

Gocce di etere

(Anestesia e Rianimazione)

Successi e insuccessi professionali (1998)
I have a dream (1999)
Suae faber fortunae (1999)
Un antico manoscritto (2000)
Maschio e femmina li creò (2003)
Emozioni S.P.Q.R. (2004)
PIANTA PEI (tutto scorre) (2005)
Menenio Agrippa chi era costui? (2005)
Si intuba in piedi o da seduti? (2005)
DI PARTI MENTO (2006)
L'Angelo dell'Anestesista (2006)
Anestesista arbiter (2006)
Il Telebacter ebetifaciens (2007)
H₂O di sorgente (2007)
"I Credibili" (2008)
Direttive o desideri? (2008)
Frangar aut flectar (2009)
Audi et alteram partem (2009)
Nondum matura (2009)
De adhibendis ad consilium fratribus (2009)



30 marzo 1842: primo intervento chirurgico con l'uso dell'etere come anestetico

Successi e insuccessi professionali

Vi racconto una giornata fuori della routine

Abbiamo due casi clinici difficili nel nostro reparto. Il primo è un malato cronico, ricoverato da oltre sei settimane. Il secondo è un malato acuto, ricoverato da dieci giorni.

Il cronico è un simpatico signore di 72 anni, con una grave forma di broncopneumopatia ostruttiva, che è stato collegato al ventilatore meccanico per un mese e mezzo; gli è stata fatta una tracheotomia ed è stato nutrito a lungo tramite sondino naso-gastrico. Da alcuni giorni si è ripreso, sia dal punto di vista fisico (respira staccato dal ventilatore, mangia da solo con appetito, si alza e sta seduto in poltrona), che dal punto di vista psichico (è tranquillo, sorridente e collaborante, mentre fino a qualche giorno fa passava da fasi di agitazione e insonnia, resistente agli ipnotici, a fasi di depressione e negativismo estremo).

* * * * *

È un cammino triste, ma quasi obbligato, quello che i bronchitici cronici in fase avanzata devono percorrere quando vengono in rianimazione. Entrano quasi agonizzanti, salgono e poi scendono una sorta di monte Calvario (insieme ai loro famigliari) e, infine, escono “restaurati” e spesso anche rinvigoriti e più tonici rispetto agli ultimi mesi di vita trascorsi a casa.

* * * * *

Mario è uno di questi e stamattina gli ho tolto la cannula tracheostomica, ultimo anello della catena che lo teneva legato alla vita “artificiale” o “protesica” del nostro reparto.

Tolta la cannula, ha potuto di nuovo respirare dalla bocca e dal naso (una sensazione bellissima e molto particolare: “Mi sento in paradiso!” dicono tutti coloro ai quali viene tolto il tubo tracheale), ha potuto parlare - pur con voce fioca, ancora da registrare e da far esercitare - e ha potuto tossire, starnutire, raschiare ed espettorare come gli altri esseri umani. Era molto emozionato, anche se da tre giorni lo avevamo preparato a questo momento; era commosso quando ha pronunciato le prime parole. Anche noi eravamo commossi e felici per lui e anche per noi stessi che, in certi momenti anche molto recenti, avevamo pensato che non ce l'avrebbe fatta.

E invece, eccolo qui, autonomo e quasi perfettamente ristabilito.

* * * * *

Ci sono dei giorni in cui mi chiedo a cosa serve il nostro reparto.

Questo capita quando “dobbiamo” assistere delle persone in condizioni terminali, magari incoscienti (*che dovrebbero finire i loro giorni nel letto della casa dove hanno vissuto per decenni*), oppure quando “dobbiamo” rianimare delle persone anziane che, per un ictus, (*cioè per un colpo molto violento*), sia a livello cerebrale che cardiaco, raggiungono lo stadio ultimo della vita (*vale a dire che smettono di respirare*).

E noi, “clinici esperti” e “salvatori di vite umane”, li aggrediamo con i nostri interventi “invasivi”, sia diagnostici (come la TAC, magari total body), che terapeutici (massaggio cardiaco, intubazione, respirazione artificiale) fino al trattamento “intensivo” del nostro reparto: vasi centrali incannulati, monitoraggi invasivi, cateteri e sonde, nutrizione artificiale, farmaci per il cuore, per la circolazione, per la funzione renale, per il diabete e per tutte le altre patologie che avevano riempito fino all'orlo il vaso della vita (*cioè che avevano raggiunto l'equilibrio ultimo nell'esistenza di quell'essere umano*).

E noi? Noi abbiamo frenato e bloccato la “goccia” che stava facendo traboccare quel vaso.

Ma il vaso ormai è pieno. E chi siamo noi per continuare a “conservarlo” come si conserva un mobile antico o un altro oggetto di antiquariato?

È l'interrogativo che fa capolino nella nostra coscienza quando, invece, vorremmo stare tranquilli tra le nostre sicurezze di gestori della salute pubblica. E dato che siamo molto impreparati - sia in Bioetica, che in umanità e Scienze Umanistiche - facciamo fatica a trovare la risposta, o le risposte, a questo interrogativo.

* * * * *

Scusate, ma mi sono lasciato trasportare in questo sfogo dalla crisi di identità tipica dell'Anestesista Rianimatore, quando cade nella spirale della routine, degli ineluttabili insuccessi professionali, della delusione per la mancanza di un ruolo ben definito, eccetera, eccetera.

* * * * *

Ma oggi è stato tutto l'opposto.

Grandi successi professionali (e quindi fuori della routine della terapia intensiva che, purtroppo, non è sempre intensiva, ma anzi è poco intensa e molto depressiva), grandi soddisfazioni, grande recupero del nostro ruolo di medici e infermieri che curano e guariscono - proprio così, guariscono - i malati.

* * * * *

Il secondo caso - quello che ha completato la festa - è stato un traumatizzato trentenne con gravi fratture costali, lacerazioni e contusioni dei polmoni e del fegato e piccola emorragia a livello cerebrale. Dopo otto giorni di sedazione "pesante" (era estremamente agitato e, oltre a ciò, non rispondente agli abituali dosaggi di farmaci sedativi) e di ventilazione meccanica, stamattina - finalmente - è stato staccato dal respiratore e gli abbiamo rimosso il tubo naso-tracheale.

* * * * *

Dopo mezz'ora dalla precedente, un'altra scena di recupero di una funzione straordinaria - esclusiva della specie umana - come è appunto la fonazione, o favella, o uso della parola, o eloquio (a seconda del termine greco o latino da cui derivano i modi di definire quello che è il parlare, cioè l'espressione o comunicazione verbale, una cosa bellissima e importantissima).

Un altro nostro simile che "si è sentito in paradiso": riuscire a respirare, sentire l'aria che passa dal naso e dalla bocca, parlare, mandare giù senza difficoltà, muovere il capo e il collo senza dolore, senza sentirsi tirare da tubi, da sonde, da cavi e senza mandare in allarme il monitor o il respiratore (con i loro segnali - appunto di allarme - così violenti e martellanti nel silenzio obbligato e oppressivo della camera).

* * * * *

Questa mattina, come dicevo prima, è andato tutto bene.

Infatti, dopo le prime ore di osservazione e di monitoraggio, i due soggetti, l'anziano (di anni, di malattia e di giorni di ricovero) e il giovane (di trauma e di giorni di rianimazione) si sono mantenuti brillantemente - e sorprendentemente - autonomi e quindi ormai vicini alla guarigione.

* * * * *

Sono molto rare le giornate come oggi.

È bello gioirne e ritornarci col ricordo, anche perché è un'esperienza che forse non si ripeterà.

I have a dream

Sto sognando. Sono un medico.

Sono un professionista che ha studiato molti anni, che è iscritto a un Ordine Professionale, che esercita l'arte della Medicina.

Sono un professionista che deve rispondere all'imperativo di "operare secondo scienza e coscienza". La "scienza" è stata "infusa" nel mio intelletto dall'Università, come una serie di flebo che iniziano e poi finiscono (forse dovrebbe essere come una sacca di nutrizione parenterale in "infusione" continua, per 24 ore). La "coscienza" è la mia "buona fede", una buona fede personalizzata, a volte addomesticata (forse dovrebbe essere come una telecamera che mi fa rivedere, alla moviola, i miei piccoli e grandi compromessi).

Sono un professionista che è libero di prescrivere qualunque cosa, esami di laboratorio, indagini strumentali, farmaci, diete e visite specialistiche: e questo perché per il mio paziente bisogna fare tutto il possibile e tutto lo scibile.

Sono un professionista che sa qual è il bene del suo paziente (che oggi è ancora molto paziente, ma incomincia ormai ad accorgersi che ci sono delle alternative e che esiste l'autodeterminazione del malato, autodeterminazione proclamata - chi se lo ricorda? - anche nel nuovo Codice Deontologico) e che sa qual'è la cura giusta, perché la sta applicando da anni e, quindi, "va bene così".

Sono un professionista che ha scelto di curare i malati all'interno di una struttura pubblica. Vita "tranquilla" (ferie, malattia e scatti di carriera garantiti), senza commercialista (nessun rischio e nessuna tentazione di evadere il fisco), senza assicurazione (bei tempi ...). Ma sono ancora un professionista o sono soltanto un *dirigente-dipendente*, che più dipendente non si può, specie dopo la riforma ter? (Nella quale non vengo mai chiamato col nome di medico ... Ma sarò poi un medico? - *crisi di identità* - E perché mai mi devo preoccupare? Tanto è solo un sogno!)

Continuo a sognare.

Mi trovo in un blocco operatorio. O è una terapia intensiva? Sono ancora un professionista, questa volta nelle vesti di un medico ospedaliero.

- *A proposito, come si fa a fare l'anestesista-rianimatore al di fuori delle mura (in latino: extra moenia; pronuncia: extra menia; guadagno presunto: extra money) di una struttura ospedaliera?* - Nel sogno il medico di famiglia sta parlando con l'operando - o con il malato critico appena operato? - e mi elenca i problemi e le medicine prese dal "suo-nostro" paziente. Poi ci salutiamo e ci diamo appuntamento, al telefono, per i prossimi giorni. Mi deve parlare di un altro "suo-nostro" paziente che ha intensi dolori non controllabili coi FANS.

... In questo sogno mi sembra di aver fatto una specie di autoanalisi del medico italiano (e dell'anestesista rianimatore) di fine secolo.

Sto di nuovo sognando. Sono sempre un medico, un medico del 2000. Ho riscoperto il valore della mia professione, cioè ho riscoperto almeno due cose:

1. il motivo per cui ho scelto di fare medicina,
2. la soddisfazione provata quando ho potuto "curare" veramente un malato.

E poi, oggi, devo riscoprire anche l'etica del mio lavoro, che non è solo quella del Codice Deontologico, ma anche l'etica dell'impiego appropriato delle risorse.

Se ne parla sempre più spesso.

Ma, per un medico, per un professionista, è una cosa umiliante: non devo mettermi a fare il ragioniere o l'economista!

Sto sempre sognando e mi domando: "Che cosa impedisce che questo argomento da umiliante diventi esaltante?" Il medico provi a pensare: "Se impiego le risorse LIMITATE della Sanità nel modo migliore per tutti i malati succederà che, in modo equo, ridurrò l'impegno tecnologico e farmacologico rivolto ad alcuni, in favore di servizi indispensabili ad altri, a tanti altri."

Martin Luther King disse la sua celebre espressione “I have a dream” e raccontò il suo sogno che era quello di bambini bianchi e neri che si tenevano per mano sulla collina di Washington.

Alcuni di noi “have a dream”, hanno un sogno. Medici di famiglia e medici ospedalieri si trovano insieme per parlare e, subito dopo, per inventare ed attuare interventi concreti in un’equa ed appropriata distribuzione delle risorse sanitarie.

A volte le parole hanno un valore che va al di là del loro significato letterale. E si possono fare - intanto è solo un sogno - dei “giochi di parole”. Quella che era la vecchia DIVISIONE di medicina o di chirurgia oggi viene denominata UNITA’ OPERATIVA (U.O.).

Nell’ottica di un coordinamento reale, possiamo immaginare di passare dalla vecchia DIVISIONE tra medici “ospedalieri” e “territoriali” (come allevatori e coltivatori del Far West) ad una UNITA’ tra colleghi (tutti pionieri verso una nuova frontiera) che diventa OPERATIVA attraverso incontri nei quali si vanno a costruire percorsi e protocolli diagnostico-terapeutici ed altre belle “invenzioni” che rendano il nostro lavoro più “efficace” e più “efficiente”, ma soprattutto più piacevole: un lavoro da sogno.

