



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

*a cura di
Annarita Frullini
e Maurizio Mori*

*Aldo Pagni,
medico umanista*

Aldo Pagni, medico umanista

a cura di *Annarita Frullini* e *Maurizio Mori*

Indice

Aldo Pagni <i>Amedeo Bianco</i>	7
---	---

La mia testimonianza <i>Mariapia Albano Pagni</i>	9
---	---

Un medico in famiglia <i>Ilaria e Valentina Pagni</i>	12
---	----

• • •

Prefazione <i>Annarita Frullini e Maurizio Mori</i>	17
---	----

Parte prima: Ritratto di Aldo Pagni

Un ricordo della collaborazione con Aldo Pagni, Presidente della FNOMCeO <i>Anna Rita Mascolini</i>	27
---	----

Lettera semiseria <i>Sesto Francia</i>	30
--	----

Veridico viaggio intorno ad Aldo <i>Elzeario Capecechi</i>	33
--	----

Presidente Fnomceo e amico <i>Salvatore (Toti) Amato</i>	35
--	----

Testimonianze e ricordi palermitani <i>Orfeo Notaristefano</i>	37
--	----

Aldo Pagni e la triaca <i>Eva Antoniotti</i>	42
--	----

Amici dal dopoguerra <i>Lido Pelagotti</i>	45
--	----

Quasi cinquant'anni <i>Luciano Baldacci</i>	46
ABC per Aldo Pagni <i>Roberta Chersevani</i>	49
Lettera <i>Francesco (Chicco) Alberti</i>	55
Il contributo di una fan <i>Maria Antonella Arras</i>	57
I Colori di Aldo <i>Maurizio Grossi</i>	60
Il giro del mondo <i>Antonella Agnello</i>	62
Una persona speciale <i>Maurizio Agostini</i>	63
Un giovane dottore <i>Gianna Sostegni</i>	64
Heidegger, il web e la colpevolezza del risotto <i>Walter Gatti</i>	65
Un grande saggio <i>Vito Boschetto</i>	69
 <i>Parte seconda: Aldo Pagni</i>	
Il fautore di rinnovamento strutturale della medicina <i>Stefano Falcinelli e Giuseppe Miserotti</i>	79
La sua visione di una medicina per il mondo contemporaneo <i>Maurizio Benato</i>	83
La deontologia medica: da Cos all'eternità <i>Mauro Barni</i>	87

Il cambiamento del Codice Deontologico nell'edizione 1998 <i>Mariella Immacolato</i>	98
L'anticiarlatano <i>Giorgio Cosmacini</i>	106
L'evoluzione della Medicina Generale dagli anni '70 ad oggi <i>Antonio Panti</i>	108
Un sognatore con i piedi per terra <i>Maria Concetta Digiacomo</i>	114
“Un futuro che è già presente” Divulgazione scientifica e biotecnologie farmaceutiche nel pensiero di Aldo Pagni <i>Sergio Dompé</i>	125
La prescrizione dei farmaci <i>Carlo Manfredi</i>	129
L'informatica in medicina generale <i>Franco Del Zotti</i>	138
Il progetto di formazione permanente e la nuova ECM <i>Luigi Conte</i>	142
Aldo Pagni: attento al piccolo e al grande <i>Annarita Frullini</i>	154
Un pioniere della “medicina valorial-organizzativa” <i>Maurizio Mori</i>	169
Intervista ad Aldo Pagni: una medicina per la società d'oggi <i>Sara Patuzzo</i>	189
<i>Biografia di Aldo Pagni</i>	205
<i>Bibliografia di Aldo Pagni</i>	207

Aldo Pagni

di Amedeo Bianco

medico e senatore della Repubblica, Presidente FNOMCeO

Ho scelto un taglio confidenziale e leggero nello stendere questo tributo alla figura di Aldo Pagni. Sono parole sincere, emozioni che non intendono affrontare la complessa costruzione umana, sociale e civile dell'amico così, come ho avuto modo di conoscerlo la prima volta che ci siamo incontrati e così come, anche oggi, mi emoziona.

La prima domanda che mi sono posto nel cominciare questo personale racconto di Aldo è stata se tutti noi, a vario titolo piacevolmente coinvolti in questa "opera", saremmo riusciti a definire con nettezza la sua reale figura, nella sua veste professionale di medico, istituzionale di presidente della FNOMCeO, di bioeticista, di studioso a tutto campo e soprattutto di uomo.

La risposta è quasi ovvia. Tutti noi siamo portatori di un pezzo della sua identità fatto di ricordi, esperienze comuni, di conquiste e sconfitte che possono forse delineare ma non davvero definire Aldo Pagni.

Per molti aspetti sarebbe più semplice riuscire a individuare il filo conduttore, il *fil rouge* che lega le diverse anime di Aldo. Mi ha sempre affascinato la sua instancabile curiosità, che è l'elemento fondante della spinta vitale che porta l'uomo sempre più avanti nell'intento di raggiungere e superare i propri limiti e che costituisce caratteristica dominante di Aldo sempre pronto ad affrontare le molte sfide della scienza, dell'etica, della bioetica, della filosofia e della narrazione.

Il suo esercizio professionale di medico di medicina generale ha ulteriormente arricchito la sua componente di umanità che filtrata dalla riflessione bioetica in medicina, della quale è uno dei più qualificati studiosi italiani, gli ha consentito e ha consentito a tutti noi di addentrarci nella difficile e a volte oscura complessità della persona malata e oggi sempre più di quella sana.

È stato sicuramente tra i primi che ha posto al centro della riflessione etica dell'esercizio professionale la dignità della persona malata, l'ascolto della sua storia umana laddove la figura di medico scontava ancora quell'aura paternalistica tutta nobilmente incentrata sulla cura della malattia. La sua lucida visione di un medico, capace di ascoltare e insieme di decidere, ha finalmente preso per mano il paziente e lo ha portato al centro del rapporto dove oggi tutti noi lo poniamo e dove è giusto che sia.

È stata questa una delle grandi intuizioni che riconosciamo all'amico Aldo e che certamente lo ha illuminato nelle sue battaglie sindacali di medico, impegnato nella costruzione di un Servizio sanitario nazionale equo, universale e solidale.

Ha combattuto queste battaglie contrattuali certamente per i medici, sempre coniugandole con la tutela dei legittimi interessi dei cittadini.

Aldo ha vissuto intensamente e da protagonista una fase storica, di cui tutto si può dire meno che non sia stata affascinante e travolgente, quella della costruzione di un

sistema sanitario pubblico che finalmente realizzava il dispositivo dell'art. 32 della nostra Costituzione.

È stato altresì testimone e protagonista di altre grandi trasformazioni, in particolare del processo di aziendalizzazione del 1992 e del nostro "white paper" cioè della riforma ter n.229 del 1999.

Il mio primo incontro personale con Pagni fu proprio nel 1999, in un intermezzo di incontri presso il Ministero allora definito della sanità, io quale dirigente sindacale per la riforma dell'ordinamento giuridico della dirigenza medica, Aldo quale presidente della FNOMCeO per ratificare il ruolo degli Ordini nel nascente sistema della formazione continua.

Mi colpì, in quella occasione, la sua determinazione nel sostenere l'indispensabile ruolo degli Ordini nel sistema di formazione continua quale garanzia di qualità, libertà e autonomia del sapere medico. Mi accorgo che ancora oggi faticosamente stiamo cercando di mantenere accesa quella fiamma.

La Federazione nazionale, che lo ha visto Presidente dal 1996 al 2000, è stata un ulteriore scenario in cui egli ha potuto esprimere la sua potenzialità di medico e di esperto al servizio della Sanità del nostro Paese. In questi anni non ha fatto mai mancare la sua attenzione e il suo apporto alla Federazione nazionale.

