenti autorità mediche, non avevano la minima idea di come curare un mal di schiena lancinante. Il me-

glio che potevano propormi era Tylenol e codeina, che tutti si portano dietro in caso di mal di denti.

Disperato, chiesi ai miei ospiti cinesi, che erano desiderosi di aiutarmi, se potevano consigliarmi un trattamento tradizionale per i dolori di schiena. Si prestarono gentilmente e fui mandato in un istituto di medicina tradizionale. Rimasi in short e dopo un'anamnesi rapida, se non inesistente, comparvero due uomini enormi che assomigliavano ai guerrieri sumo giapponesi. Ciascuno di loro afferrò una delle mie gambe e le tirarono come se volessero disporle ad angolo retto. Il dolore fu ancora più forte ed ebbi la sensazione di essere squartato. Quando mi lasciarono per un momento, saltai giù dal tavolo, dicendo che stavo meglio. All'hotel, stavo peggio di prima. Poiché il dolore era insopportabile e gli antidolorifici offerti dai cinesi erano inefficaci, lasciai perdere le mie riserve e chiesi l'agopuntura.

L'agopuntore era un uomo piccolo, fragile e poco simpatico. Mi massaggiò lo stomaco e mi inserì un ago lungo e sottile sul fondo schiena. Non sentii nulla mentre rigirava l'ago. Seccato che non provassi sensazioni, inserì di nuovo l'ago, mi sembrò nello stesso punto. Sentii una pesantezza e un formicolio spiacevoli e i muscoli delle natiche resistettero alla rotazione dell'ago. Il medico era contentissimo del mio disagio e mormorò qualcosa che sembrò «de-chi». Più tardi appresi che «de ch'i» significava «ottenere il ch'i», fare in modo che l'energia vitale fluisca. Dopo parecchi minuti, mi suggerì di alzarmi e camminare. Rifiutai categoricamente. Con mia grande sorpresa, i tormenti che provavo solo alcuni minuti prima avevano cominciato a diminuire e non volevo riattivarli con esperimenti troppo audaci. Inoltre, desideravo deliziarmi nella meravigliosa sensazione di essere quasi libero da ogni dolore.

L'agopuntore continuò a insistere perché mi alzassi. Mi alzai senza aiuto e feci qualche passo senza grande dolore. Mentre pochi minuti prima sembrava che un attizzatoio bollente fosse stato messo sul mio nervo sciatico, ora sentivo soltanto un piccolo irrigidimento e un intorpidimento. Anche se fisicamente mi sentivo bene, psicologicamente ero in stato di choc. L'agopuntore ritornò il giorno dopo e, oltre agli aghi, portò una stufetta; l'estremità accesa di un bastoncino di erbe che bruciava lentamente, un assenzio cinese, fu posta vicino alla mia pelle nel punto esatto in cui mi aveva applicato l'agopuntura. Riuscii a camminare ancora meglio e senza dolore. In passato, data la gravità del dolore, ci sarebbe voluto un mese o un riposo assoluto a letto prima di guarire. Ora, dopo tre giorni, potevo camminare senza problemi. Un settimana dopo salivo sulla Grande Muraglia Cinese e non ebbi difficoltà durante il viaggio di ritorno da Hong Kong a Boston. Per circa un anno i dolori di schiena non ricomparvero.

Se questa cura miracolosa mi fosse stata raccontata da qualcun altro sarei stato scettico, ma non potevo negare una realtà che avevo vissuto sulla mia stessa pelle. O ero un nevrotico suggestionabile oppure l'agopuntura aveva un merito oggettivo. Come si sarebbe potuto aspettare, scelsi quest'ultima opzione. Ricordando le parole di sant'Agostino «Non ci sono miracoli, solo leggi sconosciute», non pensai più che fosse una «puntura da imbrogliatore». Cominciai a fare una ricerca scientifica.

In Cina avemmo l'occasione di saperne di più su quella che chiamavano anestesia con l'agopuntura nella clinica

sia tradizionale sia occidentale. Il presidente Mao ha detto: «La medicina e la farmacologia cinesi sono una miniera di tesori e bisogna sforzarsi di esplorarle e di portarle a un alto livello». Si tratta in realtà dell'agopuntura, della fitoterapia e del massaggio. La nostra visita avvenne nel bel mezzo della «grande rivoluzione culturale proletaria». Qualsiasi espressione di Mao era diventata un comandamento assoluto e ogni minima riserva all'entusiasmo generale giustificava la prigione, la deportazione ai lavori forzati in campagna o anche peggio. In quanto terapia nazionale, era l'epoca d'oro dell'agopuntura e se ne vantavano i meriti con esempi inverosimili di cure straordinarie.

Anche senza tenere conto delle sciocchezze ideologiche, era comunque impressionante osservare la sua efficacia come sostituto dell'anestesia in diverse operazioni chirurgiche. Assistemmo a tiroidectomie, asportazioni di tumori al cervello e operazioni di cardiocirurgia effettuate in pazienti svegli sottoposti ad agopuntura. La ricostituzione di una lacerazione nel cuore, a cui presenziai, mi fece una grande impressione. Il paziente, un giovane di vent'anni con un difetto del setto ventricolare, entrò nella sala operatoria di un importante ospedale di Shanghai camminando da solo. Dopo aver stretto le mani degli otto visitatori americani, si mise sul tavolo operatorio e l'operazione ebbe inizio. La stanza era spoglia, tranne per una bombola a ossigeno, uno sfigmomanometro e una primitiva pompa a ossigeno. Il paziente era preparato con il drappo operatorio, gli era stata messa una fleboclisi e un sottile tubo di gomma che forniva ossigeno gli era stato inserito in una narice. Parecchi aghi gli furono poi applicati nell'orecchio e nel polso sinistro. Dopo un quarto d'ora, sembrò addormentato. Allora fu collegato a una vecchia macchina per by-pass che forniva un pompaggio esterno al cuore.

L'operazione fu compiuta con estrema abilità e eccezionale rapidità. Il chirurgo aveva aperto il petto in un battibaleno e fibrillato elettricamente il cuore per fare smettere le contrazioni. La fibrillazione ventricolare è un ritmo caotico e ultrarapido in cui il pompaggio del cuore cessa, permettendo al chirurgo di avere un po' di tregua per il suo lavoro. In assenza di un macchinario esterno per il pompaggio esterno, il paziente morirebbe in pochi minuti.

Poiché ero in testa al tavolo operatorio, potevo osservare bene il volto del paziente. L'intera scena era completamente surreale per coloro che erano abituati alla medicina occidentale. Più di una volta, durante l'operazione, il paziente aprì gli occhi e parlò, anche se non aveva contrazioni cardiache. Un eminente chirurgo americano che stava vicino a me mi disse incredulo: «Vede anche lei quello che vedo io?». Sussurrò che era stato sottoposto a un trucco cinese di ipnosi di massa.

Il paziente si lamentò solo due volte, quando si verificò un'emorragia eccessiva, che il chirurgo ebbe difficoltà a asciugare rapidamente. Poiché il paziente aveva il drappo operatorio e non poteva vedere quello che succedeva nella sua cavità pettorale e il chirurgo rimaneva in silenzio, ero sconcertato dagli indizi che il paziente era in grado di raccogliere. Quando il chirurgo ebbe la situazione sotto controllo, il paziente si rilassò.

Mentre l'operazione stava giungendo alla fine e stavano richiudendo il torace, cominciai a preoccuparmi su come avrebbero ristabilito il cuore che fibrillava, perché non c'era in vista nessun defibrillatore cardiaco in quel teatro

operatorio tecnologicamente vuoto. Quando la gabbia toracica fu chiusa, utilizzarono un vecchio defibrillatore, identico a quello che avevo introdotto più di dieci anni prima (vedi capitolo 13). Misero le placche degli elettrodi sulla parete toracica e rilasciarono una scarica elettrica, che restituì subito un ritmo normale. Poi medici e infermiere si allinearono davanti a me, si inchinarono e dissero: «Vi ringraziamo per avere servito il popolo». Il paziente si sedette, di nuovo strinse le mani a ognuno, si installò da solo su una sedia a rotelle e fu condotto nella stanza.

