- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.146.152.99 Sat, 27 Apr 2024, 12:12:30

Corrispondenza

Ottobre 1978: un papa polacco sul soglio di Pietro. E noi cardiologi, come eravamo?

"… Voi medici toccate con mano che nella vostra professione non bastano le cure mediche ed i servizi tecnici, sia pure espletati con esemplare professionalità. Occorre essere in grado di offrire al malato anche quella speciale medicina spirituale che è costituita dal calore di un autentico contatto umano. Esso è in grado di ridare al paziente amore per la vita, stimolandolo a lottare per essa, con uno sforzo interiore talora decisivo per la guarigione. L'ammalato deve essere aiutato a ritrovare non solo il benessere fisico, ma anche quello psicologico e morale. Ciò suppone nel medico, accanto alla competenza professionale, un atteggiamento di amorevole sollecitudine, ispirata all'immagine evangelica del buon Samaritano".

Giovanni Paolo II
Congresso Internazionale
su Medicina e Diritti Umani
7 luglio 2000

Al Co-Editor. Nei primissimi giorni dell'aprile 2005, nel rimettere ordine tra riviste cardiologiche impolverate e ormai troppo datate, mi capitava casualmente tra le mani il numero di ottobre 1978 del *Giornale Italiano di Cardiologia*[1]: se esso non finiva in pattumiera come gli altri volumi di quegli anni, non era tanto per l'affettuoso ritrovamento di una mia vecchia giovanile pubblicazione, del tutto dimenticata e ora riletta con tenerezza, quanto per la datazione di quel volume, ottobre 1978 per l'appunto. Nei tristi giorni della morte di Giovanni Paolo II, il pensiero non poteva non riandare a quell'autunno di quasi 27 anni fa, a quel Suo famoso "… mi corigerete …" pronunciato, con inflessione straniera, davanti alla folla di piazza San Pietro. Questo il casuale episodio, da cui, associazione di idee per associazione di idee, sono nati alcuni ricordi e riflessioni su "come eravamo" allora, come uomini e cardiologi di un mondo che oggi quasi ci appare – sembra un voluto gioco di parole ma non lo è – davvero appartenere a un altro mondo.

Oltre un quarto di secolo è tanto per tutto: per la vita di ogni singolo individuo, per la società in cui una persona vive, per il mondo nel suo complesso. Allora, quasi alla fine del 1978, il mondo era ancora diviso nei due blocchi contrapposti: Est e Ovest, sclerotico comunismo sovietico con muro di Berlino e cortina di ferro da una parte e democrazie occidentali dall'altra. Mentre la coscienza dell'America di Carter era alle prese con i sensi di colpa e i postumi della sindrome del Vietnam, e la Russia di Breznev si accingeva ad invadere l'Afghanistan, in Cambogia Pol Pot e i Khmer Rossi perpetravano incontrastati uno dei tanti genocidi del XX secolo, con milioni di morti.

In Italia fresco Presidente della Repubblica, il settimo dell'Italia repubblicana, era Sandro Pertini. Quindici anni prima di tangentopoli, mentre il Partito Socialista Italiano di un giovane e ambizioso Bettino Craxi iniziava la scalata al governo, Democrazia Cristiana e Partito Comunista Italiano si dividevano la maggior parte dell'elettorato, giunti quasi alla realizzazione del cosiddetto "compromesso storico", con un governo di unità nazionale (il terzo governo Andreotti) atto a fronteggiare "la notte della Repubblica": se infatti il terrorismo islamico era ancora lontano, il nostro Paese conosceva il momento più cupo del terrorismo delle Brigate Rosse, con il sequestro e l'uccisione di Aldo Moro e degli uomini della sua scorta. Nel clima di guerra civile strisciante, molti intellettuali italiani dichiaravano di stare "né con lo Stato né con le Brigate Rosse". La legge 194 sull'interruzione volontaria della gravidanza era appena entrata in vigore, e il Parlamento italiano dava inizio all'avventura verso l'Europa unita con l'adesione allo SME. Un 1978 che sarebbe passato alla storia anche per tre pontificati in uno stesso anno: dalla fine di quello di Paolo VI, a quello brevissimo di papa Luciani, morto improvvisamente, fino all'inizio appunto di quello di papa Wojtyla, uno dei pontificati più lunghi del-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.146.152.99 Sat, 27 Apr 2024, 12:12:30

la bimillenaria storia della Chiesa. Il 264° Vescovo di Roma è il primo papa slavo, il primo Pontefice non italiano dal 1523, anno della morte di Adriano VI, nativo di Utrecht.