Oggi, lasciata la sanità attiva, ha potuto dedicarsi – credo con estremo piacere – a una delle sue più soddisfacenti attività di approfondimento dell'etica e della deontologia medica.

È tuttora colonna portante della Consulta deontologica nazionale della FNOM-CeO, sempre attento e puntuale nelle sue riflessioni, aperto a tutte le novità che il progresso prospetta.

Scrittore appassionato, saggista e conferenziere trascinante, questo bagaglio solido gli deriva dalla lunga attività di Direttore dell'organo di stampa ufficiale della FNOM-CeO "Il Medico d'Italia". Antesignano di un concetto di cultura che travalica i confini di una professione quale quella medica, pure per la sua stessa essenza ricca e in continuo divenire, l'amico Aldo è stato tra i primi che operavano nel campo della sanità e della professione, a intuire il grande bisogno dell'incontro tra le scienze naturali e le scienze umane, più semplicemente la medicina e l'umanesimo, tra la medicina e il biodiritto, tra la medicina e la filosofia, tra la medicina e le religioni.

La sua cultura laica l'ha portato sempre a essere rispettoso delle altre culture e a considerare le differenze il seme del divenire e del progredire dei valori della professione. Ancora oggi si muove tra noi con la stessa agilità di pensiero, lo stesso entusiasmo e la stessa capacità di ascolto che circa quindici anni fa mi colpirono, al primo incontro. Ancora oggi i suoi pensieri meditati e ricercati scorrono veloci, leggeri ma incisivi sulle ali della sua cadenza toscana che aggiunge ai contenuti il pregio di una brillantezza fonetica non disgiunta dalla chiarezza espositiva.

Pagni non è né giovane né vecchio, è sempre Pagni, mai stanco e mai sazio di misurarsi e di aiutare tutti noi a misurarci, con il travolgente divenire degli uomini e delle cose.

Mi basterebbe poter testimoniare la metà di quanto Pagni ha testimoniato e testimoniato, per considerarmi un Presidente degno di questa Federazione.

La mia testimonianza

Mariapia Albano Pagni

La mia testimonianza su Aldo non può prescindere da un caldo, affettuoso ringraziamento a chi per primo ha avuto l'idea di celebrarne gli 80 anni, vincendo le mie perplessità, dovute ad una naturale abitudine alla riservatezza.

Mi riferisco a Maurizio Mori, che dopo avermi “travolto” con questa proposta nell'estate del 2011, ha poi proseguito con una serie di iniziative di coinvolgimento, fino ad includervi il Presidente Bianco; agli amici Miserotti e Falcinelli, e alla straordinaria Anna Rita Frullini, la cui determinazione mi ha letteralmente commossa per il legame profondo e affettivo dimostrato anche in questa circostanza nei confronti di Aldo.

Insomma dovrei fare un vero elenco di amici per ringraziare tutti, ma preferisco rivolgere in generale, a tutti coloro che hanno voluto essere coinvolti nel progetto, un abbraccio caloroso e grato per l'amicizia e la stima che ci hanno dimostrato.

Quasi 60 anni sono trascorsi da quando, nel 1954, conobbi Aldo a Taranto (la mia città), dove era venuto in vacanza.

Ci siamo sposati nel 1962, dopo 8 anni di un amore essenzialmente epistolare, punteggiato da brevi incontri in Toscana e in Liguria. Aldo aveva iniziato la professione ad Empoli, dopo un difficile periodo dovuto alla pessima esperienza del lungo servizio militare, che aveva di fatto messo a soqquadro tutti i nostri progetti per il suo futuro.

Archivate infatti a malincuore le aspirazioni universitarie, peraltro già a buon punto, il primo obiettivo divenne un lavoro remunerato in vista del matrimonio. Cominciò così la professione con 110 pazienti, mentre io ebbi l'incarico di insegnante di filosofia in un istituto cittadino. In pochi mesi il numero dei pazienti crebbe, mentre io potei entrare nella scuola statale e insegnare nel triennio superiore.

Possiamo dire che la nostra vita matrimoniale vera e propria cominciò allora; avevamo ormai una casa, un ambulatorio ad essa collegato, un lavoro decoroso e inoltre – a completare davvero il quadro familiare – erano arrivate anche due bambine.

Ma si sa che le difficoltà non mancano mai: l'aumento dei pazienti comportava la necessità di far fronte alle richieste di visite domiciliari – che allora erano inscindibili dalla professione – e ad un numero adeguato di impegni ambulatoriali, cosicché le ore lavorative erano mediamente 14 al giorno.

L'attività della ricezione delle visite veniva gestita totalmente in casa, così come l'organizzazione dell'ambulatorio, data la sua contiguità con l'ambiente domestico.

Perciò al mattino, prima di accompagnare le figlie a scuola e andare ad insegna-

re, dovevamo già aver segnato le visite, aperto l'ambulatorio e reso comunque funzionante l'intero sistema!

Se poi le visite giungevano di notte, cosa non certo rara, data l'assenza di un servizio di guardia medica notturna in quegli anni, bisognava aspettare in piedi il ritorno di Aldo – niente cellulari, allora! – evitando che si rimettesse a letto per rialzarsi subito dopo e uscire di nuovo.

Gli episodi della vita notturna sono stati tanti, tra il buffo e il drammatico. Certamente quando fu organizzata la prima guardia medica, gestita autonomamente da un gruppo di colleghi-amici, si cominciò a respirare almeno per tre fine-settimana al mese. Da quel momento in poi la situazione sembrò migliorare, ma molto relativamente, poiché l'abitudine dei pazienti a disporre del medico a tutte le ore era molto resistente.

Pertanto i primi vent'anni della nostra unione furono letteralmente dedicati alla professione di Aldo, che necessitava di aiuti consistenti in tutti i sensi, ed inoltre mi aveva delegato totalmente le incombenze familiari.

La sua famiglia d'origine era peraltro piuttosto onerosa, essendo lui figlio e nipote unico di un padre separato e di due zii senza prole, che lo avevano allevato e fatto crescere durante la guerra e la prigionia del padre in Africa; una famiglia di anziani soli, che vivevano vicino a noi e che ovviamente, invecchiando, avevano bisogno di tutto.

Anche quando l'organizzazione del lavoro, col passare del tempo, riuscì a rendere un po' meno pesante l'impegno del medico, le cose non cambiarono di molto, per coloro che avevano iniziato la professione tanto tempo prima, poiché le abitudini consolidate di fatto non venivano smantellate: perciò fino al momento della pensione, col compimento dei 65 anni, Aldo ha continuato ad avere con i suoi pazienti un rapporto molto stretto, fatto di stima, amicizia e di una grande confidenza.

Intere generazioni, all'interno delle famiglie, dai nonni ai nipoti erano cresciute e invecchiate col loro dottore, e non era possibile ignorare o peggio tradire un legame così forte, che peraltro coincideva perfettamente con quella visione della medicina "umana" che Aldo andava elaborando anche sul piano teorico, e che lo ha portato a dare una immagine nuova, e diversa, al medico di medicina generale, convinto, com'era e com'è, che nessuna cura possa prescindere dalla conoscenza profonda del paziente e della sua storia personale e familiare.

Del legame fra medico e pazienti, sia pure in modo collaterale, ha finito per far parte tutta la famiglia, sempre presente e silenziosa testimone delle vicende che hanno segnato, negli anni, la storia professionale di Aldo.