“I have a dream”. (Martin L. King)

Ma “la vida es sueño”. (Calderon de la Barca)

Suae faber fortunae

Una giornata di duro lavoro. Vado a dormire e faccio un sogno lungo e stranissimo.

Sono un Anestesista-rianimatore. Sono seduto nel mio ambulatorio e la mia infermiera-segretaria fa entrare il paziente prenotato per la visita preoperatoria. Si accomoda nella poltroncina davanti alla mia scrivania (col computer e con la scheda già pronta del paziente). È accompagnato da un familiare che mostra trepidazione e tiene tra le mani una cartellina piena di esami e di lastre.

Il signor XY deve essere operato e si è rivolto a me per sapere a che cosa andrà incontro ... Vuole essere visitato approfonditamente e mi chiede a quali rischi può andare incontro con l'anestesia generale e con quella loco-regionale. Il familiare desidera conoscere tutti i particolari della metodica, del monitoraggio, del controllo del dolore postoperatorio e si fa ripetere alcuni passaggi un po' più complessi.

È un sogno veramente assurdo. Pensate che la visita è stata prenotata da nove settimane (c'è una lunga lista d'attesa) ed è stata naturalmente pre-pagata alla segretaria. Non ci crederete, ma - nel sogno - il medico di famiglia gli ha consigliato di andare a fare una bella visita, anzi un consulto, dall'Anestesista-rianimatore; quella visita - glielo ha detto il suo dottore - è indispensabile per poter guarire dalla sua malattia!

Mi viene chiesto, alla fine, se oltre ad essere io il medico che farà l'anestesia, sarò sempre io il medico che lo seguirà nel periodo dopo l'operazione. E ancora - questa volta il familiare - mi si chiede se sarà possibile effettuare una visita di controllo dopo la dimissione. Perché? - domando -. Ma, dottore, per verificare che non sussistano problemi psico-fisici o qualche esito legato allo stress dell'intervento, al dolore dell'operazione e al ricovero nel suo insieme!

Il futuro operando ha molte paure - mi viene spiegato - è depresso e non ha trovato soddisfazione nel corso di molte visite presso altri miei colleghi internisti, chirurghi, neurologi.

Ha un'assicurazione che copre le spese del ricovero e, dopo qualche istante di esitazione, chiede il mio parere in merito a una scelta che non si sente in grado di compiere: da quale chirurgo dovrà farsi visitare e poi operare?

Mi sveglio di colpo. Non si tratta solo di un sogno: è un'allucinazione, un terribile delirio di onnipotenza.

Dopo essermi alzato e dopo aver bevuto due bicchieri d'acqua (al mattino fa bene ai reni), mi siedo in cucina e ripenso al mio sogno. Alcune cose sono fantasia, ma altre sono realtà. Studio, segretaria, prenotazione, pagamento, richieste "strane" sono fantasia, utopia, delirio. Ma il resto è realtà. Molti colleghi avranno sicuramente avuto esperienze di visite come quella del sogno. Paure, incertezze, ignoranza su quasi tutto (quale tipo di informazione viene dato? e che consenso è quello che viene raccolto - non solo firmato?); ma, soprattutto, bisogno di rassicurazione, di punti di riferimento, di vera e propria protezione.

Perché la "nostra" visita è così diversa da quella del chirurgo?

È il nostro destino - si risponde sempre a questa domanda.

Ma qualcuno, nei tempi antichi, ha scritto: "Unusquisque suae faber est fortunae" (citazione latina).

Mi si consenta di porre questo quesito. È proprio tutta colpa del destino, o magari è una cosa che ci siamo fabbricata noi?

Fabbricanti della nostra fortuna, del nostro destino. Pionieri. Sognatori.

Perché non trasportare la parte fantastica della visita-sogno nella realtà, un po' alla volta?

Chi potrebbe risentirne? Il malato, il familiare, il reparto, l'azienda? Ne sarebbero sconvolte solo alcune tradizioni (i "sacerdoti" nel "tempio della chirurgia" - ma sono sempre di meno), le "care" consuetudini (che novità è mai questa? si è sempre fatto alla vecchia maniera) e gli schemi fissi così difficili da estirpare (ma l'anestesista è un medico?).

"La vida es sueño".

Un antico manoscritto

Negli archivi del vecchio Ospedale Militare di Alessandria trovai molti anni fa alcune pagine pressoché illeggibili di un antico manoscritto. Facevano parte, quasi per certo, di un testo di storia della medicina. Riuscii a decifrarne alcune parti e le trascrissi in un italiano moderno. Dopo trent'anni, riordinando i miei vecchi libri di latino, mi sono ricomparse tra le mani e ho raccolto i capitoli che narrano le gesta dei nostri antenati.

Le origini

Riferiscono gli storici che, con il passaggio dall'età del SIAR all'età del SIAARTI, l'homo siaartens aveva proliferato in abbondanza (secondo il comando divino "Crescite e moltiplicatevi") ed aveva occupato capillarmente tutti i territori della penisola italiana.

Da pastori ad agricoltori

Dalla pastorizia (di sparute mandrie di pazienti anestetizzati) gli antichi abitanti della penisola erano passati alla coltivazione di sempre più numerosi pazienti in aree ricche di piante, ossigeno, terreni di coltura e pappagalli. Tali territori vennero conquistati nel corso di lunghe e sanguinose guerre combattute aspramente contro le feroci tribù chirurgiche dei "Lunghi Coltelli" (popolazioni che fin dalle origini ebbero il dominio di tutta la terra).

Gli Ari

Gli AR o Ari – così venne chiamato quel popolo coraggioso e fiero – avevano raggiunto nell'età del SIAARTI la massima espansione e in ogni più piccolo ospedale (denominato *stabilimentum* per il fatto che i neo-conquistatori lo ritennero un "posto fisso" o stabile) vi era un insediamento di Ari.

La colonizzazione

Dalla madre patria (*Athenéa*, da Atena, la dea fondatrice) gli Ari partivano, dopo un breve periodo di tirocinio (*tirocinantes*) o, talvolta, senza alcuna conoscenza della rotta (*ignorantes*), ma sempre con grande sprezzo del pericolo (agguati di pirati – *procuratores* – e mostri marini – *djournalisti*), e raggiungevano terre lontane, fondando colonie di Grandi Intensivi e diffondendo colonie di Gram negativi.

La ricchezza

Gli Ari delle colonie (proprio come i coloni fenici e della Magna Grecia), in un primo periodo, erano tenuti ad inviare alla madre patria, trasportati sulle loro veloci navi da trasporto (*heliambulantiae*), tributi di ogni genere, ma soprattutto vittime sacrificali (*kritichoi*) e libri sacri (*bibla-graphia* o *publicathiones*).

La religione

Le vittime umane (private della coscienza con pozioni a base di barbabetole – *barbithuricae* – e ventilate da schiavi che facevano vento con piccoli ventagli a forma di pallone) erano condotte davanti alla statua del dio Baal o BAL (il dio invocato contro gli avvelenamenti) e qui i sacerdoti le sottoponevano ai riti preparatori (taglio della gola con fuoriuscita di sangue che veniva fatto passare in bacili e lunghe canne su cui si aspergeva, con membrane magiche, acqua sacra ricca di bollicine miracolose).

La tradizione scritta

Nelle grandi biblioteche dei templi di Athenea erano ammassate centinaia di migliaia di pergamene e di papiri con tutto lo scibile dell'epoca. Le *publicathiones* contenevano formule magiche (*chi quadratus*), racconti mitologici (*duplus caecus*), narrazioni e testimonianze (*reportes*) di combattimenti all'ultimo sangue (*mortalitas*), di epiche imprese (*transplanctia*) e di storie mirabolanti (*resuscitationes*). Tutte le *publicathiones* venivano rese pubbliche (da cui il nome) ogni quattro anni dai

sacerdoti e dagli anziani in occasione dei giochi olimpici (*Olympiades* o *Cumgressi*) in cui tutte le guerre e le contese (*cathedrae*) venivano interrotte ed i campioni di ogni disciplina gareggiavano tra di loro per l'alloro olimpico (*praemium SIAARTI*).

La mitologia

Alcuni dei più ardimentosi guerrieri Ari vennero proclamati eroi e i loro nomi furono scritti in un elenco (*syndachatum*) detto degli Ari eroi. Questi presero in seguito il nome di Aaroi, personaggi leggendari e Gagliardi della letteratura epica antica.

La decadenza

Ma questa età aurea, dopo un progressivo ed ineluttabile declino, ebbe fine.

Le antiche virtù dei fondatori lasciarono il posto a mollezze di costumi, inettitudine dei comandanti, culto di divinità straniere. Lotte intestine e divisioni all'interno dell'Ari-stocrazia portarono allo smembramento dell'impero in tanti piccoli regni o *Societates*, ognuna con il proprio *dux* e il proprio *senatus*. È in questo periodo che gli storici pongono la fine dell'età del SIAARTI e l'inizio dell'età del SIAARTINPOMISCDPCNEMCMAO (*Neonatale-Pediatrica, A. Ostetrici, Medicina Iperbarica, Studio e Clinici del Dolore, Cure Palliative, Nutrizione, Emergenza, Medicina delle Catastrofi, Medicina Alternativa, Odontoiatria*).

La calata dei barbari

Approfittando della debolezza degli Ari, orde di barbari calarono dai confini dell'impero e misero a ferro e fuoco DEA e centrali operative, riuscendo a impadronirsi anche di alcune terapie intensive di terra e, persino, di alcune volanti. Erano GoTI (goti delle T.I.), Visigoti (goti della *visibilitas*), Chirogoti (goti dalle mani lunghe, detti anche *Kirurgentes*) e Medigoti (goti a metà o *Mediurgentes*). Ma i più feroci furono gli Unni *uni octi* (1-1-8), così chiamati perché la tribù all'inizio era costituita da 118 guerrieri. Gli Unni *uni octi* o *Centumdicioctisti* distruggevano ogni cosa al loro passaggio, mettendo in fuga gli Ari che cercavano di bloccarli.

Col passare degli anni, però, alcuni di quegli Unni cercarono di avvicinarsi ai costumi degli Ari e vennero fatti entrare nelle file dell'esercito a titolo di Mercen-Ari (pur essendo pagati molto poco) e sotto la protezione della madre patria Athenea.

La crisi demografica

Epidemie (*pestis pensionica, krysis barnautica*), carestie (*salarium minimum*), persecuzioni da parte dei *rectores jene-rales*, fughe in esilio (*privata curae domus*) decimarono gli Ari che, da antichi dominatori, vennero ridotti in schiavitù. Per giunta, dalla madre patria Athenea non giungevano più rifornimenti da moltissimi anni.

I cavalieri erranti

Sparuti gruppi di giovani cadetti si misero a vagare per le campagne deserte offrendosi come paladini dei poveri (*caerentes organici*) e lavorando per essi. Chi li ammirava li soprannominò "nati col vento" (*cum vento nati* o *cumventionati*); chi li odiava li marchiò con l'epiteto "gettali via" (*ejecta histos* o *ejectonhisti*).

A testimonianza di questo ci sono pervenuti alcuni reperti dell'epoca. Il meglio conservato è un'iscrizione funeraria rinvenuta in una tomba etrusca dall'archeologo senese del trecento Belluccio Bellucci: "*Mortuus est ejectonhistorum magna cum turba hospitalia viciniora adgrediens*".

La rinascita

Ma una nuova era si avvicinava. Nuove conoscenze (*adjurnamencta adcredithata*), nuove esplorazioni (*transferimenta interactiendalia*), nuove invenzioni (*intra moenia iperpecunia ex art quinquaginta quinque*) riportarono gli Ari ai fasti di un tempo. Dalla madre patria tornarono ad affluire giovani coloni (*spectialitiandi*). Sorsero grandi uomini e grandi artisti che illuminarono quel periodo a cui fu dato il nome di Rinascimento.

Anonimo

Maschio e femmina li creò

Estate 2mila3. Mare di Laignueglia (Riviera ligure di Ponente). Cinque del pomeriggio. Caldo torrido.

Sto nuotando e galleggiando, un po' al largo, davanti a due belle ragazze appoggiate sul materassino: mia figlia Caterina e la sua amica Marta, specializzanda in Anestesia e Rianimazione.