Dalla storia alla cronaca. Il duo Battisti-Mogol era ancora indiviso, Sara Simeoni e Pietro Mennea portavano la nostra atletica leggera ad assoluti livelli di eccellenza mondiale, Paolo Rossi era appena divenuto il "Pablito" dei mondiali di calcio in Argentina, paese in cui, all'insaputa del mondo, migliaia e migliaia di dissidenti alla dittatura militare venivano torturati e uccisi. Uscivano sugli schermi *Ecce Bombo* di un venticinquenne sconosciuto Nanni Moretti e *Il cacciatore* di Michael Cimino. E appena un anno prima, erano morti due tra i più grandi registi della storia del cinema: Charlie Chaplin e Roberto Rossellini. Inesistenti le videocassette e i videoregistratori, si ascoltava musica solo sui dischi in vinile, microsolchi a 33 o 45 giri. Corrispondente da New York, per una neonata TV a colori ancora in regime di monopolio, era Ruggero Orlando, uno dei bersagli prediletti, insieme a Mike Bongiorno e al colonnello Bernacca, delle straordinarie imitazioni di Alighiero Noschese.

Gli extracomunitari erano mosche bianche (si trattava dei primi rarissimi "vu cumprà"), e il termine "badante" non esisteva ancora nella lingua italiana. La classe operaia, se proprio non andava in paradiso, esisteva realmente ancora, essendo la società post-industriale, il terziario avanzato e l'economia dei servizi termini ancora ignoti. Il personal computer non aveva rivoluzionato la vita di tutti i giorni: la macchina da scrivere (Olivetti o la tristemente famosa IBM a testina rotante, quella con cui i brigatisti scrivevano i loro deliranti comunicati) la faceva ancora da incontrastata padrona.

E la Medicina? Era ancora, in parte, la Medicina dei segni fisici, in quanto le tecniche di imaging muovevano i primissimi passi. Nella nostra disciplina cardiologica, ad esempio, la fonocardiografia e la poligrafia, ovvero la registrazione grafica dei toni cardiaci, dei soffi, dei polsi arterovenosi e dell'itto puntale, erano ancora in auge; di lì a poco sarebbero state letteralmente spazzate via dall'ecocardiografia monodimensionale e successivamente bidimensionale. Così la fonopolicardiografia, principale e non sostituibile maestra nella formazione dell'orecchio di generazioni di cardiologi, e unico strumento non invasivo per valutare la severità dei vizi mitro aortici o di alcune cardiopatie congenite, scompariva definitivamente dalla scena: la modifica di certi soffi dopo l'inalazione di nitrito di amile, vasodilatatore sistemico, o dopo somministrazione del farmaco vasopressore fenilefrina, sarebbero divenuti curiosi aneddoti. Nelle tecniche radiologiche, non esistevano ancora la tomografia assiale computerizzata e la risonanza magnetica nucleare, e nella diagnostica delle cardiopatie si utilizzavano ancora le proiezioni laterali e oblique anteriori, destra o sinistra, con esofago baritato, con la caratteristica impronta dell'atrio sinistro ingrandito.