E non dimentichiamo che dal 1966, anno dell'alluvione a Firenze e della nascita della seconda delle nostre figlie, Aldo ha iniziato anche quell'intensa attività all'interno dell'Ordine dei Medici di Firenze e del sindacato, che avrebbe comportato spostamenti sempre più frequenti fra Empoli, Firenze e Roma, e la necessità di un coinvolgimento a tempo pieno dell'intero nucleo familiare, anche per consentirmi di accompagnarlo nelle occasioni più importanti della sua vita di medico e di studioso.

Ricordare tutto questo per un'occasione speciale come gli 80 anni e prendere coscienza di tutto il tempo trascorso insieme tra tanti impegni e difficoltà, fra crisi e riprese, mi regala emozioni profonde e finisce con l'aumentare la mia tenerezza, il mio orgoglio per lui e per quanto è riuscito a fare (ed ancora fa) col consueto entusiasmo giovanile e con la passione che ne hanno da sempre caratterizzato ogni attività.

Ma ciò che più di ogni altra cosa sento giusto riconoscergli è il suo valore umano, la sua incapacità di serbare rancore verso quelli che lo hanno ostacolato e verso coloro che non hanno saputo ricambiare la sua collaborazione e la sua franchezza con altrettanta amicizia.

Un medico in famiglia

Ilaria e Valentina Pagni

Impponente nel camice immacolato, appariva all'improvviso occupando l'intero vano della porta della stanza dei giochi: la contiguità di questo spazio con il suo ambulatorio era inevitabile fonte di un disturbo acustico che, quando interferiva con l'auscultazione del paziente in visita, produceva un immancabile, aspro rimprovero.

Noi bambini ammutolivamo spaventati, salvo poi riprendere il gioco rumoroso dopo pochi minuti, rischiando un'ulteriore reprimenda.

È un ricordo – condiviso con tanti nostri coetanei, che frequentavano la nostra casa in quegli anni ed erano parecchio intimiditi da lui – che va di pari passo con le nostre incursioni tra i misteriosi macchinari dell'ambulatorio (tra cui un ingombrante e vetusto apparecchio per le radiografie, che nessuna di noi due ricorda di aver mai visto in funzione).

L'attività professionale di nostro padre non è in realtà mai stata disgiunta dalla vita della famiglia, e non solo per la dislocazione domestica del suo ambulatorio, dove peraltro venivamo visitate anche noi, con quell'insieme di procedure oggi desuete, che invece sono per lui parte essenziale della professione medica: palpare, auscultare, tamburellare sulla schiena per esaminare le vie respiratorie, o sull'addome per valutare l'apparato digerente, sono i suoi gesti abituali, da clinico di altri tempi, per la valutazione di ogni malessere fisico.

Quasi sempre, a nostra memoria, la diagnosi era tranquillizzante, e molto spesso la cura proposta si limitava al riposo, alla dieta, al coprirsi bene, alle bevande calde... insomma a tutte quelle sagge prescrizioni che escludevano la somministrazione di medicine, nonostante noi le osservassimo con gran curiosità spuntare dall'armadietto con i vetri smerigliati.

Negli anni, nonostante ci raccomandasse di non scegliere la facoltà di medicina (troppi medici, diceva – ancora non si era introdotto il numero chiuso), nostro padre non ha mai perso alcuna occasione per coinvolgerci in quanto andava facendo: ricordiamo ancora l'attività serale di correzione delle bozze del giornale *Firenze Medica*, per la quale, armate di pennarello rosso, leggevamo articoli a noi incomprensibili (eravamo ancora più o meno alle scuole elementari) e segnalavamo a lui refusi ed errori. In realtà eravamo fiere di questa fiducia, come della sostanziale abitudine di nostro padre di trattare, con noi come con tutti, alla pari, senza considerarci mai due bambine piccole.

Con lo stesso spirito, peraltro, organizzava le nostre – rare – uscite insieme: riteneva normalissimo trascorrere un'intera domenica al Forte Belvedere di Firenze, alla mega-esposizione di sculture di Henry Moore (1972), o di quadri dei pittori Macchiaioli (1976), tre interminabili piani con una quantità sterminata di opere, che lui osservava una ad una senza nessuna fretta (e nessuna

pietà per le nostre deboli proteste).

Certo, così abbiamo potuto entrare in contatto con le arti figurative con gran facilità (ricordiamo un'altra domenica mattina, dedicata alla visione di una coloratissima *Primavera* del Botticelli appena restaurata), ma soprattutto, di qualunque cosa volessimo interessarci, in casa c'erano i libri: pareti intere di pubblicazioni d'arte, cataloghi di mostre, manuali esplicativi dell'analisi delle opere. Insomma, nostro padre aveva riempito delle sue passioni gli spazi della casa, e senza bisogno di alcuna mediazione, anche noi potevamo saziare la nostra curiosità.

Similmente per la letteratura: bastava avvicinarsi ad una delle librerie e scegliere liberamente tra i romanzieri russi dell'Ottocento, o quelli francesi, oltre ovviamente a tutta la letteratura italiana nella edizione Ricciardi...

La musica era adeguatamente compendiata, con una discoteca ricca e varia, e un pianoforte (dono dei nonni materni), che dovevamo "solo" studiare.

Anche il teatro trovava posto tra le passioni di nostro padre: ancora ridiamo al ricordo di una rappresentazione serale del *Tumulto dei Ciompi*, incomprensibile per due piccole e ignare spettatrici, dove fummo portate senza possibilità di opposizione (ma che, per anni, è stato il nostro cavallo di battaglia come esempio delle vessazioni genitoriali).

In ultimo il cinema e lo sport: nessuna delle due ricorda di aver visto con lui un cartone animato, ma nostro padre ci portò a vedere film come *Mussolini: ultimo atto*, *Novecento*, e varie commedie simil-western con Terence Hill e Bud Spencer, che lo divertivano molto.

Allo stesso modo ci portava allo stadio, a trascorrere il pomeriggio della domenica mangiando semi d'arachide e sedendo su scomodi cuscini che riportavano i colori dell'Empoli, la squadra che, nel suo cuore, affiancava la Juventus. Due passioni, entrambe, che non son venute meno col trascorrere degli anni, anche se le soluzioni offerte dalla moderna tecnologia gli hanno consentito, col tempo, di spostarsi dalle gradinate dello stadio empoiese alla poltrona del salotto della casa di Firenze, nella quale qualche anno fa si è trasferito dopo la parentesi romana.

In quegli anni – e poi sempre, fino ad oggi – la nostra casa era aperta agli amici. Facendo affidamento sulla spiccata attitudine all'ospitalità di nostra madre, sempre pronta a cucinare per tutti organizzando cene e dopo-teatro in casa, i nostri genitori frequentavano artisti, scrittori, poeti, attori e musicisti. Il salotto poteva trasformarsi in un palcoscenico per le esilaranti declamazioni di Paolo Poli, oppure ospitare interminabili discussioni sull'arte figurativa con i fratelli Tommasi, lo scultore Marcello e il pittore Riccardo. Spesso la serata aveva come protagonista la musica, con i giovani e talentuosi allievi di Maria Tipo, la grande pianista amica di famiglia da sempre. Si ascoltavano con uguale interesse anche le conversazioni con Carlo Cassola, Manlio Cancogni, Alfonso Gatto. Molti anni dopo, con l'incontro con Luciano Berio, le conoscenze musicali si sarebbero arricchite grazie all'ascolto della musica contemporanea del compositore oggi scomparso.

Queste serate, che sono per i nostri genitori un ricordo caro e lieto, rappresentavano anche per noi occasioni speciali, in cui potevamo sovvertire per una volta le regole familiari, affacciandoci con divertita curiosità al salotto dei grandi in orario notturno.