Da allora, i cinesi hanno imparato che l'agopuntura non è in tutti i casi un sostituto efficace dell'anestesia. Non è più utilizzata nelle operazioni addominali o ginecologiche, e molti pazienti non sono soggetti adatti. È comunque un'ottima tecnica per diminuire la percezione del dolore. La base della sua efficacia è ancora misteriosa. Incuriosito dal modo in cui lavoravano, ho visitato l'Istituto di Medicina Tradizionale Cinese di Shanghai, un centro pilota della ricerca sull'agopuntura. Vi ho trovato una irrefutabile conferma del potere dell'agopuntura come agente analgesico. Ho assistito a un esperimento che avrebbe urtato la sensibilità di molte persone.

Un coniglio fu legato a una barella, con il corpo immobilizzato e la testa libera. Fissata di fronte al naso del coniglio c'era una matassa di fili. Quando il reostato elettrico veniva girato, i fili diventavano incandescenti. In pochi secondi il coniglio mosse la testa lontano dalla fonte di calore. L'esperimento fu ripetuto parecchie volte con una reazione identica. Diversi aghi di agopuntura furono poi inseriti in una delle zampe posteriori del coniglio, che furono poi attaccate a uno stimolatore elettrico. Questa volta, quando il filo davanti al naso del coniglio diventò incandescente, la testa non si mosse. Vidi con incredulità e orrore la punta del naso cominciare a bruciare e diventare nera con il classico odore acre di carne bruciata. Quest'unico ma decisivo esperimento dissipò tutti i miei dubbi sul fatto che l'agopuntura potesse annullare la sensazione di dolore.

Ma in che modo la percezione del dolore è bloccata dall'agopuntura? Gli scienziati cinesi offrivano diverse spiegazioni. Una si collegava ai meccanismi di selezione della corda spinale, che si può chiudere quando stimoli potenti penetrano nella rete nervosa. In base a questa teoria, lo stimolo dell'agopuntura serve come semaforo rosso che blocca l'informazione dolorosa che sorge nelle terminazioni dei nervi periferici e impedisce che i messaggi nocivi raggiungano il cervello. Un'altra spiegazione è che l'agopuntura rilasci neuropeptidi nel sangue, che smorzano la percezione del dolore. A sostegno di questa seconda teoria c'è il fatto che trasfondere il sangue di un animale in agopuntura in un altro animale abbassa il dolore di tre volte anche se quest'ultimo non è stato sottoposto a agopuntura.

Il dottor David Eisenberg, attento studioso della medicina tradizionale cinese, ha concluso: «Ci sono sufficienti prove scientifiche che l'agopuntura possa alterare in modo prevedibile e riproducibile la percezione del dolore negli animali e negli esseri umani». Egli ipotizzò che il sollievo dal dolore potesse essere dovuto al rilascio di endorfine, simili agli oppiacei. I cinesi hanno riportato casi di assuefazione all'agopuntura². I soggetti assuefatti presentano i

sintomi tipici dell'astinenza, stanchezza, nausea, dolori addominali e emicrania quando si smette l'agopuntura. I sintomi scompaiono rapidamente quando si riprende l'agopuntura, il che fa pensare che questa tecnica stimoli nel cervello i centri di produzione di questi neuromodulatori, come le endorfine e le encefaline, che potenzialmente danno assuefazione.

La mia esperienza personale con l'agopuntura e le osservazioni fatte durante i numerosi viaggi in Cina sollevano importanti interrogativi nel campo della neurofisiologia e della psicobiologia. Se la stimolazione della rete dei nervi sottocutanei può bloccare la trasmissione del dolore ai nervi in modo così totale da poter operare collo e cervello senza anestesia, devono esistere potenti elementi alla superficie del corpo che alterano la percezione del cervello o la decodificazione delle sensazioni fisiche. Queste ultime possono essere alterate anche senza penetrare attraverso la pelle? Poiché il massaggio e la semplice pressione sono efficaci, è possibile che gli aghi non siano necessari.

L'agopuntura ha una base neurofisiologica comune con i placebo? L'azione dei placebo è importante in medicina. Perché una semplice pillola rivestita di zucchero modifica le funzioni corporee più complicate? Non si può mai essere certi che l'effetto attribuito a un farmaco non sia in parte o completamente dovuto all'effetto placebo. Come i farmaci, anche i placebo possono indurre gravi effetti collaterali. Secondo il dottor Herbert Benson, sostenitore della reazione di rilassamento, l'efficacia di un placebo comporta tre elementi fondamentali: la fiducia e le aspettative del paziente, quelle del medico e il rapporto medico-paziente. Questi stessi elementi sono la base di gran parte della medicina alternativa³.

Mi rivolgo spesso a quella che è definita medicina alternativa per risolvere problemi per i quali non trovo risposte scientifiche e linee di condotta utili nella letteratura medica. Non ci si può sempre basare sui libri. Le qualità peculiari di ogni individuo implicano il fatto che ciò che vale per uno non si rivela egualmente efficace per un altro. A volte, non hanno successo neppure misure straordinarie. Oggi è difficile che un medico utilizzi l'ipnosi; con maggiore probabilità, il paziente sarà indirizzato da uno psicologo. Nella nostra epoca, in cui tutto può trasformarsi in azione legale, un medico può venire penalizzato se fallisce una sua tecnica innovativa e le conseguenze sono ancora peggiori se la tecnica è davvero nuova e non ancora sottoposta a verifiche. La paura di azioni legali rende i medici esitanti, circospetti e, di conseguenza, spesso inefficaci.

Singhiozzo e ipnosi

Alla fine degli anni Cinquanta, fui chiamato a visitare un medico della Virginia Occidentale che era ricoverato al reparto di pneumologia del Peter Bent Brigham Hospital. Era una visita di routine per una verifica preoperatoria dello stato del cuore. Il dottor E.W. era un afro-americano, depressivo, cachettico e pieno di rughe, che sembrava molto più vecchio dei suoi cinquantatré anni. Era in attesa di una toracectomia esplorativa per una lesione al polmone sini-

²Eisenberg, op. cit., 118.

³Eisenberg, op. cit., 12.

stro. Si sospettava un tumore perché aveva fumato tre pacchetti di sigarette al giorno per trent'anni. Si era nell'epoca antecedente a quella delle eleganti tecnologie diagnostiche che evitavano di ricorrere alla chirurgia. L'aspetto più sconcertante del paziente erano i frequenti accessi di singhiozzo che gli scuotevano tutto il suo corpo. Gli spasmi, che avvenivano solo quando era sveglio, lo facevano balbettare e interferivano con la nutrizione.

Negli ultimi due anni il dottor W. non aveva avuto mai una tregua momentanea dal singhiozzo quand'era sveglio. Si era rivolto a numerosi centri nella vana ricerca di una cura, ma nessuno gli aveva prescritto una terapia che gli desse sollievo. Era stato anche sottoposto a un'operazione che gli aveva reciso il nervo frenico sinistro, paralizzando parzialmente il diaframma. Questa procedura drastica non aveva avuto altro effetto che ostacolarli la respirazione. Un tentativo di suicidio lo aveva fatto ricoverare nel reparto psichiatrico del Massachusetts Mental Health Hospital, dove una radiografia di routine al torace aveva individuato una macchia al polmone. Fu quindi trasferito nel nostro ospedale, poiché le sue condizioni erano giudicate gravi. L'importante perdita di peso di più di sei libbre, la grave anoressia e il singhiozzo facevano pensare a un cancro con metastasi.

Non avevo mai visto un essere umano così triste. Ero desolato che nella nostra epoca la medicina moderna fosse impotente di fronte a un singhiozzo. Nelle mie osservazioni cliniche, espressi la certezza che la condizione avrebbe potuto essere efficacemente curata, ipotizzando che la lesione al polmone fosse benigna, conseguenza dell'immobilità del diaframma.