Le valvulopatie reumatiche erano frequenti, e ci si imbatteva ancora nelle corsie in donne con la caratteristica "facies mitralica": tono di apertura mitralico (il famoso TAM), rullio diastolico, rinforzo presistolico, la classica triade della auscultazione a paziente in decubito laterale sinistro, e l'onda P "mitralica" all'ECG, non erano allora reperti da storia della Medicina. Non ancora del tutto scomparse le tricuspidalizzazioni dei vizi mitralici, rare le stenosi aortiche calcifiche dell'anziano (morivano prima che le semilunari si calcificassero), si auscultavano ancora i rigurgiti aortici di eziologia luetica. La cardiopatia ischemica cominciava già comunque a diventare la patologia prevalente; per essa il bypass aortocoronarico, quasi sempre con innesto venoso, era l'unica tecnica di rivascolarizzazione miocardica, in quanto la prima procedura di angioplastica coronarica sull'uomo era stata eseguita dal tedesco Andreas R. Gruentzig solo 13 mesi prima a Zurigo (15 settembre 1977), per dilatare una lesione critica sull'arteria interventricolare anteriore in un paziente trentasettenne, ed era stata portata a conoscenza della comunità scientifica internazionale proprio in quel 1978[2].

In era ampiamente pretrombolitica – mancavano ancora oltre 5 anni all'inizio del GISSI-1 – il trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA Q, di IMA non Q non si parlava nella terminologia corrente; e il dosaggio dei fini marcatori di necrosi miocardica quali la troponina I non esisteva) in unità coronarica era per lo più di vigile ma impotente attesa: le estese aree di necrosi miocardica rendevano ragione del fatto non solo che allora la mortalità fosse parecchio elevata, ma anche di complicanze meccaniche (shock cardiogeno, rottura di setto interventricolare, rottura di muscolo papillare) e di disturbi acuti di conduzione intraventricolare (blocco di branca destra, blocco di branca destra + emiblocco anteriore sinistro) oggi rarissimi. Si somministrava, a fiumi, la xilocaina in bolo e.v. e in infusione continua, per il trattamento anche delle minime extrasistoli ventricolari. L'aggettivo "sostenuta", o il suo contrario, non caratterizzava la tachicardia ventricolare. Alcune entità nosografiche o erano semisconosciute (displasia aritmogena del ventricolo destro) o del tutto ignote (sindrome di Brugada). Basato solo su variabili cliniche, l'indice di Peel esprimeva il rischio del paziente infartuato in unità coronarica; e al fine di precisare la classe di impegno emodinamico dell'IMA, l'introduzione del catetere di Swan-Ganz era un presidio di routine in terapia intensiva, talora anche abusato, con tecnica procedurale consistente nella venolisi chirurgica alla piega del gomito, come per gli elettrostimolatori temporanei. Non contemplata l'infusione e.v. di eparina, inesistenti le eparine a basso peso molecolare.

La degenza media dell'IMA non complicato si aggirava almeno sulle 2 settimane. Pochissimi, su tutto il territorio nazionale, i reparti di riabilitazione cardiolo-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.146.152.99 Sat, 27 Apr 2024, 12:12:30

gica. Le cardiochirurgie scarseggiavano, con umilianti liste di attesa anche di anni: le cardiologie e le cardiochirurgie "convenzionate" con il Servizio Sanitario Nazionale erano per lo più di là da venire.

Per la cardioversione farmacologica della fibrillazione atriale, era ancora in auge il carico orale di chinidina solfato, con somministrazione di 200 mg di preparato ogni 2 ore. Pochissimo usati i betabloccanti, e mai nello scompenso, poco gli anticoagulanti, e mai nella fibrillazione atriale "isolata", di là da venire ACE-inibitori, sartani, carvedilolo, statine e omega-3; e tra i farmaci ipotensivi, l'alfa-metildopa era il trattamento tra i più comuni. Dell'amiodarone, somministrato inizialmente come antischemico e antianginoso, si iniziava lentamente, e casualmente, a scoprirne l'efficacia antiaritmica. E a proposito di terapia farmacologica delle aritmie, in anni in cui l'ECG dinamico era ancora un esame disponibile in pochi centri, si abusava, nel fallace obiettivo di un effetto "cosmetico", di numerosi farmaci antiaritmici che non avrebbero poi retto al giudizio dei futuri trial clinici, delle linee guida e della "medicina basata sull'evidenza". In anni in cui la ticlopidina ancora non esisteva, erano sulfinpirazone e dipiridamolo, ancor più dell'aspirina, gli antiaggreganti piastrinici orali più comuni. Il cerotto era solo il compagno della garza sul carrello delle medicazioni, e non il supporto transdermico dei nitroderivati. Il meno efficace controllo della cardiopatia ipertensiva rendeva allora frequenti quadri ECG di ipertrofia con sovraccarico ventricolare sinistro oggi molto più rari a vedersi. Nelle valvulopatie e nel cuore senile, pur in assenza di fibrillazione atriale cronica, la digossina non si negava a nessuno. E, per via venosa, veniva ancora somministrato lo strofanto (1/8 o 1/16 di fiala). Negli ambulatori cardiologici si trovavano ancora gli apparecchi di radioscopia, per la valutazione dell'ombra cardiaca e della vascolarizzazione ilare e polmonare. E in taluni quadri ECG di dubbia necrosi miocardica o di non chiari disturbi di conduzione intraventricolare, l'analisi vettoriale mediante metodica vettorcardiografica poteva essere ancora richiesta.