Immune dalla malinconia e dalla nostalgia, proteso costantemente verso il domani, nostro padre ci parlava molto del suo lavoro, citando i casi più particolari che avevano avuto origine dall'imprudenza o dall'ignoranza dei suoi tanti pazienti di campagna. Aveva per quelle famiglie contadine molto rispetto, e curava interi nuclei con frequenti visite domiciliari, che talvolta si trasformavano ai nostri occhi in emozionanti avventure, quando si trattava di "guadare" con l'auto un piccolo corso d'acqua ingrossato dalle piogge recenti, per raggiungere una sperduta fattoria. Tornava da queste visite con i doni della terra, spesso animali vivi, ai quali ci affezionavamo immediatamente, e dei quali cercavamo invano di impedire l'inevitabile fine in pentola.

In casa il dibattito era sempre aperto: felici di poter sostenere le nostre ragioni, argomentavamo qualunque tesi con veemenza e avevamo costantemente l'onore di un contraddittorio altrettanto acceso ..., tuttavia la nostra vis polemica veniva suscitata, crediamo, al solo scopo di permetterci un'esercitazione teorica, perché alla fine la struttura della famiglia somigliava molto di più ad una monarchia assoluta, che ad uno stato democratico.

Non abbiamo memoria di un suo avvilitarsi, o rammaricarsi per qualcosa, che andasse oltre un breve momento: la sostanziale positività di nostro padre ci accompagna da sempre come un sereno dato di fatto, poiché lo scoraggiamento è, tra tutti gli stati d'animo, il più lontano dal suo sentire.

Allo stesso modo è da leggere la sua totale idiosincrasia nei confronti della lamentazione: sopportata con malcelato disappunto quando proveniva dai pazienti, e vivacemente stigmatizzata nei resoconti serali post-ambulatoriali, era sostanzialmente vietata in casa, dove crescevamo nel modo più spartano e senza essere in nessuna circostanza oggetto di compatimento.

Le nostre richieste di bambine – e poi ragazze – non venivano quasi mai accolte, ma dovevano essere sottoposte in ogni caso alla prova della discussione e, quand'anche prese in considerazione, attendevano comunque tempi lunghi, a dispetto della nostra naturale impazienza. Una palestra di vita, senza dubbio, che probabilmente riproduceva, non troppo inconsapevolmente, l'esperienza che nostro padre aveva fatto negli anni dell'infanzia e dell'adolescenza.

Una volta però la sorte – o meglio l'estemporaneità di nostro padre – ci venne in aiuto: fu il caso del nostro desiderio di avere un cane. Non erano servite le accese proteste all'ennesimo procrastinare la decisione in merito, e neppure lo "sciopero della tavola", col quale una di noi rifiutò di sedersi a pranzo fin quando un quadrupede non fosse stato finalmente adottato. Ciò che cambiò imprevedibilmente lo scenario fu la simpatia suscitata in lui da un cane meticcio, bellissimo e tranquillo, che si accodò ai medici in uscita dall'Ordine, a notte fonda. Nostro padre, ultimo a recuperare la sua macchina, lo invitò scherzosamente a salire: il cane balzò dentro l'auto e da allora, per molti anni, fu il no-

stro mitico Pippo.

Ovviamente nei giorni successivi fecero la loro comparsa in un apposito settore della libreria parecchi volumi sulla cura del cane, il suo addestramento, le patologie cui avrebbe potuto andare incontro, e tutto ciò che servisse a formare una specifica competenza cinofila, nel più perfetto stile di nostro padre.

Contando sulla regia attenta di nostra madre – che sopprimeva eroicamente a tutte le esigenze connesse con la presenza di due figlie piccole, e poi adolescenti – nostro padre ha potuto coltivare tutte le sue passioni, e soprattutto concentrare l'attenzione su un'approfondita riflessione sul senso del proprio lavoro. Suscitata probabilmente dalla presa di coscienza diretta della progressiva svalutazione che la medicina generale andava subendo da molto tempo – l'immagine del medico della mutua del famoso film di Alberto Sordi lo disturbava profondamente – l'attività di nostro padre si faceva via via più intensa: se da un lato approntava con alcuni colleghi aggiornati e dotti protocolli d'intervento per le malattie di più frequente impatto per i medici di base, dall'altro ribadiva costantemente la necessità di considerare il paziente nella sua interezza, e non come un coacervo di organi da riparare singolarmente.

La sua esperienza gli insegnava ogni giorno che ciascuno dei suoi pazienti non poteva essere preso in considerazione in modo parziale, ma che molto spesso l'origine delle patologie risiedeva nel patrimonio cromosomico familiare, oppure era addirittura concausata dalle dinamiche dei rapporti con gli altri membri della famiglia.

Il logo della Società Italiana di Medicina Generale, che aveva creato e fondato (anzi, letteralmente inventato) nel 1982, esemplificava molto chiaramente la sua idea di medicina: **ΛΟΓΟΣ, ΦΙΛΙΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗ** sono le parole chiave della sua ricerca, dove il primo è l'insieme dei saperi che servono ad essere un medico (compresa l'indispensabile cultura umanistica), ma altrettanto necessari sono la capacità empatica di entrare in contatto con il paziente e di costruire con lui un rapporto di fiducia e confidenza, e l'arte medica, intesa come insieme di gesti e di capacità pratiche, proprio come ogni altra arte umana, ma anche come possibilità di sfruttare nuove tecnologie, purché al servizio dell'uomo nella sua interezza e nella sua laica centralità.

Su queste basi operative la sua attività è sempre stata instancabile, in passato come adesso: convegni, seminari, articoli, libri, riunioni, incontri, accompagnati, negli anni, da polemiche, arrabbiature e soddisfazioni, via via che altri medici iniziavano a condividere le sue idee e soprattutto si rendeva evidente a tutti l'urgenza di un'azione che permettesse al medico di famiglia di sfuggire al triste destino di mero compilatore di ricette e certificati.

L'ambulatorio continuava a non avere orari, ed era la migliore concretizzazione pratica delle teorie formulate nelle lezioni ai giovani medici. Anche i pazienti nel frattempo stavano cambiando: sparivano pian piano gli anziani delle antiche famiglie contadine, saggi cultori della terra e fiduciosi nella competenza del loro "dottore"; ai più giovani, già prima impauriti compulsatori dell'enciclopedia medica, si prospettava adesso la facilità di accesso ai dati della rete. Tut-

tavia questo non aumentava certo la loro serenità: privi spesso delle competenze necessarie a selezionare criticamente le risposte disponibili on line, finivano per essere ancor più confusi e disorientati, anche se allo stesso tempo meno disposti ad accogliere decisioni *ex cathedra*.

Intanto nuove sfide si presentavano all'orizzonte, tra temi di bioetica ed interrogativi circa i principi deontologici applicabili ad un medico cui in pochi anni si sono aperte possibilità impensabili solo fino a qualche decennio fa: la procreazione assistita, la clonazione, l'uso delle cellule staminali embrionali, il fine-vita. E poi, i problemi posti dalle cure oncologiche presentate come risolutive e rivelatesi invece inconsistenti alla prova dei fatti; le perplessità circa la legittimità della scelta di affidare ad una madre surrogata il desiderio di maternità, tradottasi, all'inizio del 2000, nella nota vicenda dell'utero in affitto, all'epoca in cui era Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici e degli odontoiatri.