Quando, alcuni giorni dopo, ritornai da un viaggio, il mio assistente, un medico appena specializzato, mi suggerì di visitare il dottor W., che sembrava ormai sotto la mia responsabilità. Il medico chiese ai chirurghi che il paziente fosse trasferito nel mio reparto ed essi acconsentirono, poiché non desideravano essere afflitti da un problema incurabile, quando io mi ero auto-proclamato specialista di singhiozzo. La mia costernazione crebbe quando consultai di nuovo la voluminosa cartella del dottor W. Tutti i possibili trattamenti contro il singhiozzo conosciuti dalla medicina erano già stati tentati: lo zucchero sul dorso della lingua, l'inalazione di vapori di ossido di nitrato, l'aglio e altri rimedi più esotici, tutto senza alcun esito. Anche la recisione del nervo frenico, in un disperato tentativo di migliorare la sua condizione, si era rivelato inutile.

La mia costernazione aumentò e si trasformò in panico quando mi accorsi che non ero un esperto di singhiozzo e che non avevo nulla da suggerire che non fosse già stato tentato innumerevoli volte. In realtà, non avevo mai affrontato un problema simile. Cosa potevo fare per un uomo così depresso e debilitato? Il dottor W. diceva, con frasi spezzate, che se non guarivamo il singhiozzo non voleva più vivere, perché la sua vita era diventata un inferno. Il singhiozzo aveva spezzato il suo matrimonio, gli aveva fatto abbandonare la professione e lo aveva reso invalido e povero.

Nei giorni seguenti non mi occupai d'altro se non di quel dannato singhiozzo. Le ricerche sui testi disponibili furono completamente frustranti. Mi ossessionava uno stesso pensiero, che sembrava emettere poche battute cafoniche, come l'ago di un fonografo inceppato nel solco

della registrazione. Se il singhiozzo era dovuto a un tumore che irritava un nervo del plesso, perché si interrompeva di notte? Se il sonno lo faceva cessare, era probabilmente la conseguenza di un deterioramento strutturale piuttosto che di una lesione organica. Era un fatto positivo. Forse era impossibile determinarne la causa, ma l'induzione di uno stato di rilassamento non avrebbe provocato un sollievo simile a quello ottenuto durante il sonno? All'improvviso, eureka! La suggestione postipnotica sarebbe stata un'indicazione utile? Non era un percorso per me inusuale, considerando il fatto che, durante l'anno precedente, avevo lavorato con un gruppo per studiare le conseguenze cardiovascolari dello stress cronico indotto tramite una suggestione postipnotica.

Senza lasciarmi scoraggiare dal fatto che l'ipnosi non era mai stata utilizzata prima per singhiozzi incurabili, chiesi aiuto a un brillante psicologo, il dottor Martin Orne, del Massachusetts Mental Health. Anche se molto giovane, era già considerato un'autorità nel campo dell'ipnosi e, poiché era stato nostro collaboratore delle precedenti ricerche, lo conoscevo bene. Quando gli telefonai per riferirgli il caso clinico, Orne confermò che l'ipnosi era un approccio terapeutico ragionevole.

«Lo può vedere questo pomeriggio?», chiesi.

«Non è possibile. Sto andando all'aeroporto».

«Va bene. Il paziente soffre di singhiozzo da due anni, alcuni giorni in più non cambiano niente. La aspettiamo al suo ritorno», risposi. La mia delusione divenne disperazione quando mi informò che sarebbe rimasto in California per sei settimane.

«Cosa devo fare allora?», implorai disperato.

Orne, con il suo spiccato accento tedesco, rispose che dovevo procedere senza di lui. «È facile. Ipnotizzerà il dottor W. come mi ha visto fare per un anno. Non avrà problemi». Poi mi diede alcune semplici istruzioni sull'arte dell'ipnosi, raccomandandomi di non citare mai il singhiozzo mentre il paziente era sotto ipnosi, mi augurò buona fortuna e mi lasciò da solo.

Il giorno dopo appesi un cartello davanti alla stanza del dottor W.: «NON DISTURBARE. TERAPIA IN CORSO». Raramente ero stato così ansioso. Mi trovavo in un bel pasticcio e non avevo nessuna possibilità di tirarmi indietro. Ma ipnotizzare il dottor W. si rivelò piuttosto facile. Era un soggetto disponibile, cooperante e altamente motivato. Poiché Orne non mi aveva permesso di nominare il singhiozzo, mormorai: «Si rilassi ora, si rilassi profondamente». Questo bisbiglio, simile ai mantra buddisti mi faceva venire sonno, ma non aveva nessun effetto sul singhiozzo. Non succedeva nulla. La seduta, che aveva luogo il mattino, durava venti minuti. Giorno dopo giorno aumentava la mia disperazione: la frequenza del singhiozzo rimaneva immutata. Nel frattempo, strani mormorii, timide occhiate e risolini soffocati tra il personale infermieristico mi accoglievano tutte le volte che arrivavo per una seduta. Senza dubbio si chiedevano cosa stessi facendo dietro quella porta.

Un giorno, facendo visita al dottor W., ebbi l'idea di chiedergli di fare un conto giornaliero dell'esatto numero di singhiozzi. Questa richiesta sembrava idiota, ma era sostenuta da un progetto. Gli diedi un taccuino e gli suggerii un metodo per fare la registrazione. Subito prima di ipnotizzarlo gli chiesi il numero di singhiozzi della giornata. Il primo giorno erano 43.657. Mentre era sotto ipnosi,

era possibile alludere al problema senza menzionare la parola «singhiozzo». Prima di finire la seduta, gli suggerii semplicemente di ridurre la quantità a meno di 40.000. Il giorno fu di una lunghezza estenuante fino alla visita seguente.

All'ora faticida, prima di sedermi, la domanda era già sulle mie labbra: «Che numero oggi?», chiesi solennemente, tentando di nascondere la mia apprensione. Il dottor W. rispose, senza emozione, che era giunto a 38.632. Potevo a mala pena dissimulare la mia eccitazione. Poiché il numero di singhiozzi era diminuito quasi esattamente di 5.000, decisi di pormi come obiettivo una riduzione analoga ogni giorno. Non ero ancora pronto a cantare vittoria, ma per la prima volta c'era uno spiraglio di luce alla fine di una lunga galleria buia. Alla prossima seduta di ipnosi, suggerii: «Domani saranno meno di 34.500». Il giorno dopo erano 34.289. Ogni giorno riducevo di 5.000 e ogni volta i singhiozzi diminuivano quasi esattamente di questo numero.

Quando giungemmo a circa 15.000, il miglioramento era evidente. Il signor W. era meno depresso. Per la prima volta, aveva qualche speranza, ogni tanto sorrideva perfino. Cominciammo a parlare in modo costruttivo del suo ritorno a casa e del modo di rimettere insieme i frammenti della sua vita spezzata.

Quando raggiungemmo 5.000, rallentai il ritmo. Più tardi disse che viaggiare in macchina, in passato, rendeva il singhiozzo intollerabile. All'epoca era giunto a zero e in ipnosi gli suggerii che mentre guidava sarebbe rimasto a zero. Facemmo un giro con la mia automobile e non emise un solo singhiozzo. Il dottor W. aveva capito di essere guarito e che era ora di ritornare a casa.

Questa impresa mi aveva occupato per più di tre settimane, durante le quali ero stato in un indescrivibile stato di ansia ed eccitazione. Continuavo a chiedermi: «Perché sto indulgendo in simili idiozie, completamente fuori dalla mia portata, diventando lo zimbello dei colleghi e mettendo a repentaglio la mia carriera?». La paura di azioni legali per negligenza non era ancora all'orizzonte, ma io stavo agendo in modo negligente. Fu la prima e ultima volta che mi cimentai nell'ipnosi, soprattutto perché non avevo mai incontrato un problema simile. Dovessi rifarlo, seguirei una simile linea di condotta? Probabilmente sì.