Cominciamo a chiacchierare piacevolmente. Inizio io, dicendo che ho appena finito di leggere alcune interessanti considerazioni sui primi capitoli della Genesi, quelli sulla creazione del mondo, dove è scritto "E Dio disse: «Facciamo l'uomo a nostra immagine, a nostra somiglianza, e domini sui pesci del mare e sugli uccelli del cielo, sul bestiame, su tutte le bestie selvatiche». E, più avanti, "Poi il Signore Dio disse: «Non è bene che l'uomo sia solo: gli voglio fare un aiuto che gli sia simile» ... fece scendere un torpore sull'uomo, che si addormentò; gli tolse una delle costole e rinchiuse la carne al suo posto. Il Signore Dio plasmò con la costola, che aveva tolta all'uomo, una donna e la condusse all'uomo" ... "L'uomo abbandonerà suo padre e sua madre e si unirà a sua moglie e i due saranno una sola carne".

Immersi nell'acqua quasi tiepida e trasparente, ci mettiamo a discutere sul tema "la sessualità", partendo dal racconto, molto poetico e suggestivo, della creazione dell'uomo e della donna.

Dopo un quarto d'ora, passiamo a parlare dei primi mesi in sala operatoria di Marta, la specializzanda.

Ad un tratto, alcuni accenni al temperamento del chirurgo e alle responsabilità dell'anestesista fanno accendere una lampadina tra i neuroni del mio centro della memoria. Un flash su più di trent'anni di sala operatoria si associa al flash della memoria recente sulla creazione e su due personaggi, non biblici, ma attuali: il chirurgo e l'anestesista.

"Dio creò l'uomo ... maschio e femmina li creò".

Cosa fa il chirurgo? Visita, decide di operare, programma la lista, lavora con ritmo frenetico, apre, chiude, taglia, sega, tira, lega, toglie, mette, dà ordini in continuazione; alla fine se ne va e porta a casa il suo guadagno.

Non vi sembra la fotografia del padre di famiglia, gran lavoratore, brava persona?

Cosa fa, invece, l'anestesista? Guarda la lista (non della spesa), visita, tranquillizza, fa raccomandazioni (tolga la protesi, prenda l'ansiolitico), soppesa costi e benefici (come per un bilancio domestico), prepara per il tavolo (non della cucina), apre il gas e miscela gli ingredienti (non della cena), accende il monitor (non della TV), fa mettere sul lettino (non della cameretta), coccola e somministra una ninna-nanna (farmacologica), vigila sul sonno delle creature a lui affidate e le protegge, placa le ire dell'uomo di casa (il chirurgo) e fa sì che la prole (il paziente) non ne subisca il "trauma", ma possa dormire profondamente e si svegli serena e senza brutti ricordi; alla fine controlla che sia tutto in ordine, dà le ultime disposizioni, spegne il monitor e tira un sospiro di sollievo.

Non vi sembra la fotografia della madre di famiglia (chioccia-leonessa), una perfetta donna di casa? Come per il buon andamento di un ménage domestico ci devono essere un buon marito e una buona moglie, così, affinché un'équipe funzioni bene, ci devono essere le due componenti del chirurgo e dell'anestesista, figura paterna e figura materna.

Se il chirurgo non fosse così - stakanovista, presuntuoso, intraprendente, sicuro di sé - probabilmente la chirurgia sarebbe ancora all'epoca dei primi pionieri.

Se l'anestesista non fosse così - paziente, perseverante, conscio dei limiti propri e degli altri, pronto a risolvere in un attimo ogni tipo di problema - probabilmente l'anestesia sarebbe ancora all'epoca della maschera e dell'etere.

«Facciamo l'uomo a nostra immagine e somiglianza».

L'uomo-chirurgo non ha dubbi su questo punto: è fatto a immagine di Dio.

Ecco che si spiega tutto!

E perché lavora tanto e deve spesso farsi asciugare il sudore sulla fronte?

La risposta è sempre nella Genesi: dopo il peccato originale, Adamo ed Eva vengono cacciati dal paradiso terrestre. “All’uomo disse: «Con il sudore del tuo volto mangerai il pane» ...”

E perché l’anestesista deve soffrire ad ogni seduta operatoria?

“Alla donna disse: «Con dolore partorirai figli» ...”

Forse è per questo che gli Anestesisti si sono dati tanto da fare per introdurre l’analgesia del parto.

«Facciamo l’uomo ... e domini su tutti ...»

Il dominio dell’uomo-maschio e del chirurgo è stato assoluto, nella società e in sala operatoria. Negli ultimi tempi, però, il femminismo e il maturare della disciplina anestesologica hanno spostato gli equilibri e anche se le pari opportunità, nel mondo, sono ancora allo stato embrionale, in alcune isole felici il chirurgo è sottomesso all’anestesista, che programma, decide tutto, urla e sbraità, proprio come una moglie bisbetica.

“E Dio disse: «Siate fertili e moltiplicatevi» ...”

Presso il popolo ebraico la sterilità era per la donna una disgrazia e un disonore.

La “sterilità” è stata una disgrazia anche presso gli Anestesisti. Come il grembo sterile di Sara, moglie di Abramo, i nostri organici non hanno avuto eredi e mancano di virgulti e di forze giovani.

Abramo, per avere un erede, ebbe un figlio dalla schiava Agar, Ismaele. Così, anche noi dobbiamo ricorrere ai figli di altre donne, ai gettonisti di altri Ospedali.

Ma, alla fine, in tarda età, Abramo e Sara ebbero il figlio promesso, Isacco, a cui seguì una stirpe “numerosa come le stelle del cielo e come la sabbia del mare”.

E anche noi avremo, alla fine, gli specializzati promessi.

Prima conclusione.

“Non c’è niente di nuovo sotto il sole” (dal Qoèlet, libro sapienziale dell’Antico Testamento).

Seconda conclusione (con lieto fine).

Come nelle migliori famiglie, in cui uomo e donna sono “una sola carne”, anche nei migliori Ospedali, per fortuna, chirurgo e anestesista raggiungono un’ottima intesa, per “una sola carne”, quella del paziente anestetizzato e operato a regola d’arte.

Emozioni S.P.Q.R.

(manifestazione 24 aprile 2004)

Roma è bellissima.

Tre giorni fa ha festeggiato il suo Natale (2758 anni fa!).

E oggi ci accoglie col suo sole, col suo ponentino, col suo cielo azzurro, con la sua atmosfera di città eterna. Quante canzoni, quanti artisti, quante opere d'arte. Quanta storia.

Roma è bellissima stamattina.

Alle 10 in punto sono in Piazza della Repubblica.

Davanti alla basilica di Santa Maria degli Angeli (accorpata alle antiche Terme di Diocleziano) sono già schierate varie centinaia di camici bianchi, con striscioni, bandiere, fischietti e rulli di tamburi.

Noi dell'AAROI ci dobbiamo trovare dall'altra parte della piazza, davanti all'Hotel Esedra.

Siamo tre, per ora. Alle 11 saremo ottocento.

Attraverso le arterie che confluiscono nella piazza circolare, con la grandiosa Fontana delle Esedre al centro, continuano ad arrivare, come tante formichine, colleghi e colleghe di ogni età, di ogni regione, di ogni disciplina. Quasi tutti hanno camice e zainetto in spalla.

Mi colpiscono le tantissime bandiere e gli striscioni, coloratissimi e pieni di fantasia, vivacità e umorismo. I medici di famiglia di Roma (ASL 1) hanno scritto "Siamo alla frutta" (con un magnifico cesto di frutta) e "Meno tosse per gli italiani".

In poco più di un'ora saluto e abbraccio decine di amici di tutta Italia. Siamo tutti euforici.

Arrivano gli striscioni e le bandiere dell'AAROI. Sono verdi. Nel corteo saranno quelli più vistosi e più fotografati.

Per ultimi arrivano i 150 colleghi della Campania, attardati nella Metropolitana.

Si distribuiscono i berrettini da sala operatoria.

Tra i primi è arrivato il collega di Tortona, in divisa da Anestesista: cappellino, mascherina, giubba e pantaloni verdi; ha un grosso zaino e l'ombrello; prende subito una bandiera. Per lui applausi, strette di mano e un'infinità di fotografie.

Intanto tutti i sindacati hanno schierato le proprie forze intorno alla fontana e la testa del corteo è pronta a muoversi all'inizio del viale che porta alla stazione Termini.

Alle 11 il sole comincia a picchiare. Si sta bene quando si passa sotto gli "ombrelli" degli alti ed eleganti pini romani (quelli marittimi, non quelli di montagna).

Le diverse sigle innalzano i propri vessilli e cominciano a manovrare per disporsi in corteo. Ci sono due standardi col leone di San Marco e uno con i quattro mori bendati di Sardegna.

Il colpo d'occhio sulla piazza è formidabile.

Saremo più di ventimila (la cifra ufficiale sarà 30.000).

Le schiere si muovono secondo una precisa strategia. Sembrano legioni romane che si dispongono in ordine di battaglia, con le insegne al vento.

Alle 11 e mezza ci muoviamo anche noi. I Presidenti regionali sono in testa, reggendo uno striscione lungo 12 metri. Seguono, compatte, le centurie e le coorti di colleghi in camice, berrettino e bandiere dell'AAROI.

Sfiliamo davanti alle migliaia di colleghi della FIMMG, i medici di famiglia, con le loro bandierine gialle e tanti striscioni: è quasi una passerella d'onore.

Ad un tratto mi sento chiamare a gran voce dal bordo della piazza. E' il direttivo FIMMG della mia provincia, di Alessandria. Esco dallo schieramento e vado verso di loro. Che bello trovarsi così, come in un film. È commovente salutarsi, ridere, complimentarsi, dirsi che è una giornata speciale, sentire insieme che è un momento storico, forse irripetibile per noi medici italiani.

Il serpentone ha già raggiunto con la testa l'Altare della Patria, alle cui pendici ci sono il palco e, più in là, le telecamere fisse. Noi siamo a metà della via Cavour. La coda del serpentone è ancora

ferma. Vediamo, davanti e in basso, il fiume di camici che scende verso i fori imperiali e, dietro, psicologi, veterinari e FIMMG che fanno la curva della stazione.

L'altoparlante comincia a parlare. I Dirigenti delle varie sigle si alternano con i loro messaggi di protesta. È l'una. L'ardore si sta intiepidendo.

Ma ecco che al microfono si sente la voce di Carpino. Non è una voce nel coro. È la voce del tribuno che arringa la folla, come i Gracchi duemila anno fa. S.P.Q.R.: *Sindacatus populusque Romanus*. Echeggia tra il Campidoglio, la colonna traiana, i fori, fino al Colosseo e al Circo Massimo. Tutti sventolano le bandiere, applaudono, inneggiano all'unione e alla forza dei medici fratelli d'Italia. Stringiamci a coorte ...

Quanto sei bella, Roma.

ΠΑΝΤΑ ΡΕΙ (tutto scorre)

Nel periodo luglio-agosto, leggendo un libro sotto un ombrellone o sotto un larice, ti passano per la mente delle elucubrazioni che, in fondo, sono dei collegamenti con l'habitat di quella strana specie di essere vivente che è l'anestesista rianimatore.

Πάντα ρει (si legge *panta rei*): *tutto scorre*.

Lo diceva Eraclito, un filosofo che si studiava all'inizio del primo anno di liceo, insieme - se ricordo bene - agli stoici ed agli epicurei.

Di Eraclito è piuttosto famosa anche un'altra frase.

Ποταμὸ γάρ οὐκ ἔστιν ἐμβῆναι δίς τῷ αὐτῷ (potamò gar uc èstin embènai dis to autò): non ci si può bagnare due volte nella stessa acqua (del fiume).

Ora passo alle elucubrazioni.

Se il sangue nelle vene scorre - perché *tutto scorre* - non si può ottenere due volte lo stesso effetto farmacologico quando si inietta un anestetico o un'altra sostanza.

Se il tempo scorre ("tempus fugit" si legge sotto le antiche meridiane), non si può rivivere lo stesso momento, la stessa emozione provata una volta.

Se il tempo scorre, non si può vivere due volte lo stesso stress quando un risultato atteso non si verifica, anzi quando si manifesta repentinamente un evento avverso, in sala operatoria o in rianimazione. Lo stress è sempre diverso...