Nostro padre ha accolto queste sfide con lo spirito di sempre: ha studiato materie nuove, ha analizzato la letteratura giuridica e la giurisprudenza, ha riflettuto sulle implicazioni filosofiche e religiose delle nuove frontiere della medicina. Insomma, ha fatto quello che fa il novizio prima di intraprendere un percorso nuovo, con il genuino desiderio di imparare che lo identifica come studioso, prima ancora che come medico. Uno studioso attento dell'essere umano, nelle sue diverse dimensioni: e quella giuridica, che è l'ultima alla quale nostro padre è approdato, è stata affrontata con la curiosità di sempre. Chiedendo e richiedendo testi sui quali studiare la colpa medica, facendo domande sulla differenza tra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale, studiando i profili della causalità, partecipando a seminari di studio organizzati presso la Facoltà di giurisprudenza fiorentina su responsabilità medica e mediazione, e intervenendo quando meno te lo aspetti con domande sempre pertinenti. E ancora, ancora, ancora. Una sete di conoscenza inesauribile, che è ciò che fa di nostro padre, insieme alla giovinezza dello spirito e alla serenità, una persona capace sempre di stupire.

Un uomo sorprendente: anche quando, dopo un temporale estivo che in casa aveva provocato un allagamento a causa dello spostamento delle tegole del tetto, mentre gli altri si affannavano a cercare di sostituire gli embrici, si preoccupava invece di sostituire... la cartuccia della stampante, per poter leggere su carta, a tutti noi, l'introduzione del suo ultimo libro.

Surfando leggero su tutte le incombenze pratiche, alle quali riesce a sottrarsi con caparbia determinazione accampando sempre la motivazione di ben altri e più urgenti impegni, nostro padre continua a studiare davvero i grandi temi al centro della riflessione e del dibattito nella comunità scientifica, e così non manca di far sentire la sua voce, laica e libera da qualunque condizionamento come sempre.

Prefazione

Annarita Frullini e Maurizio Mori

Con piacere presentiamo qui i contributi che amici e colleghi hanno voluto scrivere in onore di Aldo Pagni in occasione del suo ottantesimo compleanno. L'idea di un volume che, cogliendo l'opportunità della data delineasse la personalità e l'opera del festeggiato, è venuta, come spesso capita, quasi casualmente, dopo una simpatica chiacchierata a Poveromo, frazione del Cinquale, tra il mare della Versilia e le Alpi Apuane che la circondano, con Aldo e Mariapia nell'estate del 2012.

Fondamentale è stato il ruolo di Mariapia Pagni, che ha provveduto a tessere la tela con riservatezza, e di Eva Antoniotti, che oltre ad aver pensato all'aspetto redazionale con impareggiabile competenza ha partecipato all'editorship. Ovviamente, l'apporto decisivo è stato dato da ciascun autore che col proprio contributo ha fissato un aspetto della personalità di Aldo Pagni o della sua opera. Stefano Falcinelli e Giuseppe Miserotti ("allievi" di prima battuta) sono stati quelli che hanno per primi hanno aderito con entusiasmo al progetto. Molti degli scriventi appartengono al grande orizzonte della FNOMCeO e hanno voluto manifestare i propri sentimenti in onore di Aldo Pagni. Altri sono colleghi che hanno mostrato interesse alla sua riflessione o a qualche suo punto. Il volume, costruito all'insaputa del festeggiato, vuole realizzare un effetto piacevole effetto sorpresa per rendere accettabile l'omaggio ad Aldo Pagni, personalità forte e robusta ma schiva: potremmo dire "tutto arrosto e niente fumo". L'idea ispiratrice sta alla base di questo volume è quella di un *Festschrift* per delineare e approfondire i vari aspetti della personalità e dell'opera di Aldo Pagni. A volte gli autori dedicano al festeggiato contributi sui temi più diversi. In questo caso abbiamo voluto che la figura di Aldo Pagni fosse al centro dell'attenzione, per cogliere quasi tutto l'uomo poliedrico e attento alle diverse sfumature della socialità viste in una prospettiva centrata sulla salute. Il volume è diviso in due grandi sezioni. La prima è dedicata ad illustrare la figura umana di Pagni: nell'insieme ci pare sia che essa sia come un polittico in cui ciascun riguardo coglie un aspetto che, unito agli altri, offre un disegno unitario. L'altra, invece, è dedicata a mettere in luce i principali contributi dati da Pagni sia alla pratica della medicina sia alla vita pubblica. Il risultato getta uno sguardo complessivo su *Aldo Pagni, medico umanista*, dove la locuzione *medico umanista* è stata individuata grazie alla collaborazione di Mariapia e delle figlie e rimanda a quei tratti dell'Umanesimo in cui gli *studia humanitatis* avevano il centro proprio in Firenze¹ ed erano il punto di intersezione dell'intero sapere visto come un tutto armonico capace di contemporare arte, diritto e scienza.

1 *L'armonia degli studia humanitatis come base dell'Umanesimo è ben illustrata, per esempio da E. Garin, Scienza e vita civile nel Rinascimento italiano, Laterza, Bari, 1965.*

Nel suo libro *Un medico di famiglia nel teatro della vita* Aldo Pagni mostra come, nella intera sua vita ed opera, quest'atteggiamento da "umanista" lo porti a riflettere con tenacia e continuità sulla pratica clinica in un periodo di cambiamento straordinario e al tempo stesso straordinariamente rapido. In questo senso, il termine "teatro" presente in quel titolo sembra mantenere l'ambiguità di significato esistente tra l'*attività artistica*, in cui la parola si coniuga col gesto in una rappresentazione sostitutiva della realtà, e il *luogo stesso* in cui si svolge un reale fatto importante (il teatro della battaglia): il medico opera nel "teatro della vita" perché la sua attività è fondata su parole che fanno emergere una realtà estremamente seria.

La costanza con cui Pagni ha riflettuto sul tema del senso e del ruolo della medicina è tale da far venire alla mente l'oscuro verso del poeta greco Archiloco: "la volpe sa molte cose [piccole], ma il riccio ne sa una sola, grande". Metaforicamente l'opera di Aldo Pagni sembra essere un tipo particolare di "riccio": un medico e uno studioso costantemente concentrato a riflettere su come la medicina contemporanea possa essere a servizio dei cittadini nel rispetto della loro libertà e dei loro convincimenti più profondi. Quest'impegno lo ha condotto ad affrontare problemi filosofici e teorici connessi con la pratica clinica e ad avanzare importanti proposte concrete che l'hanno portato fino alla Presidenza della Fnomceo: incarico che – come rilevato in alcuni contributi nel volume – ha lasciato una traccia profonda nella medicina italiana e che ancor oggi è ricordato come un importante momento di crescita.

Anche per questo amici e colleghi, uniti ai familiari, hanno voluto in questo volume fare il punto della situazione di una vita intensa spesa per il miglioramento della medicina e attraverso questa dell'intera società italiana. Considerando la dilatazione dell'esistenza e la straordinaria lucidità di Aldo, l'auspicio è che questo primo bilancio possa costituire la base per ulteriori contributi a una medicina più rispondente alle esigenze dei cittadini di oggi.

*Sulla destra:
Aldo e Mariapia
Pagni il giorno
del loro matrimonio
(1962).*



*In basso:
Aldo e Mariapia
Pagni alla
Maddalena (XXXX)*





Aldo Pagni, Presidente della Fnomceo, riceve nella sede romana della Federazione la delegazione dei medici russi (XXXX) e dei medici cinesi (xxxx)



In alto: Aldo Pagni apre il Convegno per il cinquantenario della ricostituzione degli Ordini dei medici alla presenza dell'allora Ministra della Sanità Rosy Bindi.

In basso: una pausa di lavoro all'isola di Kos, nel corso dell'incontro per un codice deontologico medico europeo. Da sinistra: Aldo Pagni, Xxxxxxxx, Francesco Alberti, Xxxxxxxx, Stefano Falcinelli, Guido Marinoni, Xoooooooo

Parte prima:

*Ritratto di
Aldo Pagni*

Un ricordo della collaborazione con Aldo Pagni, Presidente della FNOMCeO

Anna Rita Mascolini

già responsabile della Presidenza FNOMCeO e degli Organi Collegiali

Il mio modesto contributo ad un libro dedicato ad Aldo Pagni non può che riferirsi al periodo della sua presidenza in FNOMCeO, periodo in cui ho avuto l'onore e il piacere di lavorare fianco a fianco con lui nella veste di sua assistente e responsabile della presidenza.