Un medico appartiene a due culture: quella dominante è la scienza, la seconda è l'arte di curare, che è indispensabile al pieno successo della scienza. In futuro il dominio della scienza andrà oltre la malattia e la cura, ma non sostituirà mai l'arte. Rimarrà sempre ampio spazio per le terapie alternative che hanno le loro radici in tradizioni diverse della scienza. La realtà fondamentale è che l'anima non è racchiusa nel cervello. La medicina non può abbandonare la guarigione delle anime sofferenti senza compromettere il suo ruolo per la condizione umana.

10. La malasanità compromette la guarigione

Si parla di malasanità per ogni problema sanitario: il prezzo oltraggioso dei farmaci, i costi in aumento delle spese ospedaliere, gli onorari esorbitanti degli specialisti e anche il carattere meccanico della medicina moderna e il deterio-

ramento del rapporto medico-paziente. Alcuni dirigenti dell'amministrazione sanitaria credono che una riforma equa del sistema sanitario richieda anche una regolamentazione del «caos delle azioni legali contro la malasanità»¹.

Negli Stati Uniti la medicina ha avuto la sua gloria nelle piccole comunità nei primi decenni del nostro secolo. Medici formati in modo rigoroso sapevano abbastanza per curare ogni singolo caso. Anche quando non era certo della patologia, cosa che succedeva spesso, il medico andava a casa del paziente e rimaneva al suo capezzale. Il ricovero era eccezionale. Il medico conosceva il paziente come persona e la sua famiglia e aveva un'idea ben precisa dei suoi problemi psicologici e sociali. Nella società odierna, questa situazione idilliaca è scomparsa. Nelle ampie aree urbane in cui risiede la maggioranza della popolazione, il medico si confronta con un estraneo. Raramente c'è tempo per i convenevoli, una stretta di mano o quattro chiacchiere rilassate. Il medico, costretto dagli orari, ha a disposizione soltanto venti minuti a paziente. Il colloquio si concentra perciò sul sintomo principale, che di solito non mette in luce il motivo reale della visita. Il poco tempo disponibile inoltre può essere interrotto dallo squillo del telefono o da altre intrusioni. La visita è spesso superficiale come l'anamnesi e si concentra sugli organi interessati dal sintomo.

Questi incontri brevi e spesso frustranti non fanno emergere i problemi più profondi; al massimo possono soddisfare temporaneamente una richiesta immediata. Quando l'anamnesi è rapida, il medico si perde in un mare di possibilità, che giustificano il ricorso alla tecnologia. Invece un'anamnesi attenta, una visita accurata e poche analisi di routine forniscono l'85% dell'informazione di base necessaria per una diagnosi giusta. Le tecnologie costose e invasive sono molto meno soddisfacenti e permettono di ottenere solo il 10% circa dei dati utili per una diagnosi certa².

La paura di cause legali e la superficialità dell'incontro iniziale incoraggiano ulteriori analisi e procedure spesso invasive. Se si tiene conto di tutte le opzioni diagnostiche, non si incorrerà in accuse di negligenza. Con tale medicina difensiva, problemi di poco conto saranno oggetto di innumerevoli analisi. Sono venuto a saperlo dai miei assistenti che, per integrare il loro magro stipendio, spesso passano la notte al pronto soccorso o nei reparti degli ospedali di provincia che mancano di personale. In passato, questo incarico si limitava alla presenza fisica, permettendo di aggiornarsi nella lettura e di recuperare il sonno. Ora questo non succede più: dopo un week-end di guardia, i giovani medici arrivano alle visite del mattino completamente esausti. Le guardie di routine richiedono la prescrizione di un'infinità di analisi e la presa in carico delle complicazioni che possono risultare dalle procedure invasive. Prima, a un ragazzino caduto dalla bicicletta con escoriazioni, ci si limitava a curare la zona lesa. Oggi, prima di rimandarlo a casa, bisogna prima escludere tutte le possibili complicazioni, il più delle volte assolutamente improbabili. Un giovane medico mi ha spiegato: «Lo faccio solo per essere coperto dall'assicurazione».

¹J.S. Todd, *Reform of the Health Care System and Professional Liability*, «New England Journal of Medicine», 329, 1993, 1733-1735.

²J. Hampton, «British Medical Journal», 2, 1975, 486-489.

L'ironia vuole che, per evitare problemi, si giunge proprio alla situazione indesiderata. Nel migliore dei mondi possibili, qualsiasi procedura utilizzata su un paziente può provocare un minimo inevitabile di complicazioni. Nessuna tecnica ne è esente. Anche un'innocua iniezione endovenosa può diventare focolaio di infezioni o causa di coaguli di sangue. Il cateterismo cardiaco, comunemente praticato, una volta su quattrocento può provocare una complicazione gravissima. Inoltre, raramente si fa un solo esame e si ricorre a analisi supplementari per confermare i risultati originari, moltiplicando le probabilità di reazioni indesiderate.

Qualsiasi analisi medica, anche di routine e ben collaudata, si rivela inesatta in circa il 5% dei casi, dando luogo a risultati falsamente positivi o falsamente negativi. Un risultato falsamente negativo significa che l'analisi non è riuscita a individuare una situazione esistente. L'errore opposto, un risultato falsamente positivo, è a mio avviso molto più grave, perché dà l'avvio a innumerevoli altre analisi. Per esempio se un'elettrocardiogramma sotto sforzo è positivo, e mostra alterazioni compatibili con disturbi alle coronarie, il medico spesso prescrive un angiogramma coronarico, invasivo, costoso e fonte di complicazioni supplementari. Se il test è positivo, viene ripetuto; se il secondo test è negativo, il risultato non è comunque definitivo. Un terzo test si rivela necessario e solo se è normale si riconosce l'errore del primo. Possono passare settimane o mesi prima che la situazione venga chiarita e dissipare infine i timori di gravi malattie. Più si fanno analisi, più si rischia un'informazione errata. Nel caso di un risultato falsamente positivo, si innesca un meccanismo senza fine per individuare uno stato patologico che non esiste. Nel caso di risultati negativi, si trascura una condizione clinica che bisognerebbe curare. In entrambi i casi, il paziente rimane sconcertato e deluso.

La tendenza a indulgere in accertamenti e analisi cliniche scaturisce dalla natura stessa della medicina. Molti problemi che un medico incontra mancano di una spiegazione immediata, ma, volente o nolente, devono essere curati. Ci vuole molta esperienza perché un medico sia in grado di controllare l'arte di navigare nel mare dell'incertezza, soprattutto nell'epoca delle certezze scientifiche. La formazione universitaria sottolinea l'aspetto scientifico della materia, rinforzato poi durante la pratica in ospedali attrezzati di modernissime tecnologie applicabili a ogni problema.

Un altro elemento che facilita la propensione ad analisi indiscriminate è la conoscenza enciclopedica del giovane medico. Minore è l'esperienza, minore la capacità di distinguere il probabile dall'improbabile. Ci vuole molta esperienza per capire che i fenomeni strani si incontrano raramente e per sapere quando è opportuno lanciarsi in accertamenti approfonditi.

Questi fattori spiegano perché le autorità sanitarie, a ogni nuovo ricovero, raccomandano una lunga lista di esami, molti dei quali molto specifici. Ci si giustifica con una domanda stereotipata: e se il paziente avesse questa rara malattia? Poiché le équipes inesperte si basano su quello che hanno studiato, non c'è da stupirsi che si ricorra tanto volentieri alla tecnologia. Non ci si dovrebbe meravigliare che, anche nei migliori ospedali, si verifichino tante complicazioni. I pericoli si moltiplicano non solo per l'alta con-

centrazione di giovani con scarsa esperienza e poca supervisione, ma perché hanno la responsabilità di tutta questa artiglieria pesante tecnologica. Paradossalmente, l'ospedale è un posto assai rischioso per i malati.