Per fortuna, in questi casi, *tutto scorre*. Infatti le amine vasoattive dell'anestesista rianimatore, come sono esondate in modo torrenziale dagli argini dei condotti arteriosi, sommergendo i siti recettoriali, così - altrettanto rapidamente - si sono dileguate dalle zone appena allagate, diluendosi negli ampi e stagnanti estuari dei vasi venosi centrali. *Tutto scorre*.

La stessa cosa avviene per le amine del malato che stiamo trattando. Le amine - questi providenziali prodotti biologici - scorrono in continuazione, secondo uno schema ancestrale che la natura ha prestabilito fin dai primi esseri viventi in possesso di un abbozzo di apparato circolatorio (nel quale, appunto, *tutto scorre* in circolo).

Molte volte è di queste amine il merito di un pronto e insperato "successo terapeutico" delle manovre rianimatorie o il mascheramento - che mai nessuno smaschererà - di un "incidente iatrogeno" potenzialmente mortale.

Per fortuna, appunto, *tutto scorre*. Le amine scorrono. Il tempo scorre e i flussi della natura scorrono secondo regole esatte.

Cosa fa la natura di fronte ad un evento avverso, o meglio di fronte all'attacco di un avversario (diciamo pure l'uomo)? Proprio come fanno un esercito o una squadra di calcio, si difende e poi contrattacca; cerca di riprendere le sue posizioni di partenza, a volte con qualche perdita o qualche gol al passivo, ma sempre con l'onore delle armi, perché ha lottato fino all'ultima amina (cosa che non sempre fanno gli eserciti e le squadre di calcio).

E noi anestesisti rianimatori, cosa facciamo?

Noi anestesisti rianimatori, invece di far memoria degli stress e degli eventi avversi (anche quelli potenziali o non riconosciuti) - avendo come obiettivo la loro prevenzione ed eliminazione - ci mettiamo abitualmente al lavoro con un buon livello di attenzione, ma con un altrettanto buon livello di disinvoltura e di ottimismo.

È male ciò? È una colpa non far passare nella mente, prima di ogni anestesia o prima di ogni procedura invasiva, tutte le possibili complicanze, con tutte le relative contromisure e tutti i possibili esiti finali, clinici e medico-legali?

La risposta è: *tutto scorre*. I ricordi scorrono. I farmaci scorrono. Le amine scorrono. La natura, in fondo, non è "matrigna" (come l'ha definita Leopardi), ma è benigna. E l'anestesista rianimatore affronta ogni sua prova sereno e sicuro. Sa. Sa fare. Sa essere.

E quando tutti si tirano indietro, nel momento della "criticità", è lui - o lei - che diventa il protagonista sulla scena. Non sarà una primadonna che riceverà applausi, fiori, doni alla fine dello spettacolo.

lo (questo è il ruolo di un altro specialista), ma - dato che *tutto scorre* - il suo intervento salvavita scorrerà come un fiume sotterraneo che, però, alla fine, si getterà nel mare aperto delle grandi opere umane.

“Non è tutto oro quel che luccica, ma bisognerebbe equamente aggiungere che neppur luccica tutto quel che è oro” (Christian Friedrich Hebbel).

Menenio Agrippa, chi era costui?

494 avanti Cristo. Roma, da pochi anni repubblicana (SPQR = senatus populusque romanus) dopo aver abbattuto la tirannide dei Tarquinii, sta facendosi sempre più potente in mezzo ai popoli vicini, Equi, Volsci, Aurunci, Sabini, coi quali deve continuamente combattere.

2500 anni dopo. Gli Anestesisti Rianimatori d'Italia, proprio come Roma SPQR, hanno raggiunto il predominio nelle sale operatorie, continuando a lottare tenacemente con i vicini Chirurghi Generali, Ortopedici, Ginecologi.

“Lo sforzo bellico – nel 494 – imponeva gravi sacrifici alla popolazione e la plebe aveva cominciato a tumultuare pericolosamente perché, pur avendo un ruolo decisivo nelle battaglie, paradossalmente decadeva sempre più a rango servile. Si avevano i primi accenni di un malcontento sociale che rischiava di infrangere la compattezza del tessuto cittadino”. (da “La grande storia di Roma” di Antonio Spinosa. Ed. Mondadori 1998)

Lo sforzo bellico contrattuale – nel 2000 – imponeva gravi sacrifici alla popolazione degli Anestesisti Rianimatori e la “plebe” ospedaliera aveva cominciato a tumultuare perché, pur avendo un ruolo decisivo nelle battaglie sindacali e nella conquista di nuovi territori, paradossalmente decadeva sempre più a rango servile. Si avevano i primi accenni di un malcontento che rischiava di infrangere la compattezza del tessuto della disciplina.

“... Infine la protesta dei plebei si estese ai soldati e si ampliò a tal punto da sfociare in una secessione. In massa i plebei si radunarono su una collina fuori della città, oltre il fiume Aniene... Il Senato inviò ambascerie presso i secessionisti per indurli alla ragione e perché tornassero alle loro case. Ogni sforzo di convincimento fu vano”.

... Infine la protesta della “plebe” ospedaliera si ampliò a tal punto da sfociare in una secessione. In massa si radunarono in una Società fuori dell'Università. Il “Senato” Accademico inviò ambascerie presso i secessionisti per indurli alla ragione e perché tornassero alle loro “case” farmaceutiche. Ogni sforzo di convincimento fu vano.

“Emerse allora un personaggio assai noto e saggio, Menenio Agrippa, che era già stato console e che aveva ottenuto un trionfo, sebbene provenisse dalle file della plebe. Poté essere console perché, quando fu eletto a quella carica, era ancora possibile che un plebeo vi assurgesse. Poi i patrizi riuscirono ad assicurarsi in modo esclusivo le cariche e le magistrature più alte con una e vera propria serrata”.

In tempi recenti i “patrizi” riuscirono ad assicurarsi in modo esclusivo le cariche e le magistrature più alte. Un “plebeo” ospedaliero oggi, anche se ha riportato un “trionfo” ed è un “personaggio noto e saggio”, non può entrare nell'assise del Senatus-Societas-IAARTI.

“Menenio, con un discorso molto intenso e pieno di buon senso, convinse i senatori ad affidargli l'incarico di trattare con i ribelli al fine di trovare un accordo che permettesse di ritrovare l'unità del popolo quirito contro i nuovi nemici”.

E qui Tito Livio ci ha lasciato la narrazione (vera? leggendaria?) dell'apologo del ventre e delle membra.

Come tutti sanno, Menenio raccontò una storia dove si narrava che le varie parti del corpo di un uomo avevano deciso di ribellarsi allo stomaco perché non trovavano giusto che lui sfruttasse tutto il loro lavoro e che per tutto il giorno non facesse altro che aspettare il cibo che loro procuravano. E così si organizzarono e decisero di non mangiare più; con questo gesto volevano costringere lo stomaco a lavorare per procurarsi il cibo. Ma, dopo alcuni giorni, il corpo, rimasto senza cibo, cominciò ad indebolirsi e quando fu sul punto di morire, tutte le membra si resero conto che anche lo stomaco svolgeva una funzione vitale.

“Il luogo della secessione prese il nome di Monte Sacro (ancor oggi nome di un abitatissimo quartiere romano) poiché su di esso si erano finalmente riconosciuti ai plebei importanti diritti, soprattutto quello di farsi rappresentare e difendere da due loro esponenti che avrebbero affiancato i consoli patrizi: si istituivano cioè i tribuni della plebe, annuali e inviolabili, eletti dai plebei nei comizi tributi”.

“I tribuni non avrebbero fatto parte del Senato, ma avevano la possibilità di opporsi, mediante il diritto di veto, a qualsiasi decisione dei *patres* che fosse sfavorevole ai loro protetti”.

Gli ospedalieri non avrebbero fatto parte del Senato accademico, ma avevano la possibilità di opporsi, mediante il diritto di veto, a qualsiasi decisione dei patres universitari che fosse sfavorevole ai loro protetti.

“Le abitazioni dei *tribuni plebis* dovevano rimanere aperte giorno e notte perché in qualsiasi momento si potesse chiedere il loro intervento”.

Le abitazioni dei tribuni ospedalieri dovevano rimanere aperte giorno e notte, con turni di guardia attiva e di pronta disponibilità, perché in qualsiasi momento si potesse chiedere il loro intervento.

“Essi, a differenza dei consoli, non sedevano sulle sedie curuli, ma su semplici panchetti, né avevano manti orlati di porpora”.

Essi, a differenza dei professori, non sedevano sulle cattedre, ma su semplici sgabelli di sala, né avevano camici orlati di porpora.

“La vittoria della plebe, ottenuta con la minaccia di una secessione, salvava Roma dalla crisi sociale che i patrizi avevano provocato con la loro avidità”.

Anni 2004. La fine della secessione salvava gli Anestesisti Rianimatori dalla crisi sociale e societaria.

Historia magistra vitae, dicevano i nostri antenati.

“Noi vediamo più in là perché siamo nani seduti sulle spalle di giganti” diceva Bernardo di Chartres nel XII secolo.

Si intuba in piedi o da seduti?

Perché l'Anestesista intuba stando in piedi?

E perché, appena visualizza la glottide, infila il tubo a razzo?

E perché tiene sempre una fiala di atropina pronta?

Non vi siete mai poste queste domande?

Io sì, nel corso di un'anestesia in cui spiegavo le varie procedure ad una apprendista nurse.

A proposito di "apprendisti", tutti sappiamo che l'apprendista stregone impara dal suo maestro formule magiche, filtri, misture, uso di bacchette e via dicendo.

Ebbene, anche gli apprendisti anestesisti e nurses d'anestesia imparano le formule (chimiche), i filtri (umidificatori e antibatterici), le misture (gassosa-endovenosa, blended, epidurale-spinale), l'uso di bacchette (mandrini, minitrack, seldinger) e via dicendo.

Ma torniamo a noi. Mentre, dunque, parlo dell'intubazione appena fatta, Caterina, la neo-nurse, mi chiede perché sto seduto e perché introduco il tubo così lentamente.

Devo premettere che da molti anni pratico l'induzione della narcosi stando seduto. Mi posiziono bene su uno sgabello regolabile da sala, ventilo col pallone nella destra e sto col gomito sinistro appoggiato sul cuscinetto, di fianco alla testa del malato; la mano sinistra prima tiene la maschera, poi il laringoscopio. Infine, con collo e schiena dritti, ho l'immagine della glottide all'altezza degli occhi e faccio transitare il tubo piano piano, quasi accarezzando le corde vocali.

Perché gli altri – mi chiede Caterina – si comportano in modo diverso?

Già, perché?

Tanti anni fa, mi è stato insegnato a intubare in piedi, curvandomi per vedere le corde vocali, forzando col braccio sinistro per tenere sollevati laringoscopio, lingua e mandibola.

Perché si insegna così agli Anestesisti? – mi sono chiesto.

E, dopo averci pensato su, mi sono dato questa risposta.

È un arcano dettame che risale alla notte dei tempi, quando i primi pionieri dell'Anestesia dovevano lottare con soggetti semisvegli, contratti e, a volte, molto reattivi (con rischio di lesioni nei confronti del "narcotizzante"). In quelle epoche lontane, l'ardito esploratore dell'etere doveva procedere con estrema cautela ed essere pronto a rapidi spostamenti, doveva mantenere i muscoli esercitati e molto tonici e doveva infine possedere riflessi vivacissimi. Ecco perché si metteva ben saldo sulle gambe, alle spalle dell'operando, bilanciandosi e piegandosi come un agile lottatore per bloccare in una morsa d'acciaio la mandibola e per piantare la lama del laringoscopio alla base dell'epiglottide.

E qual'era, allora, la cosa più temuta? Erano tantissime le cose temute: la mancata intubazione, l'inalazione di materiale rigurgitato, lo spasmo delle vie aeree, eccetera eccetera.

Anche oggi sono eventi temutissimi, ma allora erano disavventure (perché la narcosi era una vera avventura) molto frequenti, che si concludevano spesso con la morte "in tabula" (traduzione: sul tavolo operatorio).

I maestri anestesisti, da sempre, introducono il tubo attraverso le corde vocali (più o meno aperte) con grande destrezza e, soprattutto, con grande rapidità, dopo di che estraggono fulmineamente il laringoscopio.

In realtà, tutto ciò non è altro che un ancestrale bisogno di sicurezza. Un bisogno al quale si risponde con manovre che, se pure sono ben studiate e modulate, risultano tuttavia forzate e traumatizzanti per le mucose.