La presidenza Pagni iniziò nel 1996, ma il dottor Aldo non era nuovo dell'ambiente federativo, avendo ricoperto già numerosi incarichi, gestito vari settori quale ad esempio l'aggiornamento, era stato direttore delle pubblicazioni *Il Medico d'Italia* e *Federazione Medica* ed era componente il Comitato Centrale.

È evidente che ad ogni cambio di presidenza in FNOMCeO bisogna resettare tutto: una nuova figura al vertice significa nuova personalità, nuovo modus operandi, nuovo indirizzo politico, nuovi obiettivi da raggiungere, nuove priorità da perseguire. Serve una grande duttilità per corrispondere in maniera efficiente ed efficace a cambiamenti radicali che avvengono, peraltro, in modo repentino e si avverte inevitabilmente una sorta di rammarico per il passato e di entusiasmo e curiosità per il futuro.

Ogni Presidente lascia la propria impronta, un ricordo e una immagine di sé comunque indelebili, che andranno ben aldilà della foto incorniciata che fa bella mostra nelle stanze presidenziali.

Con il Presidente Pagni l'“adeguamento” non fu difficile, proprio per la conoscenza e la consuetudine che già ci legavano a lui, ma soprattutto ci si trovò di fronte ad una immagine di Presidente diversa rispetto al passato: autorevole e, al tempo stesso, autoritario quando necessario, profondamente saggio, intellettuale, preparato nei vari campi e certamente esigente, ma un aspetto lo caratterizzava: l'essere meno formale, sempre aperto al dialogo e al confronto che, anzi, era lui il primo a ricercare, disponibile all'ascolto e allo scambio di opinioni, in un clima di grande democrazia e apertura, tanto che si era portati, al di là del doveroso rispetto e della considerazione dovuti alla massima carica federativa, a valutarlo su un piano di amicizia, della quale peraltro egli non era affatto avaro.

Lo ricordo come una persona di grande spessore culturale e una personalità incisiva, ma comunque rispettoso della autonomia lavorativa dei suoi collaboratori, pronto ad accoglierne i suggerimenti e disponibile a coinvolgerli nei suoi programmi.

Nel suo entourage posso vantarmi di aver ricoperto un ruolo primario, per le mansioni che mi erano affidate e che mi portavano già da allora ad avere uno

stretto contatto con tutto l'Esecutivo e con il Presidente in primis. Ero infatti chiamata a partecipare in prima persona, insieme a lui, a qualsiasi tipo di riunione e di incontro ed ero sempre al corrente di quanto avveniva, così come il dottor Pagni desiderava. Se per qualche motivo ciò non era possibile, era lui stesso ad informarmi perchè – diceva – dovevo essere edotta di quanto veniva deciso, programmato e pianificato, perchè potessi adeguatamente corrispondere alle richieste di informazione e collaborazione provenienti da vari fronti. Per il suo carattere poliedrico e naturalmente cultore dei rapporti umani, amava circondarsi di persone. Era solito convocare sistematicamente i suoi collaboratori a cui esponeva idee, raccontava esperienze, riportava studi, chiedendone a sua volta le opinioni. Ad ognuna delle sue frequenti venute in sede, mi chiedeva di riunire colleghi, dirigenti e funzionari per “fare il punto della situazione”, come soleva testualmente dire, dove “fare il punto” significava riprendere i problemi rimasti in sospeso e valutare insieme l'iter seguito e quello da seguire per la loro soluzione, affidare i diversi incarichi agli uffici preposti, programmare insieme nuove iniziative, stabilire riunioni e sedute di Comitato Centrale e Consiglio nazionale, sempre in un clima di condivisione e collaborazione. Non disdegnava, tuttavia, inframezzare la trattazione di problematiche professionali e di politica sanitaria con riferimenti alla vita sociale o familiare, con aneddoti della sua Empoli, la città dove in quegli anni viveva. Allora, come oggi e forse anche un po' di più, la sua loquacità era inarrestabile e, soprattutto di fronte ad una platea attenta e interessata come potevamo essere noi dipendenti della Federazione, non era facile interrompere il suo eloquio esuberante. Anzi, accadeva sovente che il racconto in atto, ricominciasse daccapo ad ogni nuovo ingresso di persone in sala. Cosa, per la quale, col suo benevolo consenso, eravamo soliti prenderlo bonariamente in giro.

Un aspetto del nostro lavoro che ricordo particolarmente interessante era quello dedicato alla posta perchè era un momento di interazione fra i vari uffici. Non c'erano ancora le e.mail e le numerose lettere si accumulavano settimanalmente sul suo tavolo, da noi divise secondo i settori che avrebbero dovuto occuparsene. Il Presidente Pagni le esaminava una ad una insieme ai rispettivi responsabili dando il via alla trattazione delle relative problematiche, la qual cosa ha costituito per me, che assistevo anche a questa fase, una vera “scuola” per l'approfondimento di tematiche importanti e mi ha permesso di acquisire giornalmente esperienza e cultura professionale che mi hanno arricchito nel lavoro.

Il dottor Pagni era, come è tuttora, una mente vulcanica, produttrice di sempre nuove idee sul piano organizzativo, editoriale (scrivere è la sua seconda passione dopo la medicina), convegnistico, politico. Il suo rapporto con noi dipendenti era, mi si passi il termine, su un piano di parità, nella misura in cui si può essere pari su livelli di capacità e di cultura tanto diversi. Spesso chiedeva di essere accompagnato alle varie manifestazioni cui partecipava a Roma, soprattutto se in quell'ambito era invitato a tenere una relazione, e al termine ci chiedeva “com'è andata?”. Il che, se da un lato può apparire quanto meno ano-

malo da parte di un presidente di quel tenore, dall'altro ne svelava un aspetto prettamente umano del carattere, un desiderio di ricevere consensi e al tempo stesso rassicurazioni, come se un oratore della sua levatura potesse comunque nutrire dubbi circa la riuscita e l'effetto dei suoi eruditi e interessanti interventi. Sono trascorsi da allora tanti anni, si sono succedute numerose vicende, così come si sono alternati in Federazione altri Presidenti, che ho avuto l'opportunità di seguire nella loro attività.

Alcuni di loro, una volta terminato il mandato, sono usciti di scena, si sono dedicati ad altro o comunque hanno scelto nuove strade. Il dottor Pagni è tuttora presente in FNOMCeO con compiti diversi: attualmente si occupa del Codice di Deontologia medica essendo componente della apposita Consulta alla quale, come è sua consuetudine, non fa mancare un apporto fondamentale.

Etica e filosofia in ambito medico sono, infatti, da sempre i concetti principali ai quali ha dedicato studi e approfondimenti e ai quali, ancora adesso, ispira le proprie riflessioni.

Nel 1997 fu uno dei primi a parlare di "globalizzazione" in sanità, in un'epoca in cui il termine era ancora poco usato, nonché ad evidenziare il passaggio da una medicina "paternalistica" ad una basata sulla libertà di scelta e di giudizio del cittadino; a considerare l'animo dell'uomo al pari, se non addirittura prima, del corpo del malato, trasferendo così, in modo del tutto naturale, nella politica sanitaria, i principi ispiratori del suo essere medico. Ribadiva infatti nei suoi numerosi scritti, nelle relazioni, negli articoli, l'importanza per il medico di coniugare l'esperienza professionale con l'impronta umana, la disponibilità, la sensibilità nei confronti del paziente. La sua voluminosa produzione bibliografica è testimonianza della profondità del suo credo su questi temi, così come dell'auspicio circa il ritorno ad una alleanza terapeutica medico-paziente basata su una reale fiducia reciproca, che egli riteneva sempre più compromessa, sul dialogo e sul rispetto dei diritti del malato ma anche dei doveri e delle responsabilità professionali del medico.