Ricordo ancora con dolore la tragica sequenza di eventi che accadde a uno dei miei pazienti quando venne ricoverato. Era un insigne cattedratico, studioso di fama internazionale, e curavo i suoi disturbi alle coronarie da più di vent'anni. Ricoverato in chirurgia per la rimozione di un tumore alla vescica, ebbe un leggero attacco cardiaco il secondo giorno dopo l'operazione. Il medico di guardia, pensando che il paziente avesse un'insufficienza cardiaca congestiva, decise senza consulto di inserire un filo di Swan-Ganz per misurare la pressione del cuore. In questa procedura, si inserisce un catetere in una vena del collo, lo si fa passare nel ventricolo destro e lo si inserisce in un ramo dell'arteria polmonare. Ciò permette di misurare la pressione nella cavità ventricolare sinistra, un dato fondamentale, e aiuta a controllare l'equilibrio dei fluidi. In teoria, dà un'informazione preziosa, ma in pratica è raramente utilizzato, se non addirittura mai. Nel professore non era assolutamente giustificato.

Il giorno dopo, venni a sapere dalle infermiere che il mio paziente era molto agitato perché gli era stato applicato un catetere nel cuore. Il dispositivo era stato inserito nel ventricolo destro e aveva provocato una tachicardia ventricolare, rapidamente degenerata in fibrillazione ventricolare e poi in un arresto cardiaco. Sopravvisse cinque giorni soltanto a un prolungato tentativo di rianimazione. Quando il medico di guardia fu interrogato sulla necessità di una procedura tanto invasiva, rispose che sarebbe stata una negligenza trascurare un controllo emodinamico. In un uomo di ottant'anni che aveva appena avuto un leggero attacco di cuore, la procedura era assolutamente ingiustificata.

Anche se un episodio talmente tragico è eccezionale, i media trasmettono l'immagine di una giungla di misfatti e di negligenze, lo scatenarsi di un'epidemia di incompetenza medica. «Il macello della malasanità è sorprendente. Se addizionate i morti annuali negli Stati Uniti per crimini, per incidenti stradali e per incendi, non eguaglieranno la stima di 80.000 morti ogni anno in ospedale per errori medici»³. L'articolo continua rivelando che decine di migliaia di pazienti sono rimasti paralizzati, cerebrolesi, ciechi o invalidi di conseguenza all'incompetenza medica.

Certo, si possono citare singoli casi di grave incompetenza che provocano vere e proprie tragedie. Quello che inasprisce l'opinione pubblica è la riluttanza dei medici a denunciare un collega davvero incompetente. Un caso che ebbe ampia risonanza nei media fu quello di un uomo di quarantaquattro anni ricoverato per una banale operazione alla schiena. Credeva di essere dimesso in pochi giorni, ma passò sei mesi all'ospedale e fu dimesso con danni cerebrali gravissimi che soltanto 70 pastiglie al giorno potevano tenere sotto controllo. La tragedia era stata provocata da un anestesista alcolizzato che diede al paziente una dose di sedativo dieci volte superiore al previsto, e poi non controllò i segni vitali durante l'operazione. I colleghi che passano sotto silenzio tanta incompetenza non sono in alcun caso giustificabili.

³B. Herbert, «New York Times», 10 agosto 1994.

Anche se i danni arrecati dalla malasania non devono mai essere giustificati, bisogna considerarli nel loro vero significato. L'incompetenza vera e propria è solo una parte infinitesimale degli errori medici. Più spesso essi sono dovuti a medici ben preparati che trascurano l'anamnesi, fanno un uso eccessivo di tecnologie e danneggiano i pazienti più dei medici incompetenti. Purtroppo l'attenzione si focalizza su casi più clamorosi, non sui problemi meno eclatanti, ma più gravi, causati dall'attuale cultura medica.

Sono più numerosi i casi di invalidità e di morte in seguito all'eccessiva prescrizione di farmaci, alla polifarmacologia e alle interazioni fra farmaci che quelli dovuti all'uso improprio della tecnologia. I danni creati dai prodotti farmaceutici sono di gran lunga superiori a quelli provocati dalla chirurgia o da tecniche invasive. Non passa settimana senza che mi imbatta in uno o più pazienti che hanno effetti collaterali negativi ai farmaci.

Ho imparato ben presto che anche il medico più scrupoloso a volte può fare errori gravissimi nelle prescrizioni di farmaci. Mentre ero ancora in specialità, il dottor Samuel Levine mi chiese di vedere il signor G., uno dei suoi pazienti esterni, che soggiornava in un albergo. Era passata da poco la mezzanotte, durante una tempesta invernale. Da anni, il signor G. soffriva di disturbi alle coronarie e di insufficienza cardiaca congestiva ed era curato con la digitale. Lo trovai gravemente sofferente per una grave congestione cardiaca, i polmoni pieni di liquido e il ritmo cardiaco che raggiungeva 150 battiti al minuto con la regolarità di un orologio. Si trattava di una tachicardia atriale parossistica con blocco (vedi capitolo 11), un disturbo del ritmo cardiaco provocato da sovradosaggio di digitale. A causa della tormenta di neve fu difficile ottenere un'ambulanza. Mentre aspettavamo, gli somministrai del clorite di potassio, un antidoto per questo tipo di avvelenamento da digitale. Dopo diverse ore, il signor G. ritornò a un normale ritmo cardiaco e la congestione migliorò.

Ma come aveva potuto avvelenarsi con la digitale? Il mattino seguente Levine non poteva credere all'intossicazione, poiché il dosaggio del farmaco non era cambiato. Il paziente prendeva soltanto un diuretico al mercurio la settimana per espellere i liquidi e una dose giornaliera di digitale. Levine mi fece vedere i suoi appunti che confermavano che la dose giornaliera del signor G., di 0,1 mg. di digitossina, non era stata modificata da parecchi anni.

Ma la signora G. ricordò che quando avevano fatto l'ultima visita tre mesi prima, Levine aveva compilato una nuova ricetta di digitossina, che fu portata in una farmacia locale. Giocando a Sherlock Holmes, andai alla farmacia, controllai le ricette e ne trovai una con la bella calligrafia di Levine in cui era prescritta una dose doppia di quella presa dal paziente. Era scritto chiaramente 0,2 mg. al giorno, non 0,1 mg. Levine fu mortificato quando glielo dissi e non fu in grado di dare spiegazioni del suo grave errore. Era pienamente consapevole che dare a un paziente cardiopatico due volte la dose prescritta di un farmaco altamente tossico avrebbe potuto rivelarsi letale. Imparai che anche i più bravi medici non sempre possono essere eternamente vigili.

Gli errori umani non possono venire eliminati e anche i medici migliori possono sbagliare. Nell'ambiente medico si è convinti che le cause per negligenza siano intente alla leggera e manchino di serietà. La suscettibilità dei me-

dici sull'argomento è comprensibile: pochi avvenimenti sono più demoralizzanti per un medico che dovere affrontare un mandato di comparizione che gli intimi di consegnare la cartella clinica con tutte le osservazioni su un paziente. Il senso di colpa, la necessità di investire un tempo già scarso in incontri con avvocati, il turbamento della tranquillità, la vergogna di essere accusato di un misfatto, si uniscono a un indicibile senso di frustrazione. Il medico che ha sbagliato si sente offeso e con il tempo questa sensazione si trasforma in rabbia. Purtroppo, l'ho vista dirigersi contro altri pazienti, creando così le premesse per altre cause legali.

Lo sdegno per l'intervento della legge è acuito da una precisa convinzione dei medici: «La qualità della pratica medica non è mai stata così alta; i modelli non sono mai stati così rigorosamente definiti; il livello dei singoli professionisti è storicamente insuperato; la quantità e la qualità delle pubblicazioni sono senza precedenti»⁴. C'è qualcosa che non funziona.