L'anestesista del 2000 ha davanti a sé un soggetto immobile. Eppure i suoi gesti sono gli stessi dei suoi antenati. Gli è stato inculcato, quasi dipendesse da un corredo genetico, il timore della non-intubazione, che è ben diverso dalla "intubazione difficile", argomento dotto per raggiungere un "dotto" invisibile.

Non-intubazione = morte. Intubazione = vita, vitalità, slancio, forza, rapidità.

Ecco perché è considerato innaturale per un Anestesista mettersi in una condizione in cui non fa alcuno sforzo, comodo, diritto, bene appoggiato, ad altezza di occhi.

E l'atropina? Stesso ragionamento. Stesso bisogno ancestrale.

Nella preistoria dell'Anestesia i vapori sovradosati nel gocciolamento sulle garze o con la maschera di Ombredanne, ma soprattutto il terrificante riflesso vagale rallentavano o bloccavano per sempre il battito cardiaco. Non c'era il monitor e allora le dita sul polso o l'orecchio sul cuore davano l'allarme e si aspettava l'esito fatale. L'atropina a volte faceva il miracolo.

Da allora la siringa con 5 decimillesimi di grammo – quasi una dose omeopatica – è il talismano appoggiato dietro agli anestetici e ai curari. E, appena la frequenza cardiaca scende sotto i 60, si scarica il farmaco (“farmacon” in greco vuol dire medicamento e veleno – proprio come le risposte a due significati opposti degli antichi oracoli) in vena per tornare su livelli “sicuri”. Una bella ginnastica per quel povero cuore che se la dormiva beatamente.

Cuore e respiro. Funzioni vitali. Vitali per il malato. Vitali per l'Anestesista Rianimatore.

Forse ho un po' esagerato parlando a ruota libera su posizionamenti, tubi e fiale di atropina.

Ma, come tutti ben sappiamo, le parole sono una cosa, mentre le azioni sono ben altro, specie nelle fasi più critiche del nostro lavoro. La fredda teoria, infatti, non serve a molto nei momenti più caldi.

Shakespeare fa dire a Macbeth (atto II, scena I): “Words to the heat of deeds too cold breath gives”.

Traducibile in: “Le parole, per il calore dell'azione, fanno respiri troppo freddi”.

DI PARTI MENTO

Di – La notte e il dì. Due compresse al dì. Buondi.

Parti – Dividi in parti uguali. Le parti di una commedia. A che ora parti?

Mento – Mento sfuggente. Mento sapendo di mentire.

Giochi di parole.

Le parole giocano tra loro, come bambini, o come clown.

Il Dipartimento nei nostri ospedali. Una gran bella istituzione.

Un gran bel cabaret. Non un cabaret di “paste” (magari lo fosse), ma piuttosto un cabaret di “piste” di lavoro, “poste” tra Primari che ne dicono “peste”.

“Imposte” dall’alto perché “supposte” necessarie e “deposte” nei cassetti perché non “disposte” a dare “risposte”.

Giochi di parole.

Vediamo la parola “dipartimento”: non è che dia molta soddisfazione.

Ad esempio, il Dipartimento di Chirurgia. “Dì: par ti mento, di Chirurgia”. Come dire: “Dì un po’: pare che ti dica menzogne sulla Chirurgia”.

Dipartimenti come “compartimenti” “stagni”. Come dire che i nostri reparti sono blocchi sigillati, in un’atmosfera ... stagnante.

“Comitati di Dipartimento” fa pensare a gomitate in uno scompartimento di un treno affollato.

Sarebbe certo più simpatico se le riunioni del Comitato di Dipartimento fossero fatte da un “Comitato di Divertimento”, diretto da un Patch Adams, con tanto di titoli e di curriculum (Circo di Morsa, Zelig).

Il Dipartimento, comunque, è veramente una gran bella istituzione.

“E come nasce?” - potrebbe chiedere qualcuno.

Beh, era nato tanti anni fa. Un po’ in anticipo, e quindi inaspettato. Non in una sala parto, ma al pronto soccorso che, per festeggiare la neonata creatura, cambiò nome. Prese, al posto di due parole maschili (pronto, soccorso), ormai fuori moda (perché soccorrere? e perché prontamente?) e anche maschiliste, due parole femminili (emergenza, accettazione), emergenti e bene accette oltre che anche molto femministe, tanto femministe da essere considerate come una Dea.

E proprio DEA fu il nome del primo Dipartimento dell’era moderna.

Le parole continuano a giocare tra di loro.

Oggi i Dipartimenti sono cresciuti, alcuni sono adulti, altri sono adulterati, altri ancora sono adusumdelphini.

Spesso gli Anestesisti Rianimatori si trovano non nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione o di Area Critica, bensì nel Dipartimento di Chirurgia. E questo a causa della loro origine, cioè della loro “Emergenza” dall’utero materno, ovvero dal chirurgo, ma soprattutto a causa della loro “Accettazione” del volere paterno, ovvero del chirurgo.

Ma scordiamoci il passato e guardiamo al futuro in un’ottica “dipartimentale”.

Noi Anestesisti Rianimatori dobbiamo considerare il collega Chirurgo non come un *hostis* (nemico), ma come un *hospes* (ospite), che ci ospita nella sua sala, come se fosse un salotto.

Le parole non vogliono proprio smettere di giocare.

Hospes = ho spes, ho speranza ... che possiamo lavorare bene insieme. Conoscerci e apprezzarci nelle nostre diversità, diversità peculiari e assolutamente fondamentali per il buon andamento della “medicina peri-operatoria”. Una nuova specialità? No, un vecchio modo di seguire il malato dal principio alla fine, insieme e in sintonia perfetta.

“L’altro poi va rispettato e accolto proprio nella sua differenza irriducibile, nella sua alterità” (Enzo Bianchi).

Rispettarci e accoglierci, condividere e aiutarci, specie quando ci sono momenti di difficoltà, di crisi, di dolore.

“La douleur c’est un moyen pour connaître l’autre” (Il dolore è un modo per conoscere l’altro) ha detto Emile Shoufani, parroco di Nazareth, che ha aperto una scuola frequentata da bambini ebrei e arabi, cristiani e musulmani.

L'angelo dell'Anestesista

Quando muore un Anestesista è come se morisse un tuo parente.

Magari un parente alla lontana, ma pur sempre uno col tuo stesso sangue.

E, partecipando al dolore di quanti gli sono stati più vicino, ascolti episodi della sua vita e quasi rivivi i suoi ultimi istanti.

Di Maurizio mi hanno detto che aveva trent'anni, che aveva un cuore d'atleta, un cuore da alpinista. Come poteva morire, a trent'anni? Precipitando da un costone, o travolto da una valanga. No. Una sincope, quasi per certo. Proprio vicino alla sua sala operatoria, durante la seduta. Diventando, alla fine, donatore di reni, fegato e pancreas: lui che, un anno fa, aveva ricevuto la cornea da un altro donatore, un donatore come lui, in un misterioso scambio di organi e tessuti.

I libri sapienziali di tutte le religioni si sono soffermati a lungo sul mistero della morte.

Nella Bibbia, il Salmo 115 dice: "Preziosa agli occhi del Signore / è la morte dei suoi fedeli".

Per chi crede, è più facile accettare questa spiegazione.

Theilard de Chardin ha scritto: "Noi non siamo esseri umani che vivono un'esperienza spirituale. Noi siamo esseri spirituali che vivono un'esperienza umana".

Esseri spirituali.

Nella nostra disciplina il linguaggio spesso fa uso di termini che sono, in un certo senso, "spirituali".

Ri – anima – zione, che gli anglosassoni chiamano Resuscitation.

Ventilazione: vento in greco si dice anemos (ανεμος), da cui la parola anima.

Pneuma (πνευμα) in greco significa soffio, respiro e anche spirito.

Il primo anestetico fu l'etere, parola che deriva dal greco aither (αιθηρ) che significa etere, cielo, volta del cielo, soggiorno degli Dei (il vocabolario di greco dice che αιθηρ si trova in autori come Omero, Eschilo, Euripide).

Esseri spirituali.

Ci sono esseri che vengono definiti "puri spiriti". Sono gli Angeli.

Per chi crede, fin da bambini si prega l'angelo custode.

Ognuno ha il suo angelo custode.

A volte mi capita di pensare che per ogni Anestesista ci sia un angelo custode, un angelo specializzato naturalmente, perché nel nostro lavoro è importante essere preparati e avere una certa esperienza.

Quando intubi una glottide che "non si vedeva niente"; quando riesci a fare una spinale su una schiena "impossibile"; quando incannuli una succlavia dopo che tre avevano fallito, ti domandi: "Come ho fatto?"

La risposta potrebbe essere: "L'angelo dell'Anestesista".

E mi viene anche da pensare che, pur essendo specialista, quell'angelo a volte ha bisogno di un consulente, di un esperto, di una persona che abbia autorevolezza, o creatività, o disinvoltura, o altre qualità che possono essere molto utili in una situazione molto critica.

E chi meglio degli Anestesisti che stanno lassù, nell'etere, può dare una mano all'angelo dell'Anestesista?

Se ti concentri e stai in silenzio per qualche istante, forse li puoi sentire anche tu, quando ti passa vicino un soffio d'aria tiepida.

Così descrive la morte Emily Dickinson: "*Il tempo uscì ... e incontrò l'infinito*".

Il Telebacter ebetifaciens

Per tre giorni consecutivi la mia famiglia ha ricevuto un grosso regalo: il televisore si è rotto ed è stato portato al tecnico della Grundig.

Lo spazio riservato al “Moloch” domestico è rimasto vuoto, quasi la nicchia vuota di una reggia o di un tempio, senza la statua del re o della divinità (pagana naturalmente).

L'intero week-end, con tanto di programmi, film e partite, è stato trascorso senza televisione.

È stato bellissimo!

Dopo una prima fase di disorientamento, la crisi di astinenza è stata superata grazie ad una terapia “nuova”: un cocktail di parole pronunciate verso persone vicine (e chi sapeva più come si fa a parlare), oppure di parole scritte su delle pagine e lette mentalmente (pare che un tempo gli uomini guardassero solo la carta e non il teleschermo!). Il tutto con un sottofondo sonoro assolutamente silenzioso e senza il monitor in perenne luminosità (quasi una “lux perpetua” che fa la sentinella alla teledipendenza della famiglia).

Scherzi a parte, durante i pranzi e le cene, mia moglie, i ragazzi ed io abbiamo parlato di molte cose, anche culturalmente elevate (cosa a cui non eravamo più abituati, a tavola) e dopo cena abbiamo letto giornali e riviste ed abbiamo controllato sui libri di storia per trovare risposta ad alcuni interrogativi che erano sorti durante le nostre discussioni.

Stasera, rientrando dall'ospedale, ho purtroppo ritrovato l'”idolo” al suo posto, naturalmente acceso, per significare che il rito sacrificale (inteso come sacrificio dei nostri cervelli) era ripreso.

Non è vero, però, che i nostri cervelli sono sempre degli idolatri, anzi, a dire il vero, riusciamo talvolta a selezionare alcuni programmi degni di questo nome.

Tuttavia, la passività davanti ai lunghi minuti di spot pubblicitari e l'arrendevolezza di fronte a certi intrattenitori-intrattenitrici sono un sintomo incontestabile di “*teledipendenza cronica*” in fase di grave riacutizzazione.

Così è stata denominata questa preoccupante forma infettiva, il cui agente responsabile è stato recentemente isolato nei laboratori della CNN e della RAI. Si tratta del *telebacter ebetifaciens*, purtroppo resistente a tutti gli anti-tele-biotici finora conosciuti.

La prognosi è buona “quoad vitam”, ma è pessima “quoad valetudinem”, infatti la sopravvivenza al germe non presenta alcun problema (anzi, il germe fa ingrassare chi ne è portatore); svanisce, però, progressivamente la “valetudine” intellettuale e ne risulta una invalidità permanente del 95%.

Si può, facendo domanda alla RAI, ottenere il riconoscimento dell'invalidità televisiva, la pensione civile e l'accompagnamento (per fare lo zapping).

È in fase di sperimentazione un *siero anti-telenico*, estratto dal liquido cefalo-rachidiano di soggetti che sono risultati resistenti all'infezione (perché ciechi e sordi), mentre in alcuni laboratori si sta preparando il *vaccino anti-raico*, ottenuto dal sangue di un ceppo di marmotte precedentemente infettate che, di fronte al teleschermo, si svegliavano immediatamente.