L'elettrofisiologia si limitava per lo più alla diagnosi della malattia del nodo del seno, dei blocchi atrioventricolari sopra e sotto hisiani e dell'intervallo H-V.

Nel campo della cardiostimolazione venivano impiantati praticamente solo pacemaker monocamerali ventricolari, le cui batterie duravano pochi anni, e pareva già una grande conquista la possibilità della multiprogrammabilità di pochi parametri. Tra le mode di quei tempi, la "sindrome del click", ovvero il prolasso mitralico, era certamente la più in auge.

L'oscillometria e l'oscillografia erano le metodiche non invasive atte a valutare le arteriopatie obliteranti periferiche. E in campo internistico, un esempio per tutti: l'ulcera gastroduodenale era ancora una patologia prevalentemente chirurgica, in quanto, gli inibitori dei recettori H2 muovevano i primi passi. Le patologie croniche e invalidanti dell'anziano non avevano la frequenza epidemica attuale, dato che la vita media era nettamente inferiore: operare un sessantacinquenne era, di per sé, già considerato un intervento ad alto rischio.

Nel bene e nel male, con le luci e le ombre, l'ospedale era ancora tale: esistevano sì i "baroni", inamovibili sì, ma quasi sempre di grande cultura medica, e non solo. Il medico non era dirigente, e c'era ancora il verticismo Primario, Aiuto, Assistente. Esisteva poi, non codificata, ma reale, la figura dell'"Assistente anziano": quell'Assistente circa sui 40 anni, visto dai giovani medici con grande rispetto, al quale proprio per rispetto e deferenza i giovani Assistenti abbonavano qualche turno di lettura ECG se non persino qualche turno di guardia.

Nel leggere una lettera di dimissione, bisognava innanzi tutto confidare in una comprensibile grafia del medico compilatore. E, in assenza dei database informatici, la raccolta dei dati avveniva su carta, tutt'al più sui cartoncini perforabili Buffetti.

Frequenti, nelle corsie, le Caposala suore: vivevano praticamente in reparto, avevano il polso dei malati come nessun altro, instauravano con il personale infermieristico una disciplina ferrea, tenevano le corsie splendenti di ordine e pulizia.

Sia ben chiaro, queste riflessioni non vogliono essere i nostalgici pensieri di un amante del passato: tutta la società italiana è cambiata, e sarebbe assurdo pensare che non cambiasse la realtà ospedaliera, che altro non è se non un piccolo specchio della realtà italiana di tutti i giorni. Adesso non ci sono più gli ospedali ma le aziende ospedaliere, le suore sono scomparse e il giro-visita è interrotto dalle musichette dei telefonini; i medici sono Dirigenti e devono fare i punti, i Primari sono manager e Responsabili di unità operative (molto teoricamente, "a termine"), molti dei pochi nuovi assunti sono i "Co.Co.Co", e tutto ruota intorno ai famosi DRG, ovvero al contenimento delle spese (attenzione, peraltro, di per sé più che giusta). Passano gli anni, cambia il mondo e con esso cambia la Medicina: questa è l'epoca della "new-business-medicine", dove dalla cura degli ammalati si è passati alla soddisfazione dei bisogni dei clienti-utenti ovvero alla "customer satisfaction". Fortunatamente i cardiopatici non corrono più il rischio di morire nell'attesa che si accorci la lista d'attesa: per la cardiologia interventistica e la cardiochirurgia il rischio, se mai, è l'opposto.