La malasania negli ospedali americani è stata ampiamente analizzata. Soltanto 1% dei pazienti subisce danni in seguito a errori medici durante un ricovero, ma su 30 milioni di ricoveri annuali, anche un tasso così basso significa 300.000 casi di negligenza, circa 800 al giorno. Il pubblico quindi non è così attaccabrighe come i media e la classe medica vorrebbero far credere. In realtà le cause legali sono molto meno di quanti non siano i casi di negligenza o malasania. Uno studio condotto a Harvard ha evidenziato che soltanto l'1,53% dei pazienti danneggiati da una pratica medica ha intentato un'azione legale. Negli Stati Uniti i casi di negligenza sono otto volte superiori alle richieste di risarcimento e ci sono quattordici casi di negligenza per ogni caso di risarcimento. La ricerca ha concluso che «le controversie legali raramente compensano il paziente danneggiato dalla negligenza dei medici e raramente identificano e perseguono il responsabile delle cure sbagliate»⁵. Anche nel clima carico di polemiche degli Stati Uniti, la probabilità che un medico venga perseguito per negligenza è solo una su cinquanta.

Inoltre, è infondata l'opinione tra i medici e gli assicuratori secondo cui le azioni legali sono un fattore essenziale degli alti costi della sanità. Soltanto l'1% delle spese sanitarie sono da attribuire alle responsabilità professionali⁶. In media, i medici spendono il 2,9% delle loro ingenti entrate per assicurarsi contro gli errori professionali: un'inezia, se si pensa che ne spendono il 2,3% per l'automobile. Le assicurazioni, più che essere vittime, fanno incetta dei

⁴J.M. Vaccarino, *Malpractice. The Probleme in Perspective*, «Journal of the American Medical Association», 238, 1977, 861-863.

⁵H.H. Hiat e col., *A Study of Medical Injury and Medical Malpractice: An Overview*, «New England Journal of Medicine», 321, 1989, 480; L.L. Leape e coll. *The Nature of Advanced Events in Hospitalized patients*, «New England Journal of Medicine», 324, 1991, 377; A.R. Localio, A.G. Lawthers, T.A. Brennan e coll. *Relation between Malpractice Claims and Adverse Events Due to Negligence: Results of Harvard Medical Practice*, «New England Journal of Medicine», 325, 1991, 245-251.

⁶*Medical and Hospital Professional Liability: A Report Prepared for the Texas Health Policy Force Task*, Austin, Tonn and Associates, 1992; e B. Beckman e coll., *The Doctor-Patient Relationship and Malpractice*, «Archives of International Medicine», 154, 1994, 1365.

premi; per esempio, nel 1991, le assicurazioni per danni professionali hanno incassato 1,4 miliardi di dollari.

Perché tanto trambusto? C'è sotto qualcosa. Anche se i medici sono davvero terrorizzati dall'idea di essere perseguiti, la medicina difensiva ha una motivazione inconscia. Più aumenta la paura di azioni legali, più aumenta la razionalizzazione delle procedure lucrative, soprattutto quelle invasive. Più c'è rischio di pratiche legali, più l'onorario è alto. Il caso del filo di Swan-Ganz ne è un esempio. Vi era un'epoca in cui a metà dei pazienti che avevano avuto un infarto del miocardio transmurale anteriore veniva inserito questo filo. Era un modo efficace per controllare la funzione del cuore in pazienti cardiopatici. Un medico guadagnava parecchie centinaia di dollari per inserire questo filo, oltre a un onorario fisso giornaliero per tenerlo in loco. Egli doveva comunque fare ben poco mentre il paziente sopportava un disagio non indifferente. Secondo me, questa tecnica offriva scarsa informazione, se non addirittura nessuna, ed era molto più semplice ottenerla con un metodo meno traumatico e meno costoso, cioè visitare il paziente.

Sulla base della mia esperienza, dopo aver diretto unità coronariche per più di dieci anni, penso che il tasso di complicazioni di un filo Swan-Ganz sia del 10%, da ematomi impercettibili sul collo a gravi infezioni e aritmie a volte mortali. In realtà il timore di cause legali è diventato un modo per giustificare razionalmente l'eccessivo indulgere in procedure lucrative. La popolarità di una tecnica è funzione dei suoi benefici economici. Quando fu ridotto il rimborso della tecnica Swan-Ganz, ne fu ridotto anche l'uso, sebbene la giustificazione clinica fosse immutata.

Perché i pazienti intentano una causa?

I pazienti che perseguono legalmente medici o ospedali per lo più sostengono di avere ricevuto cure insufficienti. Spesso hanno avuto l'impressione che il medico non fosse disponibile quando ne avevano bisogno o li avesse abbandonati a se stessi. Un'altra risposta diffusa è che il medico abbia ignorato le preoccupazioni del paziente e non abbia tenuto conto del suo punto di vista. Le cause principali sono il risultato di una mancanza di comunicazione più che di una negligenza in sé.

Intraprendere un'azione legale richiede molta determinazione, sostenuta da una forte dose di rabbia e frustrazione. Le procedure, lunghe ed estenuanti, richiedono un enorme investimento di tempo e di energie emotive. Inoltre, in alcuni casi il giudizio viene emesso contro il querelante. Anche se molti medici credono che la maggioranza delle cause siano originate da un torto banale o addirittura immaginario, in realtà esse nascono sempre da gravi danni. Gli incidenti per i quali medici e ospedali sono perseguiti legalmente sono seri, spesso hanno come risultato invalidità a lungo termine che incidono sul lavoro, sulla vita sociale e sulle relazioni familiari. Secondo i dati di una ricerca, nel 52% dei casi nelle cause legali si sono riscontrate gravi deformazioni e addirittura la morte, mentre i danni emotivi costituiscono un altro 20%. Più del 70% delle azioni legali vengono intraprese contro i chirurghi e i medici del pronto soccorso. La maggior parte delle cause vengono suggerite da medici o paramedici che si prendono carico delle cure successive.

Una ricerca inglese sulla malasanità indica che un danno fisico non è sufficiente a dar luogo a un'azione legale; sono spesso in causa un comportamento insensibile e una mancanza di comunicazione. I querelanti sono contrariati dall'assenza di spiegazioni, che considerano una mancanza di onestà, dalla riluttanza a scusarsi e dal fatto di essere stati trattati come nevrotici. Più di un terzo non si sarebbe deciso per la causa se avesse ricevuto scuse o perlomeno una spiegazione⁷.

Da questa ricerca inglese, emergono tre motivazioni: un senso di altruismo, per evitare che amici o vicini incappino in situazioni analoghe; il desiderio di raccontare la verità di quanto è successo; ottenere un risarcimento finanziario per quanto hanno patito. Analoghe ricerche americane dimostrano che i pazienti fanno causa non tanto per un rimborso finanziario, quanto per ricevere una spiegazione o nella speranza che il personale medico fornisca una giustificazione e impari qualcosa dai danni arrecati. L'azione legale diventa un modo per obbligare il medico ad assumersi le proprie responsabilità e a vivere la stessa rabbia e la stessa sofferenza che ha sopportato il paziente. Un paziente ha così sintetizzato i sentimenti di molti: «Se dovessi utilizzare un paio di parole, direi «affidabilità» e «giustizia». Per essere più esplicito, sembra che ci sia un atteggiamento generale che vuole i medici al di sopra e al di là delle normali limitazioni a cui deve attenersi il resto dell'umanità»⁸.

Evitare le negligenze

In ambienti medici si sente spesso dire che tutti i medici possono incorrere in pratiche legali, indipendentemente dalla loro competenza e dalla scrupolosità delle cure. È come la sorte in una lotteria. Il sottinteso è che «per essere protetti, il solo modo possibile è assicurarsi per danni a terzi»⁹. Sono convinto che i medici che hanno paura di essere perseguiti, prima o poi lo saranno. La paura di una causa, quando diventa una preoccupazione prevalente nella mente del medico, ne costituisce le premesse. La medicina difensiva ha due conseguenze: moltiplica gli accertamenti responsabili di potenziali complicazioni e rende ogni paziente un potenziale nemico. Disumanizza la professione e ne altera gli obiettivi. Il paziente, invece di trovare un medico amichevole e sollecito, incontra disinteresse e ostilità. La comunicazione è compromessa e il paziente, esitante e visibilmente insoddisfatto, diventa agli occhi del medico un potenziale querelante. Quando il rapporto è mediocre, basta poco per mettere in moto il meccanismo della giustizia: l'attesa delusa di un miglioramento, un onorario che sembra troppo esoso o una complicazione derivata da un farmaco o da una tecnica diagnostica. Questa folle dinamica ha l'inevitabilità di una profezia che si auto-realizza. Il paziente non ha rimorsi ad agire contro un estraneo che gli è indifferente.

