

Limiti Diagnostici e Terapeutici in Ospedale

San Felice del Benaco 16 . 10 . 2010

Io ho iniziato la mia vita ospedaliera il 16 settembre 1968 nell'ospedale di Chiavenna in provincia di Sondrio. Ero un giovane medico di ventisette anni, da poco congedato dal servizio militare. Ricordo che entrai in ospedale al mattino di quel lunedì di buon'ora e che chiesi del medico di guardia. Mi presentai a lui, gli dissi chi ero e lui subito mi trasferì il suo compito e divenni io il medico di guardia. Riconsegnai la guardia a lui la sera del venerdì per usufruire del riposo settimanale e la ripresi di nuovo la domenica mattina. Oggi questi comportamenti sarebbero inammissibili, addirittura fuori dalla legge, ma allora erano tempi eroici. Oltre che medico di guardia ad oltranza, ero anche l'unico assistente di Medicina Generale. Naturalmente mi venne data una camera in ospedale che per molti mesi fu la mia sola abitazione, tanto che, anche nei rari momenti in cui non ero di guardia, qualora ci fosse una urgenza in reparto di Medicina, chiamavano me. Ricordo che in quelle prime settimane di lavoro c'era ricoverato in Medicina un uomo di mezza età, malato di cuore. Ebbe diversi episodi di edema polmonare acuto e tutte le volte, prestandogli le mie cure, riuscii a recuperarlo. Col passare dei giorni si riprese e tutto faceva pensare che il decorso sarebbe stato favorevole. Una domenica sera, mentre stava cenando e stava scherzando con l'infermiera, rimase morto. Una battuta scherzosa rivolta all'infermiera furono le ultime parole prima della sua morte, così repentina, così immediata. Mi cercarono subito. In quel momento non ero di guardia e cosa strana, ma vera, ero fuori dall'ospedale, per la precisione a Messa. Quando tornai, mi fu riferito tutto e ci rimasi di un male ma di un male che è anche difficile raccontarlo tutto. Quel giorno fu l'ultima volta nella mia vita che mi pentii di avere intrapreso la carriera di medico. Per inciso dopo quel giorno fino ad oggi sono sempre stato felice ed orgoglioso di essere un medico. Quel giorno però arrivai a quella emozione. Quale era la mia colpa? Io mi rendevo conto che non potevo fare di più. Quell'uomo verosimilmente, come capita spesso ai cardiopatici scompensati, morì di morte improvvisa aritmica; ed a quei tempi non c'erano monitor né defibrillatori. Questo fu il primo insuccesso terapeutico della mia vita ospedaliera. Nella mia lunga carriera molte volte ho rivisto la sconfitta. Malati curati e recuperati, talvolta presi, come si suole dire, per i capelli ed apparentemente avviati a guarigione, sono poi improvvisamente morti. Questo mi è servito spesso a riportare i piedi per terra ed a pensare sempre più che non sono io il padrone della vita.

Il medico, in particolare l'internista, vede di frequente la morte dei propri pazienti. Gli amanti delle belle statistiche spesso fanno in modo che i malati che sono avviati a morte, vadano a morire altrove. Io questo non l'ho mai fatto. Non ho mai avuto paura che i miei pazienti mi morissero nel reparto. A torto od a ragione non ho mai creduto che la mortalità in reparto fosse un indicatore delle capacità dei medici. Il medico, ho detto, non è il padrone della vita, quindi l'insuccesso è parte integrante del suo lavoro e va accettato con umiltà. Il medico sa quindi di avere dei limiti e deve comportarsi di conseguenza. Vi sono momenti in cui il medico deve mettere in pratica il primo dei 12 passi e riconoscersi impotente. Ci sono delle situazioni in cui nulla è possibile fare di più per il malato. Ci sono però casi in cui altrove forse è possibile fare una diagnosi od una terapia che io per mancanza di attrezzature o per mia incapacità non sono in grado di fare. A questo punto si pone il dilemma se trasferire o no il malato.

Mi è capitato nella mia vita di medico ospedaliero di dovere risolvere più volte questo dilemma. Davanti ad un malato che si ritiene perso, che fare? Trasferirlo? E se altrove non possono fare di meglio e poi mi prendono in giro? Oppure peggio: se mi accusano di averlo trasferito troppo tardi? E se il posto più adatto al malato restasse comunque il mio reparto? E dubbi simili. Altre volte è successo che la diagnosi si dirigesse in altre direzioni e poi dubbi o certezze facessero cambiare