L'anti-Gene-(Gnocchi) specifico del *telebacter* deve essere combattuto nelle potenziali vittime fin dalla più tenera età. Si è scoperto, infatti, che alcuni bambini sono immuni dalla “teledipendenza” perché possiedono un corredo genetico particolare: hanno cioè dei geni che intervengono subito dopo il momento della nascita. Sono stati chiamati *geni-tori*, perché combattono il *telebacter* a testa bassa e con grande violenza; spesso lo “spengono” nonostante i gemiti e le sofferenze dei piccoli teleutenti. I bambini che non hanno questo tipo di *geni-tori* sono condannati alla sindrome di teledipendenza e vanno presto incontro ad un'altra grave patologia del sistema immunitario: la *sindrome di imm-rai-uno-deficienza acquisita* o A.I.R.D.S. (DS sta per “domenica sportiva” e raiunodeficienza sta per “essere deficienti” a causa di rai-uno)

Si spera che la ricerca riesca presto a sconfiggere questa peste dei nostri giorni.

Giuseppe Pontiggia ha scritto: “*Credo che gli uomini, pur di non pensare (uso il verbo nella sua accezione forte), abbiano sempre trovato un'alternativa*”.

Anestesista arbitro

Bastia Umbra. SIAARTI 2006. È finita la lunga giornata congressuale del giovedì 12 novembre. Rientro al mio hotel che è ad Assisi, a 6 Km da Bastia. Sono le sette e mezza, poso la borsa ed esco per una passeggiata medievale: stradine, vicoli, scalinate, scorci da sogno.

Nessuna città al mondo è così suggestiva come Assisi. Dal tempo di Chiara e Francesco, Assisi è un luogo a metà strada fra la terra e il cielo.

Mi fermo davanti alla basilica di Santa Chiara. Un incanto la facciata, di quella sua incredibile pietra rosa del monte Subasio, con il magnifico rosone e i contrafforti laterali “unici”.

Più avanti, mi trovo nella piazza del Municipio. Ci sono tanti gruppetti di giovani e aiutanti atleti, in eleganti tute nere senza nome e senza sponsor. Un signore di mezza età, coi capelli bianchi a spazzola, li sta raggruppando e li fa salire su 6 o 7 monovolume bianche. Mi sembra di conoscerne qualcuno. Domando e mi dicono che sono dell’A.I.A. (Associazione Italiana Arbitri), delle serie A e B, in ritiro a Bastia Umbra: il mitico Agnolin - quello coi capelli bianchi - con due tutor anziani, li aveva portati ad Assisi per uno stage.

“Da vecchio tifoso vorrei dirvi che siete i migliori arbitri del mondo!” Dico - convinto e convincente - all’equipaggio più vicino. Mi ringraziano in coro e aggiungono che sono in pochi quelli che la pensano così. “Non importa, siete anche voi campioni del mondo, come quelli che arbitrate per tutto il campionato”.

Campioni del mondo 2006. In luglio tutti ci siamo sentiti campioni del mondo. Campiooni del moondo. Che emozioni.

Nello sci di fondo a Pragelato, in febbraio, i nostri atleti si erano sudate tante medaglie olimpiche nello sport più faticoso e umile. In Germania abbiamo vinto con la fatica e l’umiltà.

Chiudo la parentesi mondiale. Torno agli arbitri. E agli italiani. I migliori al mondo. I più autoreferenziali del mondo. I migliori anestesisti del mondo.

Gli arbitri negli stadi. Gli anestesisti nelle sale operatorie. Sale come stadi.

L’Anestesista è – da sempre – l’arbitro delle sale operatorie.

E le squadre? I chirurghi e gli operati.

Le due squadre entrano in campo, cioè in sala; si scambiano saluti e gagliardetti (i consensi informati). L’A. (Anestesista e/o Arbitro) getta la monetina per il sorteggio: il chirurgo vince sempre la scelta del campo (operatorio), lui sta sopra e il malato sta sotto. L’A. dà il fischio d’inizio (parte il ventilatore) e comincia la partita.

Ci sono belle azioni, ma anche scorrettezze, simulazioni, proteste. Se l’A. osa fermare un’azione, cominciano le intemperanze verbali. La litigiosità e il gioco violento sono di una sola squadra. Indovinate quale.

L’altra squadra gioca in difesa e “addormenta” il gioco, si limita a “tirare” ogni tanto. A volte “sanguina troppo” per qualche intervento fuori misura di un avversario scorretto, o stanco, o fuori allenamento. Se è in vena, cerca di “fluidificare” (la flebo). Le sue “punte” (o i punti) vanno spesso sulla “fascia” (muscolare).

Il bravo A. cosa fa? Segue l’azione da vicino. Non interrompe quasi mai il gioco, a meno che ci sia un fallo evidente, più o meno volontario: allora richiama e ammonisce, ma non espelle mai nessuno, né i chirurghi, né gli operati. Annota tutto sul suo taccuino (la cartella anestesiologicala).

L’A. “blocca” la “dura” entrata dell’operando, così il chirurgo può attaccare e andare a “rete” sull’ernia. L’operato a volte protesta (perché ha sentito male) e chiede l’annullamento (della sensibilità dolorosa). L’A. glielo concede, dopo aver consultato il suo guardialinee (la nurse), che in effetti aveva alzato la bandierina (siringa con ipnovel) per indicare il fuori gioco (dell’anestetico).

Gli operati, incredibile a dirsi, non chiedono mai che gli venga concesso un rigor(e).

Allo scadere del tempo, specie quando i chirurghi sono in svantaggio, l’A. concede molti minuti di recupero, a volte delle ore. E, quando rimanda le squadre negli spogliatoi, mai nessuno dei chirurghi gli stringe la mano. Gli operati, invece, lo ringraziano, se non sono ancora sotto l’effetto di certe so-

stanze. Il controllo (antidoping), comunque, viene fatto dopo poche ore, su sangue e urine, ma solo di una squadra, e mai di quella dei chirurghi.

Fino a non molto tempo fa gli arbitri, come gli anestesisti, erano poco considerati ed erano insultati anche pesantemente, essendoci un tifo (salmonellosi) particolarmente aggressivo, che a tutt'oggi non è ancora stato estirpato, nonostante l'introduzione di nuovi regolamenti da parte del C.I.O. (Comitato Infezioni Ospedaliere – o Comitato Internazionale Olimpico?).

Negli ultimi anni gli AA. sono diventati dei professionisti ben pagati, ben vestiti (divise azzurre, verdi, gialle), ben preparati (con l'ECM, Educazione Continua in Moviola) e, soprattutto, sono ormai ubiquitariamente considerati determinanti per il risultato finale.

Gli errori arbitrali sarebbero, infatti, gli unici che influenzano l'andamento della partita (o di partita); mai le "aperture" in attacco dei chirurghi, mai le carenze nelle "difese" (immunitarie) degli operati.

Per fortuna che, ormai, quasi tutti gli interventi vengono registrati dalle telecamere nei minimi dettagli (videochirurgia) e questo è il sì alla moviola "in campo", invocata ogni lunedì sera da Biscardi.

Lo sapete che differenza passa tra arbitri e anestesisti?

L'arbitro è intercettato col cellulare per un arresto eventuale della P.S. (Polizia di Stato).

L'anestesista è intercettato col portatile per un arresto cardiaco al P.S. (Pronto Soccorso).

A.r.biter. è l'acronimo di Anestesista Rianimatore Bi-terapeuta, cioè colui che cura su due fronti (tipo Giano bifronte), sia i malati, che i chirurghi (agevolandoli e dando loro sicurezza).

È per questo che gli Anestesisti, col motto "sempre àrbitri, mai arbitri", gestiscono - sul campo - quello che è definito, almeno in Italia, "lo sport più bello del mondo".

Sport = Sempre Pazienti Operati Rilassati e Tranquilli.

È bello operare.

Ma opus divinum est sedare dolorem.

H₂O di sorgente

*Come la cerva anela ai corsi d'acqua,
così l'anima mia anela a te, o Dio.*

L'anima mia ha sete di Dio ...

Nel salmo 42 intitolato “Lamento del levita esiliato” la traduzione non può rendere la bellezza del testo: in ebraico c'è una parola - *nefesh* - che vuol dire contemporaneamente “anima” e “gola”.

Aver sete con la gola oppure con l'anima è una cosa che agli umani capita diverse volte.

E si anela all'acqua pura, all'acqua di sorgente. Che è sì chimicamente acqua-due-o, ma non è l'acqua distillata. È fresca, è buona, va giù leggera e dissetante.

L'acqua. Quando arriva nelle nostre case è stata filtrata, potabilizzata, incanalata e trasportata ai rubinetti da tanti acquedotti.

Oggi, però - chissà perché - la stragrande maggioranza degli italiani non beve l'acqua del rubinetto. Beve l'acqua “minerale”. Le “danno a bere” e “si beve” le acque minerali. Come si fa a non berle? Si chiamano vera, panna, levissima, oppure hanno nomi di Santi, sant'anna, sanpellegrino, sanbernardo, sanbenedetto (proprio il Santo patrono d'Europa).

La pubblicità le ha fatte diventare più salutificanti dei medicinali: è detto tutto.

Queste cosiddette “acque della salute” sono tutte “imbottigliate”.

E noi? Noi medici, intendo dire.

A vent'anni eravamo freschi e puri come l'acqua di sorgente.

La scelta di fare il medico. Scelta. In latino *electio*. Elezione. Eravamo dunque degli “eletti”. Eravamo stati chiamati. *Vocati*. Vocazione? Sì, vocazione.

Chiamati a un compito importante. Oggi la chiamano “mission”. Sì, missione.

Vocazione? Missione? Ma che, scherziamo?

Il “Medico” è un operatore sanitario, un professionista iscritto ad un Ordine, dipendente di un Servizio Sanitario che è Nazionale. È uno specialista filtrato, poi “potabilizzato” con un concorso, incanalato in una struttura operativa (SOS semplice o SOC complessa? – c'è da farsi venire un complesso) e trasportato ai rubinetti della Sanità pubblica che “eroga” (proprio come la Società dell'Acqua e Gas) assistenza sanitaria e farmaceutica.

Ma ... siamo dissetanti?

Forse, se veniamo imbottigliati come l'acqua minerale, andrà meglio?

E allora ci vestiamo con una bella etichetta (un camice o una divisa verde o azzurra), diventiamo minerali (senza cuore e senza cervello) naturali o, meglio, gassati (meglio sempre essere un po' gassati).

E chi è che ci imbottiglia?

Provate a leggere sull'etichetta di ogni buona acqua minerale.

Chi ha fatto l'analisi chimico-fisica delle sostanze disciolte e ha rilasciato il diploma? L'Università. È l'Università che dice quanto sale abbiamo (in zucca?), quanto - in gradi francesi - sia la nostra “durezza”, quanto sia il nostro “residuo” (di vocazione?) e quanta la nostra “purezza” (se ne è rimasta dopo oltre sei anni).

Se dopo il controllo all'origine (della nostra vita professionale) è rimasta una sola particella di sale di sodio (quella che dice “C'è nessuno?”), allora siamo i migliori.

E poi c'è il vero e proprio “imbottigliamento”.

Una volta si riusciva ad arrivare molto presto al posto di lavoro.

Oggi c'è l'imbottigliamento del numero chiuso, della specialità, del blocco delle assunzioni. Per fortuna sono saltati fuori i “canali” della grande distribuzione (di incarichi e di contratti a termine, di convenzioni, di cooperative) e tutte le Aziende Pubbliche “fanno acqua” da ogni parte.

E le “chiare fresche e dolci acque” (Petrarca, memorie del liceo) della nostra scelta-vocazione effervescente naturale?

Purtroppo, la nostra “ansia di aiutare l’umanità sofferente” non sgorga più come un tempo. Siamo acqua stagnante. Acqua bollita e ribollita. Oppure acqua bi-distillata, per la lavatrice o il ferro da stiro. Senza calcare. Nel senso di senza calcare (verbo) le orme dei nostri padri fondatori. Ippocrate, Galeno e tutti gli altri.

Opus divinum est sedare dolorem.

Noi Anestesisti, da tanto tempo, ci occupiamo di terapia del dolore (molti tipi di dolore), di cure intensive, di cure palliative.

È una disciplina che affronta molto da vicino il discorso della sofferenza e della morte.

Primum non nocere. Futilità e invasività di tante procedure ...