⁷C. Vincent, M. Young e A. Philipps, *Why Do People Sue Doctors? A Study of Patients and Relatives Taking Legal Action*, «Lancet», 243, 25 giugno 1994, 1609-1617.

⁸A. Somanovitz, *Standards, Attitudes and Accountability in the medical Profession*, «Lancet», 547, 1985, ii.

⁹Vaccarino, op. cit.

L'enorme aspettativa, di fatto irrealistica, sull'operato della medicina contribuisce alla volontà di ricorrere alla giustizia. I pazienti con disturbi cronici hanno la speranza di cure magiche, ma vengono rapidamente disillusi. Il dolore artrite non è alleviato da nessun farmaco miracoloso; il respiro affannoso dell'enfisema non si arrende alle astuzie del medico. La maggioranza dei disturbi cronici non ha una cura sicura, ma le condizioni sono rese più tollerabili dalla cortesia e dal rispetto. Anche piccole manifestazioni di gentilezza da parte del medico rimangono impresse a lungo. Mi sono spesso meravigliato che i terapeuti di medicine alternative fossero raramente oggetto di azioni giudiziarie. Lo stesso avviene per i medici pieni di dedizione che passano molto tempo con il paziente. Entrambi si concentrano sull'ascolto e stabiliscono con il paziente un rapporto empatico.

Queste osservazioni, anche se a me paiono evidenti, non sembrano avere presa sui medici. Per esempio, un paziente che si informa sulle cure post-operatorie, è trattato male dal chirurgo: «Io faccio il mio lavoro in sala operatoria. Un'infermiera risponderà alle sue domande», ribatte se il paziente insiste. Un altro paziente mi chiede di dargli una fotografia del chirurgo che una settimana prima ha sostituito la valvola della sua aorta. Il mio primo pensiero, che il chirurgo avesse fatto una profonda impressione su questo paziente riconoscente, rapidamente si dilegua a queste parole amare: «Non so che faccia abbia; la sola volta che mi ha assistito è stato nella sala operatoria quando non ero cosciente. Non mi ha mai visitato né prima né dopo l'operazione». Queste piccole scintille possono fare scoppiare la deflagrazione dell'azione giudiziaria.

Per impedire che si intentino cause legali, bisogna innanzitutto riconoscere che gli errori medici sono inevitabili. In quasi tutti i campi della vita, un errore è semplicemente un inconveniente. L'artista decide di cancellare un tratto o al peggio di rifare uno schizzo, ma in medicina, il bersaglio dell'errore è un essere umano che soffre. Poiché ogni paziente è unico, la professione medica è sostanzialmente sperimentale, incerta e fallace. Un medico non può mai essere sicuro di come un particolare individuo reagirà al trattamento, ma la sensazione della personale fallibilità diminuisce la frequenza di gaffe irreparabili. Stare costantemente in guardia contro se stessi non è un modo di vivere facile, ma assicura la fedeltà al principio fondamentale di Ippocrate: «Primo, non nuocere» (*Primum non nocere*). Per parafrasare Bertolt Brecht, l'obiettivo della scienza medica non è aprire una porta verso la saggezza infinita, ma tentare di compensare un infinito errore. L'ironia vuole che il rigoroso dubbio di sé della scienza sia estraneo alla tradizione medica.

Quando si verificano gravi danni, può essere difficile accertare la causa o la parte responsabile. Personalmente considero colpevole quel medico che non esercita l'immaginazione clinica e non sa in anticipo che qualcosa non andrà per il verso giusto. Come esempio vorrei riportare un episodio avvenuto a mia madre. Aveva passato i novant'anni, viveva sola, era ancora intellettualmente brillante e insisteva per mantenere la sua indipendenza. Ma un giorno, alla fine del pomeriggio, la trovai in disordine, ancora in vestaglia. Prima ancora di salutarmi, disse che era stufa di soffrire e che desiderava morire. Non aveva più appetito, le mancava la forza per reggere un cucchiaino, ma anco-

ra più sconcertante era il fatto che non potesse più pensare in modo sensato. Insistette che non aveva febbre né dolori e che i farmaci non erano cambiati. Controllai comunque il suo armadietto dei medicinali e trovai una boccetta di pillole di digossina da 0,25 mg invece che 0,125 mg che aveva preso negli ultimi dieci anni. Venni a sapere che aveva finito le medicine tre settimane prima, quando il suo medico non c'era. Aveva telefonato al sostituto che a sua volta aveva chiamato la farmacia locale per il rifornimento. Per un errore di comunicazione, 0,125 fu raddoppiato in 0,25. Poiché mia madre aveva una degenerazione maculare ed era quasi cieca, non poté leggere l'etichetta della nuova boccetta; le pillole erano quasi uguali per dimensione e colore. Evidentemente era stata intossicata da questo farmaco fondamentale contro l'insufficienza cardiaca. Per questo semplice errore avrebbe potuto morire.

Una volta che l'errore è stato commesso, come può il medico spiegarlo al paziente? I medici non ricevono istruzioni all'università né dopo su come affrontare gli errori. La tendenza immediata è sottrarsi, tenere segreti i propri piani, scaricare la responsabilità, confondere le acque o tirarsi indietro, piuttosto che farsi avanti e ammettere l'errore. Durante il tirocinio in ospedale, i miei superiori mi raccomandavano di non scrivere mai sulla cartella di un paziente qualsiasi cosa che avrebbe potuto suggerire un atto di negligenza o un errore. Ho incontrato medici restii a esprimere rincrescimento quando qualcuno moriva per paura che potesse venire interpretato come un'ammissione di colpa, che portasse a responsabilità legali.

Stare zitti e sperare che l'errore passi inosservato è la politica peggiore. Si possono prevedere esiti avversi, li si può ponderare e ci si può scusare. Il fatto che i medici si nascondano dietro un contegno professionale è interpretato come una mancanza di sensibilità e aumenta il senso di abbandono del paziente. Riconoscere l'errore è ammirevole e dimostra umiltà.

Ricordo la paura che provai dopo avere quasi ucciso un paziente. Il signor K. aveva una fibrillazione atriale, ma invece del polso rapido che è di regola, il suo ritmo cardiaco era di quaranta battiti al minuto. Pensai fosse dovuto a un blocco del sistema di conduzione dall'atrio al ventricolo, che filtrava la raffica di impulsi troppo rapidi. Questo mi fece erroneamente concludere che il signor K. non avesse bisogno di digitale, il farmaco abituale per rallentare il ritmo cardiaco in presenza di fibrillazione atriale.

Un mese dopo avere interrotto la digitale, arrivò al Peter Bent Brigham Hospital in uno stato di semi-incoscienza con un edema polmonare fulminante, con lo stesso ritmo cardiaco della fibrillazione atriale, ma disordinato. Il signor K. sembrava all'ultimo stadio e gli fu necessario un ventilatore e un'intubazione tracheale per parecchi giorni, durante i quali non si sapeva se sarebbe guarito. La ragione di questo episodio che lo aveva portato così vicino alla morte era chiara: evidentemente il suo sistema di conduzione non era stato danneggiato come aveva creduto. Era normale e responsabile del ritmo eccessivamente rapido durante la fibrillazione atriale, con 190 battiti al minuto. In un paziente con gravi disturbi del muscolo cardiaco, il battito eccessivamente rapido aveva fatto precipitare l'insufficienza cardiaca galoppante.