Persino della nascita di molti suoi libri sono stata privilegiata testimone. Non era raro, infatti, che arrivasse in Ufficio e mi chiedesse di leggere parti di opere "*scritte stanotte*" – come diceva – perché dessi un parere, modestissimo dal mio punto di vista, ma ritenuto importante da lui che teneva nel massimo conto le opinioni altrui. È superfluo evidenziare quanto ciò costituisse per me motivo di orgoglio: un arricchimento interiore di non poco conto, ma anche un momento di gratificazione.

Lo ricordo legato alla famiglia, la moglie Maria Pia lo accompagnava spesso a Roma, orgoglioso delle due figlie e poi degli amati nipoti, Paolo e Marco, grande estimatore dell'arte in ogni sua forma, in particolare della musica (che soddisfazione il genere Andrea direttore d'orchestra!).

Ne parlo al passato solo perché mi sto riferendo al periodo della sua presidenza in Federazione, dal quale ci separano ormai molti anni. Tuttavia so – avendo incontrato spesso nell'ambito dell'attività federativa ed essendo tuttora in contatto con lui – che sono rimasti immutati il suo spirito, la sua vitalità, la sua

energia, caratteristiche alle quali gli anni trascorsi non hanno sottratto alcunché, ma solo aggiunto esperienza e passione, qualità che ancora traspaiono copiose dai suoi numerosi scritti che sanno trasmettere a chi legge lo stesso interesse che ha animato l'autore.

Non dimentico da parte mia l'entusiasmo provato nel trascrivere le sue elaborate relazioni piene di riflessioni critiche sui più importanti problemi di etica, di costume, di epistemologia, di appropriatezza delle cure, di mutamenti della medicina, tutti argomenti che, allora come adesso, trattava con passionalità e profondo convincimento, mai superficiale, mai evasivo o approssimativo.

Quando lasciò la presidenza non fu un momento facilissimo, ma un carattere volitivo e battagliero come il suo superò questa difficoltà grazie anche alla molteplicità dei suoi campi di interesse che lo vedevano perennemente impegnato. Ci salutò con una cena a cui invitò i più stretti collaboratori e in quella occasione gli facemmo omaggio – certi che lo avrebbe gradito – di una documentazione alla quale stavamo lavorando da tempo: una raccolta veramente copiosa di foto, articoli, scritti, interviste, relazioni e quant'altro riguardava l'attività svolta negli anni della sua permanenza al vertice della Federazione. Sapevamo che l'avrebbe conservata con cura, come testimonianza concreta di un pezzo importante di vita e di storia federativa che rimarrà legata al suo nome.

Lettera semiseria

Sesto Francia

Responsabile Ufficio ECM FNOMCeO

Carissimo Presidente,
innanzi tutto i miei più affettuosi auguri per i Suoi primi 80 anni.
L'abbiamo vista tagliare questo ambito traguardo quasi in surplace (leggi: voglia di fare e di "esserci"), un modo per risparmiare energie per i prossimi numerosi chilometri.

Ho accettato con piacere l'invito a partecipare a questa simpaticissima iniziativa che la vede protagonista, pur nella consapevolezza di poter fornire un contributo estremamente modesto. Mi auguro tuttavia di non deludere, oltre Lei, i promotori i quali, per la mia lunga militanza in Federazione e quindi in parte "memoria storica" delle vicende dell'Ente, speravano potessi fornire un apporto di maggior peso.

In realtà, caro dr. Aldo, non credo di essere la persona più adatta a delineare la figura di un Presidente della FNOMCeO, a commentare la caratura politica del rappresentante pro tempore dei medici e odontoiatri, a ripercorrere i momenti che, dal maggio 1996 al novembre 2000, l'hanno vista protagonista sulla scena della sanità italiana. È un compito, questo, che lascio volentieri ad altri e più qualificati "commentatori", non prima però di aver fatto un breve cen-

no ai miei anni trascorsi al Suo fianco.

Ricordo con piacere il periodo passato alla redazione de *Il Medico d'Italia*, l'allora organo ufficiale della Federazione di cui Lei era Direttore responsabile; ricordo le mattinate trascorse ad impostare il nuovo giornale, a rivedere testi e impaginazione e, soprattutto, a supportare (ma forse è più corretto dire sopportare) una redazione dove imperversavano i vari Nino Romagnolo, Achille Martorelli e il sottoscritto.

Sarà forse colpa dei numerosi capelli bianchi e del fatto che anche per me si sta avvicinando la "messa a riposo", ma oggi non riesco a ricordare quei giorni senza un po' di nostalgia, nonostante la non sempre semplice convivenza con i miei colleghi di redazione. Mi chiedo: ma invecchiando si diventa più buoni? O forse è la memoria che inizia a vacillare?

Chiuso il giornale – ricorderà era il 1996 – mi ha voluto nella Sua segreteria come "Addetto alle relazioni esterne". Sono stati gli anni in cui abbiamo realizzato in modo "autarchico" numerose pubblicazioni (erano e sono il Suo "pallino"). Lei la mente, io, molto più modestamente, il braccio

Sono stati gli anni in cui la Federazione ha avviato una ricognizione e un serrato e costruttivo confronto con le Società scientifiche per ridefinirne i criteri di accreditamento e dare così l'avvio ad un rinnovato processo culturale di aggiornamento continuo dei medici gestito dalla stessa professione.

La Federazione, di fatto, in quegli anni ha rappresentato, ed ancora più oggi rappresenta, il volano della formazione continua obbligatoria meglio conosciuta come ECM.

È stato questo il periodo in cui ho avuto modo di conoscerLa più da vicino. Giorno dopo giorno ho apprezzato il modo, sempre pacato e signorile, di rapportarsi con tutti, dipendenti e funzionari dell'Ente.

È stata anche l'occasione per conoscere la Sua gentile signora Mariapia, della quale tutti noi "anziani" della Segreteria della presidenza (da Anna Rita Mascolini a Paola Tomassi) conserviamo un piacevole ricordo fatto di stima e simpatia insieme.

Non è mia intenzione in questa sede dilungarmi nelle lodi, anche perché, sono convinto, non Le farei cosa gradita.

Ma del "Pagni Presidente", tuttavia, mi piace ricordare l'approccio all'interno dell'ente.

All'indomani della Sua elezione inviò a noi dipendenti una lettera con i saluti più cordiali e gli auguri di buon lavoro. Una lettera per certi aspetti "fuori dall'ortodossia", che ci colpì profondamente.

"Da oggi inizio con Voi una nuova esperienza – scriveva il 20 maggio del 1996 – una sorta di sfida con me stesso e con il mondo esterno, tesa a rendere il ruolo di questa istituzione sempre più rilevante nella evoluzione del sistema sanitario del nostro Paese, il cui esito molto dipenderà anche dalla Vostra collaborazione e dal Vostro impegno".

"Conosco molti di Voi da anni ma, finora, non avevo avuto occasioni di collaborazione diretta come responsabile della vita interna e della politica della Fe-

derazione”.

“Sono abituato alla chiarezza e alla lealtà, all’impegno per le cose nelle quali credo e ad ascoltare i suggerimenti ed i consigli di tutti coloro che, a vario titolo, ma con pari dignità, concorrono al raggiungimento degli obbiettivi che vorremo darci. Confido pertanto di riuscire a creare con Voi un rapporto di comunicazione, fondato sulla reciproca stima, farVi conoscere in maniera esplicita il mio apprezzamento per il Vostro lavoro, guadagnare la Vostra fiducia”.