Dovremmo essere acqua frizzante, con tante bollicine, che placa la sete di chi ha la gola secca e non ha più voce. Potremmo ridare voce a chi non ne ha e non può - quindi - esprimere la sua volontà (perché è anestetizzato, o in coma, o sotto sedazione, o con la tracheotomia, o con la depressione e il “dolore totale” del neoplastico in fase avanzata).

Non è questione di “attaccare” o “staccare” la spina. Di fare o di non fare la morfina.

E allora?

I Have a dream. Martin Luther King sognerebbe un mondo con dei Medici preparati professionalmente ed eticamente a fare il loro lavoro. E anche a “sentire” insieme con l’essere che stanno curando (*cum patire, en pathos*).

E se pensiamo ad un nostro simile in difficoltà estrema, che si sta affidando a noi, forse che un gran giurì, o una commissione di esperti, o uno specialista (come per l’IVG) sono in grado di dire che cosa sia lecito fare?

Noi Medici dovremmo sentire il dovere di essere dei protagonisti, attenti e generosi di gesti e di parole chiare, fresche e dolci ... Dei creatori di messaggi forti, non dei corrieri anonimi e indifferenti.

“Venne data la possibilità di scegliere fra diventare re o corrieri del re. Come bambini, vollero tutti essere corrieri. Per questo ci sono soltanto corrieri, scorrazzano per il mondo e, poiché di re non ce ne sono, gridano i messaggi ormai privi di senso l’uno all’altro.” (Franz Kafka - “Aforismi di Zürau”).

“I Credibili”

Ci sono stati, per ogni generazione di ragazzi degli ultimi cinquant’anni, dei personaggi di fantasia con dei poteri “superiori”.

Ultimamente, tali poteri eccezionali vengono definiti “superpoteri” e i loro possessori ed elargitori sono denominati “Supereroi”.

Quando ero bambino c’era Nembo Kid (Superman), quindi ci sono stati Batman e Robin, l’Uomo Ragno (Spider Man), Goldrake, le tartarughe Ninja e così via.

Tre anni fa la Disney ha inventato una famiglia di Supereroi molto simpatici e umanissimi. Una vera e propria famiglia, con papà, mamma e tre figli, e con i problemi economici e relazionali di tutte le famiglie di oggi.

Li hanno chiamati The Incredibles, “Gli Incredibili”. Effettivamente ognuno di essi fa delle cose incredibili, in base ai superpoteri personalizzati di ciascun componente della famiglia. E salvano il mondo dai poteri negativi dei Superpersonaggi cattivi.

Non vi sembra che anche noi Medici abbiamo dei poteri superiori alla gente comune? E se sappiamo usarli bene, diventiamo dei supereroi che aiutano le persone in difficoltà.

Gli Anestesisti Rianimatori, fra tutti i Medici, sono quelli che hanno i poteri più “super”: possono togliere la coscienza in pochi secondi e restituirla, possono bloccare la sensibilità e i movimenti, possono far tornare a battere un cuore che si è arrestato, possono conservare e far funzionare le parti più importanti di un cadavere finché non vengono prelevate e messe in un altro corpo vivente.

Se non sono dei superpoteri questi, ditemi che cosa sono ...

È incredibile come degli umani abbiano così tanti poteri.

Certo, noi Medici li possediamo grazie alla scienza e alla tecnologia.

Ma non pensate che, in realtà, i nostri superpoteri ci provengono da qualcos’altro? Non da un lontano pianeta, come Superman, ma piuttosto da una lontana mitica età dell’oro, in cui il Medico era (anzi doveva essere) un Eroe, con a disposizione le sole mani e pochi strumenti e medicamenti?

E oggi, il Medico che tipo di eroe è?

Avete presente Superman? Perde i superpoteri quando un frammento di kriptonite è entrato in contatto col suo costume rosso-azzurro.

Allo stesso modo, quando entra in contatto con il nostro agire un frammento di metallo (sia esso *argent* o gelido tecnicismo) che dovrebbe essere estraneo al nostro costume, allora perdiamo i nostri veri superpoteri: curare e qualche volta guarire; consolare sempre.

Eravamo dei supereroi e, piano piano, siamo diventati deboli, senza coraggio e senza iniziativa.

Non riusciamo più a volare verso l’alto.

Non riusciamo più a guardare dentro i malati passando attraverso la loro corazza di epidermide e di barriere psicologiche.

Non riusciamo più ad alleviare le persone dall’angoscia dell’idea della morte, ma facciamo loro credere che noi abbiamo il potere di donare l’immortalità.

Come se fossimo dei semi-dei.

E invece siamo solo dei poveri piccoli semi-eroi.

Eppure sono diventati molti quelli che credono ciecamente nei superpoteri della medicina.

Invece che nei suoi superpoteri, è giusto credere nelle sue possibilità e in chi le presenta in modo corretto e credibile.

L’Abbé Pierre, un gigante del bene e della spiritualità, ha detto: “*Non basta che siamo dei credenti, occorre essere credibili*”.

Che ne pensate se noi Anestesisti Rianimatori ci proponessimo nel panorama dei Supereroi come una nuova Superfamiglia, quella dei “Credibili”?



Ma come si fa ad essere credibili?

Prima di tutto, un'équipe di Terapia Intensiva o di Anestesia deve crederci, in tutto quello che fa. Certo, deve avere grandi capacità, ma dovrebbe soprattutto saper concertare e condividere le decisioni e presentarsi nel suo aspetto migliore sia col malato che col familiare.

Perché la qualità del lavoro deve essere “percepita” da chi la riceve.

Per essere credibili bisogna prima essere visibili.

Del resto, che noi “abbiamo i superpoteri” ormai lo sanno tutti (anche i colleghi) e si aspettano che li esercitiamo da protagonisti.

Non ci possiamo più nascondere nell'anonimato, come fa Clark Kent.

Abbiamo iniziato i trattamenti intensivi?

Bene. Procediamo secondo scienza ed etica medica: impegno estremo, o limitazione, o sospensione.

“Secondo scienza e coscienza” – oggi – è troppo soggettivo. L'approccio al malato critico e al morente richiede una preparazione molto articolata ed una forte assunzione di responsabilità.

Un'ultima cosa. Credibilità, per me, è anche personalizzare gli interventi.

I protocolli, devono proprio essere rigidi?

Gli orari di visita e i colloqui coi parenti, non sono un po' troppo “a misura del personale”?

Secondo voi, quando parliamo, ci facciamo sempre capire?

Se i malati e i parenti li ascoltassimo con maggiore attenzione?

“Non c'è peggior ingiustizia che trattare in maniera uguale situazioni disuguali.” (Don Milani)

Direttive o desideri?

*“Laudato si, mi Signore, per sora nostra morte corporale,
da la quale nullu homo vivente po’ skappare ...”*

Quando si è più vicini all’appuntamento con sora nostra morte – diciamo oltre i sessant’anni di età – è meno difficile affrontare l’argomento. La carriera è conclusa, i figli si stanno sistemando, qualcuno ha già visto i nipotini.

La vita ci ha dato molto. I ricordi sono tanti: qualcosa di buono l’abbiamo fatto.

Per quelli più giovani, invece, non è ancora il momento di fare i bilanci.

Non si può ancora pensare alla morte, alla propria morte.

Sorella nostra morte.

Francesco canta “laudato si, mi Signore” per tanti fratelli e sorelle: messor lo frate sole, sora luna e le stelle, frate vento, sor’acqua, frate focu.

E tutti loro, anche noi li sentiamo fratelli e sorelle.

Ma la morte, no.

Peccato.

Perché parlarne – non molto spesso, ma qualche volta e con le persone giuste – non fa male.

Etty Hillesum, una ragazza ebrea olandese, nei due anni prima di essere deportata ad Auschwitz, dove morirà a 29 anni, ha scritto un diario. I suoi pensieri sono di una incredibile profondità e amore per la vita.

Scrivo, il 3 luglio 1942: *“Bene, io accetto questa nuova certezza: vogliamo il nostro totale annientamento. Ora lo so.”*

E, più avanti: *“Ho il dovere di vivere nel modo migliore e con la massima convinzione, sino all’ultimo respiro.”*

“... Sembra quasi un paradosso: se si esclude la morte non si ha mai una vita completa; e se la si accetta nella propria vita, si amplia e si arricchisce quest’ultima. È la prima volta che ho da confrontarmi con la morte ...”

“D’un tratto la morte – grande, semplice, e naturale – è entrata quasi tacitamente a far parte della mia vita. E adesso so che appartiene alla vita.”

Le ultime parole del diario, in data “12-10-42, di sera”, sono: *“Si vorrebbe essere un balsamo per molte ferite”*.

Tema. “La morte a cuore battente in rianimazione”.

Quanti lo hanno svolto? E quanti hanno preso la sufficienza?

Ed ecco che, senza aver verificato la preparazione su questa materia (la donazione), si vuole che gli studenti del primo anno affrontino l’esame di maturità delle Direttive Anticipate.

Secondo me la materia è sempre la stessa.

E non si chiama Tanatologia. Forse, neanche Filosofia.

Si chiama semplicemente Sora Nostra Morte.

Si dovrebbe insegnarla già fin dalle scuole elementari. In modo elementare.

Poi nelle superiori, in modo superiore. Anche all’Università. A Medicina. Dove si parla di morte e di cadaveri, ma non si parla mai di rapporto col morire e con il malato che è alla fine della vita.

E dato che, come il parlare, il camminare, l’amare e il rispettare, le cose fondamentali si imparano dai genitori, penso che il nucleo familiare dovrebbe essere il primo luogo dove si parla del morire.

In modo dolce. Non come in televisione.

E poi, più avanti negli anni, in modo maturo. Che quando uno non c’è più, le parti del suo corpo si possono e si devono donare. Che quando “non c’è più niente da fare” non si deve fare qualcosa “a tutti i costi”. Che ci si deve preparare alla propria morte e al distacco dai propri cari.

E, allora, viene quasi spontaneo immaginare la scena finale e viverla anticipatamente, e mettere il testo per iscritto.

Non una “direttiva”, o una “dichiarazione”, o un “testamento biologico”.

Ma piuttosto un “desiderato”, uno “sperato”.

Scritto a più mani con i famigliari, in modo che per ognuno saranno “tutori” o “garanti” tutti gli altri.

Un testo “sperato” nel senso che spero che i “miei” medici rispetteranno il copione che ho scritto, pur nella libertà creativa che spetta al regista di un dramma che verrà rappresentato senza repliche.

Nei suoi “Saggi” il filosofo Montagne ha scritto: *“Non moriamo per questa o quella malattia, ma moriamo perché viviamo.”*

Audi et alteram partem

L'altra parte.

Quante volte si ascolta l'altra parte?

Si ascoltano i nostri: è più comodo, è più bello, è più rassicurante.

Ma il giudizio sarà "parziale".

Nei due significati del termine:

1. una parte soltanto del giudizio
2. un giudizio di parte, non imparziale

E come si fa a raggiungere un giudizio "completo e condiviso"?

Audi et alteram partem.

Dopo il primo giudizio (che è sempre un pre-giudizio), ci si avvicina all'"altro" e lo si fa parlare.

Ma per "l'altro" anche noi siamo "l'altro".

Ci parlerà? E poi, ci ascolterà? E la verità salterà fuori?

That's the problem.

Comunque, almeno ascoltare è necessario.

Se si vuole essere onesti con se stessi.

Specialmente quando c'è una diagnosi da fare. E la terapia da impostare.

Se fai tutto da solo: è più comodo, è più bello, è più rassicurante.

Ma la diagnosi sarà "parziale".

Pensaci un po'. E allora?

Audi et alteram partem.

Prova a sentire anche il parere di un altro collega.

Durante il giro-visita. Su una pubblicazione. A mensa o in ascensore.

Va bene. Ma questo è ascoltare "un'altra parte" per condividere la decisione e renderla meno parziale possibile.

C'è invece "l'altra parte" da ascoltare.

Quale altra parte?

Ma il malato!

È inevitabile che il medico, che è sano, sia dall'altra parte rispetto al malato, che non è sano.

Se però ascolti con grande attenzione *et alteram partem* "anche l'altra parte", il pre-giudizio clinico si deparzializza e può farsi completo, in una decisione appropriata – che le due parti sentano "propria".

Anamnesi. Dal greco ἀνάμνησις (anamnesis), che vuol dire memoria.