A guarigione avvenuta, il signor K. subodorò quel che era successo e non fui sorpreso che ce l'avesse con me. Ri-

conobbi prontamente il mio errore e, per il senso di colpa e il rimorso, lo consigliai di citarmi in tribunale. Mi disse che ci aveva già pensato. Circa tre mesi dopo, comparve nel mio studio per una visita. Quando gli chiesi perché fosse masochista al punto da ritornare dal medico che lo aveva quasi ucciso, rispose: «Ha ragione. Lei mi ha quasi ucciso. Ma d'ora in avanti lei farà particolarmente attenzione al modo in cui mi cura. Se vado da qualcun altro può non essere altrettanto attento e conciarci per le feste». Aggiunse poi che quello che lo aveva spinto a tornare era il fatto che io non avessi tentato di giustificarmi, ma fossi stato «pronto ad affrontare la tempesta».

«Sii più schietto con me, lascia che conosca la tua colpa nel suo vero volto», dice un personaggio del *Racconto d'inverno* di Shakespeare. Un paziente che ha subito un danno si aspetta la stessa cosa. Ammettere un errore e presentare scuse sincere chiarisce la situazione. Non conosco nessun caso in cui, malgrado le scuse, si sia giunti a una causa e so che questa franchezza cementa il rapporto tra medico e paziente.

Secondo me, le azioni giudiziarie sono per lo più conseguenza di una pratica spersonalizzata della medicina. L'esperienza del mio gruppo, il Lown Cardiovascular Center di Brookline nel Massachusetts, mi ha dimostrato che quando la professione si esercita con dedizione invece di limitarsi alla tecnologia, non c'è da preoccuparsi di eventuali cause. Questo piccolo gruppo di cinque medici lavora insieme da circa vent'anni senza mai essere incorso in alcuna azione legale. Conosco altri gruppi con situazioni analoghe.

Un esempio istruttivo del valore di questo approccio è la mia esperienza con la signora B., che ho visitato ogni anno per parecchi decenni. Aveva gravi problemi cardiaci, tra cui un disturbo alle coronarie, ipertensione, aritmia cardiaca e disturbi vascolari periferici molto fastidiosi. Quando ebbe un grave aneurisma aortico addominale, un'occlusione di questa grossa arteria che avrebbe potuto rompersi, insistette per farsi operare a Boston sotto la mia direzione invece che a Miami, a casa sua, anche se aveva modeste risorse economiche. L'operazione riuscì bene, la convalescenza fu senza problemi. Al settimo giorno d'ospedale, mentre la si preparava per le dimissioni, cominciò ad avere dolori addominali. L'ospedale, che aderiva alla regolamentazione del *Diagnosis Related Group* (DGR)¹⁰, insisteva per dimetterla, ma io persuasi i chirurghi che doveva rimanere finché non si fosse chiarita la natura dei dolori. Poiché era già venerdì e non c'erano parenti che potessero prendersi cura di lei a Boston, l'autorità ospedaliera accettò di tenerla fino a lunedì.

Giunto all'ospedale alla fine della malattia di lunedì, trovai che la signora B. era già stata dimessa. Il responsabile chirurgo mi assicurò che le sue condizioni erano migliorate e che era ritornata in Florida. Sei settimane dopo, la signora B. mi telefonò dall'ospedale di Miami per raccontarmi le sue sventure. Dopo che l'avevo vista nel week-end, il dolore addominale era progressivamente peggiorato. Poi-

ché gli analgesici non facevano effetto, aveva passato varie notti insonni. Il lunedì mattina, dato che non era stato trovato nulla di anormale, il chirurgo di guardia aveva insistito che si trattava di un «dolore da guarigione» che si sarebbe risolto con il tempo. Lei protestò dicendo che stava veramente molto male, ma il medico minimizzò e si disse sicuro che tutto si sarebbe risolto. In ogni caso, l'ospedale non avrebbe permesso una proroga, perché la paziente era già stata ricoverata più a lungo di quanto lo richiedessero le sue condizioni. Durante il volo verso la Florida, il dolore era diventato insopportabile e la donna fu colta dal panico quando si accorse di essere seduta in una pozza di sangue. Si sbottonò la gonna e vide l'intestino che fuoriusciva dall'incisione addominale lacerata. Un'ambulanza l'aspettava al decollo all'aeroporto di Miami e arrivò all'ospedale con una setticemia, che la tenne tra la vita e la morte per molte settimane.

Fui mortificato per quello che era accaduto. La regolamentazione DGR si basava su dati arbitrari invece che sulle condizioni del singolo paziente. Obbligava i medici a praticare una medicina brutale, da letto di Procuste. Ero sicuro che la signora B. avrebbe intentato una causa all'ospedale, al chirurgo e a me, ma non successe niente.

Durante la visita annuale di un anno dopo, le chiesi perché non aveva intentato una causa per negligenza. Disse che la sua famiglia e i suoi medici in Florida l'avevano consigliata di farlo e che aveva consultato un avvocato, il quale aveva detto che era un caso facilissimo. Ma lei aveva rifiutato di procedere, perché, disse, «Mi fu detto che non avrei potuto fare causa senza citare anche lei. Avrei piuttosto preferito morire».

Molti errori che portano ad azioni legali potrebbero essere in parte riparati con il semplice ascolto del paziente. Nessun esempio è più eloquente e tragico di quello di Betsy Lehman, una giornalista specializzata in questioni sanitarie del «Boston Globe». Morì improvvisamente a trentanove anni al Boston's Dana-Farber Cancer Institute alla fine di un estenuante trattamento di tre mesi per un tumore al seno. Non era morta della sua malattia, ma di un fortissimo sovradosaggio di farmaci antitumorali sperimentali che le avevano rovinato il cuore proprio quando stava per essere dimessa. L'autopsia non mostrava segni di tumore al seno. Il terribile errore non era dovuto all'inesperienza di un unico interno sovraccarico di lavoro. Era un errore madornale avallato da una dozzina di medici, infermiere, farmacologi, compresi alcuni tra i più esperti. Per quattro giorni consecutivi le fu somministrata una dose quattro volte superiore a quella permessa, ma nessuno ne prese nota. La terapia fu poi protratta per parecchi giorni, mentre la paziente si lamentava degli effetti collaterali senza essere ascoltata! La Lehman avvertì più volte i medici che stavano trascurando gravemente qualcosa. Pur essendo una personalità nota nel campo sanitario, le sue suppliche rimasero inascoltate¹¹.

Ancora più incomprensibile è il fatto che, poco tempo prima della tragedia della Lehman, un'altra donna fosse intossicata con le stesse modalità, subendo un danno permanente al cuore. L'ospedale semplicemente attribuì il fat-

¹⁰*Diagnosis Related Groups* (DGR) creano categorie diagnostiche e assegnano a ciascuna una durata specifica di ricovero in base ai dati di tutti i pazienti ricoverati. Sono contemplate eccezioni individuali, ma solo dopo varie controversie burocratiche.

¹¹Richard Knox, *Doctor's Orders Killed Cancer Patient*, «Boston Globe», 23 marzo 1995.

to a un «errore umano». Questi incidenti sono avvenuti in uno degli ospedali oncologici più prestigiosi del mondo, una istituzione pilota della ricerca nel nostro paese. Se può succedere al Dana Farber, può succedere ovunque. Nessun sistema è sicuro se il paziente non diventa la preoccupazione centrale di coloro che applicano la tecnologia e somministrano farmaci.

Ritorno alla mia argomentazione fondamentale. Il nostro sistema sanitario è in crisi perché la categoria medica non considera più suo obiettivo principale il processo di guarigione, che comincia con l'ascolto del paziente. La ra-

gione di questo mutamento è anche dovuta a un uso smodato della tecnologia, che è in larga misura considerata un mezzo per aumentare le entrate. Poiché è antieconomico passare molto tempo con i pazienti, la diagnosi viene fatta per esclusione, con accertamenti clinici senza fine. Le azioni giudiziarie contro la negligenza medica sono semplici bubboni di un sistema sanitario malato. Non sono le azioni giudiziarie a danneggiare la medicina: anzi, esse sono la conseguenza di una medicina compromessa. Il sistema sanitario non verrà migliorato finché il paziente non ritornerà a essere centrale per i medici.