l'ipotesi diagnostica, dopo aver perso del tempo. Quando si poteva porre rimedio nello stesso mio reparto, problemi gravi non ce ne erano. Ma quando questo non era possibile ed era necessario trasferirlo altrove, allora subito si presentava il timore: cosa diranno o penseranno i medici che accoglieranno questo malato? Davanti a tutti questi dilemmi io ho risolto sempre in un solo modo. Facevo un breve esame di coscienza e valutavo quale fosse la scelta che sembrava essere la più vantaggiosa per il malato. A questo punto lasciavo perdere tutte le altre considerazioni e decidevo ciò che ritenevo fosse più utile al malato. Talvolta trasferire creava sofferenza. Questo era particolarmente vero, quando inviavo nel grande ospedale. Capitava che il medico del grande ospedale si lasciasse andare a considerazioni poco lusinghiere verso l'operato dei colleghi degli ospedali periferici, quasi che l'essere in periferia fosse sinonimo di essere ignoranti. Spero che oggi non sia più così. Io però mi sono sempre attenuto ostinatamente alla scelta che ritenevo la migliore per il malato. Devo dire che questa scelta mi ha sempre ripagato. Non ricordo problemi né coi malati né coi parenti. Ricordo un solo caso increscioso. Una malata anziana risultò affetta da addome acuto. Io la trasferii in chirurgia di un altro ospedale per l'intervento. In quell'ospedale fu operata. Purtroppo la malata non ce la fece e morì. Alcuni giorni dopo il figlio venne da me e mi fece una piazzata perché avevo fatto fare un intervento chirurgico che aveva fatto soffrire inutilmente la sua mamma e se ne andò poi sbattendo la porta. Ma io, malgrado questo, allora ritenevo ed ancora oggi ritengo che fosse giusto offrire alla malata una possibilità di salvarsi la vita. Siamo venuti a parlare di colleghi, di malati e di parenti. A tal proposito ricordo quanto mi fu raccontato da un collega più anziano, mentre frequentavo da volontario un ospedale nell'anno successivo alla laurea. Il Primario di quell'ospedale, ormai in pensione da qualche anno, era stato un'istituzione per quell'ospedale ed anche per tutta la città e l'area circostante. Egli era chiamato ogni momento a consulto da tutti i medici della zona. Continuava questo medico: "egli per prima cosa pensava all'onore del medico, per seconda cosa pensava al bene del malato poi, solo dopo, pensava a tutti gli altri". Oggi nella mia maturità non ritengo corretto questo comportamento. Un medico deve mettere sempre al primo posto il bene del malato. Prima si cerca il bene del malato, poi al secondo posto si salva la faccia del medico. Penso anche che un comportamento rispettoso verso i colleghi sia utile al bene del malato. Un punto che desidero qui rimarcare è che la medicina non è fatta solo di scienza. Oggi assistiamo sempre più all'irrompere glorioso della scienza e della tecnica nell'arte medica. Al contrario l'umanità si è sbiadita.. Ricordo che quando ero studente all'Università circolava un adagio: la medicina non guarisce mai, cura qualche volta, consola sempre. Questo non è più vero. Oggi la medicina spesso guarisce veramente. Anche il consola sempre non è più vero: oggi purtroppo spesso essa non consola affatto. La scienza è ingigantita, l'umanità si è rimpicciolita. Nell'insegnamento ai miei allievi io ho sempre ricordato che un bravo medico deve avere scienza ed umanità. Esse devono essere presenti nel medico insieme e con pari dignità. L'umanità tra l'altro da anche la possibilità di gestire al meglio gli errori. Il malato ed anche i parenti che sentono amore nel medico, sono più disponibili a mantenergli la stima anche quando un errore c'è stato. L'alleanza tra medico e paziente rende più facile riparare l'errore. E' per questo che io ritengo che l'errore più grande, *infelix culpa*, sia sempre la mancanza di umanità. Non vorrei avere deviato dal tema, visto che è dei miei errori che dovevo parlarvi. Concludo dunque con un fallimento. Pochi anni prima della mia pensione venne ricoverato nel mio reparto un malato che risultò essere un alcolista. Io lo chiamai più volte nel mio studio per dei colloqui e riuscii a fagli comprendere la sua situazione ed accettare il fatto di essere affetto da malattia alcolica. Gli parlai della compulsione alcolica, della necessità per lui di sospendere del tutto l'assunzione di alcol e riuscii a convincerlo ad avere un incontro con un alcolista anonimo. L'impressione che ne avevo, era che mi avesse capito, che fosse motivato a smettere e che avesse buone probabilità di farcela. La tegola mi arrivò in testa il giorno della dimissione. La moglie venne a salutarmi ed a ringraziarmi. "Sono molto contenta, ella mi disse. Mio marito mi ha riferito che proprio vuole smettere. Non berrà più vino né alcolici per tutto il giorno. Solo alla sera, prima di coricarsi, prenderà un bicchiere di vino". A questo punto mi fu chiara la mia sconfitta. Lo dissi alla moglie: "tornerà a ubriacarsi". Un anno dopo era diventato un alcolista aggressivo.