Per farsi venire in mente qualcosa del passato bisogna ascoltare "l'altra parte" di sé: quella che non è più presente.

E anche qui non è facile.

Devi fare un grande silenzio. Per sentire "l'altra parte".

E l'anamnesi è un doppio silenzio. Due memorie devono esprimersi e mettersi in contatto.

Quella biografica del malato e quella scientifico-esperienziale del medico.

Così le due parti arriveranno alla combinazione giusta.

"L'altra parte" c'è sempre.

È il vicino di casa, è il collega, è la moglie, è il figlio.

È il tuo io nascosto, la tua coscienza.

Audi et alteram partem.

Per stare in ascolto devi stare in silenzio.

"Dio hatti dato due orecchie et una bocca acciocché tu oda più che tu parli". (Bernardino da Siena)

Nondum matura

*Fame coacta vulpes alta in vinea
uvam adpetebat, summis saliens viribus.
(Una volpe spinta dalla fame in una vigna alta
cercava l'uva, saltando con estremi sforzi.)*

Dobbiamo a Fedro (libro quarto - *De vulpe et uva*) la storia della volpe, il più astuto tra gli animali che, una volta tanto, rimane a bocca asciutta.

*Quam tangere ut non potuit, discedens ait:
"Nondum matura est, nolo acerbam sumere."*

*(Ma poiché non poté toccarla, andandosene disse:
"Non è ancora matura; non voglio prenderla acerba.")*

La volpe, che è presuntuosa e autoreferenziale, non ammette la sconfitta e inventa la scusa più banale per continuare ad avere ragione lei.

Siamo tutti così.

Nella vita di ogni giorno.

In Sala Operatoria. In Rianimazione.

Quante volte ci siamo trovati davanti ad un malato BPCO in fase di riacutizzazione?

Lo abbiamo intubato e attaccato al ventilatore.

È stato sedato. Forse un po' troppo?

Abbiamo monitorizzato la sedazione? Il Ramsey?

Il midazolam ha code smisurate.

Dopo 3 o 4 giorni arriva il momento di svegliarlo e di tentare lo svezzamento.

Bene.

Cominciamo con le procedure standard.

Non è molto tonico. Un anexate riesce a svegliarlo subito.

Ma la frequenza respiratoria è alta.

L'EGA è così così.

Riduciamo le pressioni.

Sembra che ce la faccia.

Tentiamo l'estubazione.

Dobbiamo mettere il casco o la maschera della CPAP?

La saturazione rimane bassa.

I volumi sono bassi.

La maschera sfiata ...

Però, dopo due ore, sembra che il malato migliori.

Forse ce la facciamo ...

Fine turno. Consegne e via.

Ma questo paziente non respira! Non espettora!

È inutile ... non ce la fa! È da reintubare!

Conclusione: quel malato non è ancora pronto per la CPAP e la NIV.

Nondum matura. Nolo acerba sumere.

Non voglio tenermi un BPCO estubato ...

E quindi?

Domani facciamo la tracheo!

Nondum matura?

Ma non è che eravamo noi che non siamo riusciti a fargli raggiungere l'autonomia?

Se la volpe avesse spostato un piccolo tronco contro la vite, forse avrebbe potuto addentare il grappolo. Un po' più di fatica, una ricerca accurata o un'idea luminosa, e ce l'avrebbe fatta.

Proprio come da noi.

Impiegare ogni modalità disponibile, con un pizzico di creatività, anche artigianale, cercando posizionamenti, cocktail litici e persuasioni personalizzate al massimo su quel malato.

Far lavorare al massimo le nostre cellule grigie.

Per produrre un frutto finale, dopo averle coltivate a dovere.

Così matura un'idea. Un'idea matura. Maturata nel corso di un giro-visita particolarmente sofferto o di un iper-creativo break nella cucinetta.

Non di rado è proprio così che si trovano le soluzioni più geniali e più controcorrente.

“Un'idea che non sia pericolosa non merita affatto di essere chiamata idea.” (Oscar Wilde)

Frangar aut flectar?

“*Frangar, non flectar*”

E' l'antico detto latino. Traduzione letterale: mi spezzerò, non mi piegherò.

Frangor: mi spezzo.

Coerenza, rigore, testimonianza. Fino al martirio.

Flector: mi piego. Traduzione migliorativa: mi fletto.

Flessibilità, duttilità, accondiscendenza. Fino all'umiltà.

Per gli antichi il detto non lasciava dubbi: mi spezzo, ma non mi piego!

Da cui l'*aut aut*.

Ma è proprio un *aut aut*?

In realtà, ci sono tanti modi di piegarsi, tanti tipi di flessioni.

La genu-flessione dell'orante.

La flessione del busto nell'inchino al potente.

Chi si flette, chi si piega con la testa tra le mani, lo fa per pensare e ragionare. Poi ripete il gesto: si ri-piega in se stesso e ri-flette.

L'albero che più si flette è il salice e lo fa in modo così evidente che sembra gli costi fatica e dolore: è il salice piangente.

Flettersi e piegarsi costa fatica e dolore. Ma consente a volte di superare ostacoli e di passare indenni attraverso strettoie e trappole.

Non si tratta di opportunismo. Quella che gira a seconda di come soffia il vento è la banderuola.

* * * * *

Ci sono un *frangar* e un *flectar* anche in Sala Operatoria.

Il Chirurgo “si spezza” la schiena per il lavoro in sala e in studio.

È spesso in-flessibile, come un padre-padrone.

Il suo strumentario è tutto rigido e non flessibile: bisturi, pinze, divaricatori, aghi, materiali da videochirurgia.

I suoi gesti sono decisi: incide, seziona, spezza calcoli, incastra protesi, amputa.

Per l'Anestesista tutto è flessibilità.

Si adatta ad ogni situazione, anche la più critica.

Il suo strumentario è tutto di materiale elastico: tubi, maschere, cannule, cateterini, tubi corrugati, palloni per ventilazione.

Le sue manovre, il suo procedere - salvo pochi automatismi - sono basati sulla ri-flessione, sul rilassamento, sulla ri-soluzione dei problemi.

E la Terapia Intensiva?

I momenti di superlavoro e di decisioni coraggiose (*frangar*: mi spezzerò) si alternano alle lunghe fasi di umili osservazioni e di svezamenti vari (*flectar*: mi fletterò).

Ma quando ti trovi di fronte ad un vero *aut aut*, come ti poni?

Il rigore a tutti i costi?

O la diplomazia permanente?

“Se ti senti disposto ad essere conciliante, chiediti cosa ti rende in realtà così indulgente: una cattiva memoria, la comodità o la codardia.” (Arthur Schnitzler)

De adhibendis ad consilium fratribus

(La consultazione della comunità)

L'altro giorno stavo scrivendo l'avviso di convocazione della prima riunione di reparto dell'anno nuovo. È convocata come "Riunione di tutto il Personale per migliorare l'organizzazione e la comunicazione nel Reparto".

Mi è capitato di aprire la cartellina di fianco al computer: sul primo foglio c'era il terzo capitolo della Regola di San Benedetto, in latino e in italiano, quello intitolato "*De adhibendis ad consilium fratribus*".

L'ho fotocopiato ingrandito e l'ho affisso in bacheca sotto la convocazione.

1. "*Quotiens aliqua praecipua agenda sunt in monasterio, convocet abbas omnem congregationem et dicat ipse unde agitur.*"

1. *Ogni volta che in monastero bisogna trattare qualche questione importante, l'abate convochi tutta la comunità ed esponga personalmente l'affare in oggetto.*

Le cose che dovremo discutere nella Riunione sono, in effetti, questioni molto importanti.

3. "*Ideo autem omnes ad consilium vocari diximus quia saepe iuniori Dominus revelat quod melius est.*"

3. *Ma abbiamo detto di consultare tutta la comunità, perché spesso è proprio al più giovane che il Signore rivela la soluzione migliore.*

Quante volte non abbiamo lasciato la parola agli ultimi arrivati?

4. *I monaci poi esprimano il loro parere con tutta umiltà e sottomissione, senza pretendere di imporre a ogni costo le loro vedute;*

5. *comunque la decisione spetta all'abate e, una volta che questi avrà stabilito ciò che è più conveniente, tutti dovranno obbedirgli.*

Perché il Primario e la Caposala evitano talvolta di prendere delle decisioni scomode?

6. *D'altra parte, come è doveroso che i discepoli obbediscano al maestro, così è bene che anche lui predisponga tutto con prudenza ed equità.*

Cosa significa oggi la parola obbedienza? E le parole prudenza ed equità?

12. *Se poi in monastero si devono trattare questioni di minore importanza, si serva solo del consiglio dei più anziani.*

Quanto sono preziosi, per le decisioni piccole e grandi, i collaboratori "evoluti" e "fidati"!

Queste sono i miei pensieri sui primi 12 punti del capitolo III.

Ma, il giorno dopo, con alcuni colleghi si è parlato di San Benedetto. La Regola. Ora et labora. Tutto quello che è stato il movimento benedettino nel primo Medio Evo.

Cito da un libro: "I monasteri benedettini hanno rappresentato i principali centri di irradiazione della cristianità nel Vecchio Mondo, ma anche efficienti laboratori del vivere civile, decisivo contributo alla rinascita morale e culturale del continente dopo le invasioni barbariche. Si trattava di vere e proprie comunità, società in miniatura, in cui s'intersecavano attività meditative e spirituali ma anche culturali, amministrative, produttive."

Coi colleghi si è continuato ad elucubrare.

In una Europa devastata da guerre continue, carestie, epidemie le abbazie benedettine furono per le popolazioni circostanti rifugio, ristoro, riferimento, rinascita.

Ma nei nostri Ospedali non c'è qualcosa di simile?

Rifugio: sedo-analgesia.

Ristoro: nutrizione enterale e parenterale.

Riferimento: "Un Rianimatore subito al DEA!"

Rinascita: RCP - resuscitation.

La Terapia Intensiva è arroccata su un luogo isolato, sicuro, non facilmente transitabile come gli altri reparti.

Anche di notte le luci (di monitor e ventilatori) rimangono accese: qualche amanuense continua a scrivere e annotare davanti al proprio scrittoio.

Dall'alba al tramonto, alla sua porta bussano postulanti, pellegrini, viaggiatori, mercanti, cantastorie.

Durante l'orario di visita è possibile varcare la soglia e si viene introdotti nei locali della clausura, con saio e calzari, per essere più idonei, anzi più degni di entrare nel "Sancta Sanctorum" dell'abbazia – pardon, del reparto. Qui ci si arresta meravigliati davanti allo spettacolo di colonne argentee che pendono dal soffitto, reggendo mensole cariche di scatole magiche e ampolle di vetro. E i letti semoventi? E i carrelli pieni di ogni diavoleria? E le ragnatele di fili e di tubi che girano intorno a corpi immobili come statue?



I monaci – pardon, gli infermieri, come api laboriose, si spostano da un letto all'altro e, ad ore stabilite, si raccolgono in religioso silenzio davanti ad una specie di tabernacolo luminoso, con numeri cabalistici e linee che guizzano su e giù.

A volte ci sono visite dei notabili dei villaggi vicini (consultati per pareri e consigli) o, addirittura, del feudatario del castello, accompagnato dal codazzo dei cavalieri-assistenti. Viene a chiedere notizie e a imporre le mani su uno dei suoi servi della gleba, ricoverato nell'infermeria perché qualcosa è andato storto mentre si procedeva ad un duello-intervento molto cruento nella Sala delle armi del suo maniero.

Il nostro gruppo di discussione improvvisato ha concluso che gli Anestesisti Rianimatori sono, rispetto agli altri Specialisti, quelli che più si avvicinano all'esperienza benedettina.

Dopo la caduta dell'Impero Romano, tristezza, demotivazione, regressione, mancanza di progettualità avevano colpito molti uomini e donne di quell'epoca.

Qualcosa di simile sta accadendo nella nostra epoca.

Le abbazie-terapie intensive dovrebbero essere oggi il riferimento, oserei dire l'esempio, di come si può lavorare all'interno di una comunità di tanti operatori diversi, come è l'Ospedale.

Anche perché abbiamo davvero molti privilegi.

E, spesso, molti "talenti" da far fruttare.

Così Benedetto concludeva il capitolo III:

13. *Sicut scriptum est: «Omnia fac cum consilio et post factum non paeniteberis».*

13. Così sta scritto: "Fa' tutto col consiglio e dopo non avrai a pentirtene".



Sacra di San Michele