Sulla mutata realtà ospedaliera due banali esempi per tutto: il crollo verticale delle richieste di autopsie da parte dei medici dei vari reparti di degenza ("Mortui vivos docent", ovvero "I morti insegnano ai vivi", si diceva una volta), dal momento che il costo viene "addebitato" al reparto che quel riscontro ha richiesto. E i cartelloni pubblicitari, e dei più vari tipi, in atri, corridoi, sale di attesa.

Se, come scritto da Cosmacini[3] nel libro *Il mestiere di medico*, ogni epoca storica ha avuto una ben specifica figura di medico (medico arabo, medico ebreo, me-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.146.152.99 Sat, 27 Apr 2024, 12:12:30

dico monaco, quello dei poveri, quello dei lavoratori, quello politico e sociale, ecc.), ora siamo al medico economo, al medico "bocconiano", al medico "creditizio".

Eppure, nella convinzione che l'intima essenza della professione medica trascende il tempo e la tecnologia, ritengo che soprattutto oggi sia doveroso andare a rileggere una pagina del laicissimo Augusto Murri[4], clinico-medico all'Università degli Studi di Bologna un secolo fa, per sottolineare e ribadire anche di questi tempi la tensione etica e morale della professione medica, professione bellissima alla quale un tempo i più si avvicinavano con profondo rispetto e quasi per laicale "vocazione".

Consapevole di insegnare un'arte aspra, Murri ricordava agli studenti che " … c'è non poca gente che arricchisce senza lauree, mentre voi, che siete qui a studiare per parecchi anni, potete esser sicuri che troverete più critiche che denari. Se voi volete consacrarvi all'esercizio della Medicina non potete avere soltanto in mira un magro compenso materiale, che per altre vie molto più presto e più facilmente potreste ottenere. Sarebbe dunque da dissennati lo studiar medicina con mire commerciali, perché i ciarlatani commerciano meglio dei medici. Voi aspirate di certo anche a qualche altra cosa: ebbene, sappiate che qui senza studio indefesso non conseguirete mai quel diletto che viene dal comprendere un fenomeno naturale, e che voi consacrate modestamente a sollievo degli altri tutto ciò che la nostra specie ha di più elevato e di più potente, l'intelletto e il volere. La nostra gloria è nella testimonianza della nostra coscienza potrebbero dire, come diceva San Paolo, i medici veri. Noi sappiamo soltanto d'adempiere una funzione sociale di cui non ci sarà mai la più alta, finché la vita e la salute saranno il fondamento indispensabile d'ogni altro bene.

… L'obietto dei nostri studi e dell'opera nostra è del pari l'uomo: noi lo consideriamo, è vero, nelle sue miserie, ma non troviamo sulla terra niente che lo eguagli in grandezza, in nobiltà, in valore; noi lo reputiamo l'argomento più degno del nostro pensiero, della nostra sollecitudine, del nostro entusiasmo, e ci sdegniamo vedendolo offeso nei suoi poteri fisici, morali e intellettuali. Medico vero non può essere chi non sente imperioso nel cuore l'amore per gli uomini …".

Amore per gli uomini che questo papa polacco ha così universalmente insegnato ed elargito.

Francesco Fiorista
Divisione di Cardiologia
Ospedale San Carlo Borromeo
Milano

Bibliografia

1. Bossi M, Cataldo G, Pirelli S, et al. Il nitroprussiato sodico nel trattamento dell'insufficienza ventricolare sinistra severa nell'infarto miocardico acuto. G Ital Cardiol 1978; 8: 1045-56.
2. Gruentzig AR. Transluminal dilatation of coronary artery stenosis. (letter) Lancet 1978; 1: 263.
3. Cosmacini G. Il mestiere di medico. Storia di una professione. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.
4. Gnudi A, Vedrani A. Pensieri e precetti di Augusto Murri. Bologna: Zanichelli, 1924.