Una lettera a prima vista di circostanza, ma che anticipava di fatto quello che in realtà si sarebbe verificato sul piano dei rapporti con il personale della FNOM-CeO. Rapporti sempre basati prima di tutto sul rispetto della persona e su un giusto riconoscimento del lavoro svolto, ma fundamentalmente improntati alla collaborazione e al confronto sui temi al centro dell’attività della FNOM-CeO.

E a proposito di condivisione voglio raccontarLe un aneddoto che mi torna alla mente. Al rientro in Federazione dopo aver avuto un incontro legato al Suo ruolo istituzionale, con esponenti politici o del sindacalismo medico o nella sede del Ministero della Sanità (allora così si chiamava il dicastero) era Sua consuetudine, contornato dai più stretti collaboratori (noi della segreteria, dirigenti e funzionari), raccontare con dovizia di particolari tutto lo svolgimento del colloquio, una sorta di “tutto Pagni minuto per minuto”. E il racconto veniva ripetuto, senza tralasciare una sola battuta, ogni qualvolta altri colleghi si univano ai presenti.

Questo per noi era sicuramente un momento di crescita professionale, ma anche di ilarità: il momento del “cavallino rosso”.

Certamente ricorderà – Signor Presidente – il vecchio film di De Crescenzo “Così parlò Bellavista”. Uno dei personaggi del film al quale è stato appena scippato per le vie di Napoli il regalo acquistato per il nipotino, appunto un cavallino rosso, racconta l’accaduto ai passanti intervenuti sul momento. E mano a mano che altri curiosi si uniscono al crocchio per domandare cosa sia successo, il malcapitato ripete nuovamente il racconto, partendo dall’idea che l’aveva spinto a scegliere quel regalo e non altri. E così via via, per ogni passante che si avvicina, fino a quando il capannello di persone non raggiunge dimensioni ragguardevoli.

Ecco, in quei momenti noi “discoli” vedevamo in Lei l’attore del film che imperturbabile ripete il racconto fino allo sfinimento.

Non me ne voglia – caro dr. Pagni – per questa confidenza che a prima vista potrebbe sembrare, nei Suoi confronti, irrispettosa. In realtà, almeno a mio modesto avviso, si tratta di una nota di colore che contribuisce a delineare il profilo di un uomo di cultura, amante del proprio lavoro, forse un po’ sognatore, ma che tuttavia molto ha dato alla professione medica italiana; che non disdegnava di confrontarsi e di coinvolgere nella propria funzione anche i suoi più semplici collaboratori, in un percorso di crescita umana, culturale e professionale.

Per questo voglio ringraziarLa, e lo faccio anche a nome di quei colleghi che

hanno avuto l'opportunità di collaborare con Lei e che, come il sottoscritto, la ricordano sempre con stima e simpatia.
Ancora cordialissimi auguri.

Veridico viaggio intorno ad Aldo

Elzeario Capecchi

professore di lettere, preside emerito del LS Leonardo da Vinci, toscano doc

Scrivere di un amico può essere imbarazzante. Il sincero sentimento d'amicizia infatti, portando com'è naturale a mettere in luce pregi e virtù e a tenere in ombra i difetti dell'amico, può costruire un ritratto senza chiaroscuri, con rischio di falsità e di goffaggine.

In Aldo per fortuna (specialmente sua...), come succede nelle personalità non comuni, i difetti sono strettamente connessi con le doti, spesso sono funzionali ad esse, e quindi facilmente perdonabili, talora anche apprezzabili. Del resto, diversamente da molte di quelle personalità, che sapendo di essere tali, non si fanno scrupolo di sbandierare i propri difetti e magari di imporli senza tanti complimenti, Aldo ha l'intelligenza e la modestia di riconoscerli e di sottoporli all'autocritica e all'autoironia.

Un esempio per tutti: si potrebbe criticarlo per come, nella sua vita, ha ripartito il suo tempo, per averne concesso troppo alla professione e agli interessi culturali, rendendo così non facile l'accordo fra i suoi tempi e quelli delle persone, diciamo, normali.

Infatti chi ha familiarità con lui non ha potuto non constatare che la sua giornata è sempre stata "diversa", a cominciare dalla sua durata. Per anni essa si è molto dilatata, al punto di inglobare alcune ore della notte, per far posto ad un'attività intensissima e a più dimensioni.

La parte principale, naturalmente, l'ha avuta l'esercizio della professione. Tutti sanno *come* Aldo ha fatto il medico: con la dedizione e l'onestà di un moderno "medico col calesse" di ottocentesca memoria: avendo un rapporto non burocratico con il paziente, che ha seguito in modo diretto ed integrale, disponendosi sempre nei suoi confronti con un ascolto attento, del corpo e della mente.

Questa esperienza sul campo, che, vissuta in modo così intenso, poteva essere totalmente assorbente, Aldo è riuscito invece a dominarla, interfacciandola coerentemente con una costante riflessione teorica. Attraverso di essa le sue idee sulla professione sono diventate un sistema ricco ed articolato, da esporre e proporre pubblicamente e ai colleghi.

Di qui un altro fronte di impegno da fare entrare nella giornata: un tenace lavoro di comunicazione e di formazione che ha dato luogo alla fondazione dell'Aimc, alle iniziative di aggiornamento, alla Rivista medica, alle molte e varie

pubblicazioni, ecc.: una battaglia delle idee che dura tuttora.

Ce n'era abbastanza per riempire una vita, tenendo conto del dovuto spazio da dare ai normali impegni familiari e sociali. Ma Aldo non poteva rinunciare a trovar posto alle altre sue passioni. Quella politica, per esempio, coltivata con una spiccata consapevolezza civile, in forza della quale il medico non solo è, ovviamente, cittadino, ma è soprattutto un intellettuale operante su un campo fondamentale com'è quello della pubblica salute, e, come tale, importantissimo portatore di diritti e di idee per la vita propria ed altrui.

Questa consapevolezza della missione civile del medico è dunque un terzo, fondante elemento del suo lavoro quotidiano. Ma non è l'ultimo. Finite le ore di luce, quando quasi tutti ripiegano nell'indolente compagnia del teleschermo, Aldo non perde la sua efficienza e passa all'amore successivo, quello che lo terrà ad occhi e mente aperti per buona parte della notte: i libri, la lettura. Non ho mai conosciuto un divoratore di stampa come lui, un lettore senza limiti o preclusioni di discipline o di settori, da quello medico, naturalmente, a quello delle arti, della letteratura, della sociologia...; letture oltretutto funzionali anche alla sua attività di pubblicista, sempre tesa ad evitare l'aridità dello specialismo e la nuda esposizione dei concetti.

Aldo ha del resto buone qualità naturali di scrittore, specialmente nella capacità di elaborare e divulgare le conoscenze valendosi dell'esperienza personale e con un linguaggio che si colorisce spesso di richiami autobiografici. Non a caso, quanto a questi ultimi, mi sento di raccomandare gli scritti di ricordi, presenti anch'essi nella sua ricca bibliografia.

Il viaggio intorno ad Aldo che mi sono ripromesso di fare potrebbe (dovrebbe) includere altri aspetti della sua identità, aspetti che la frequentazione di amico mi ha reso amabili e familiari. C'è per esempio un Aldo "privato" che l'amicizia mi ha permesso di apprezzare, un Aldo apparentemente "leggero", tanto più gradevole perché convive benissimo con la serietà degli impegni che gli hanno guadagnato quella stima che lo ha portato, com'è noto, a ricoprire ruoli di notevole rilevanza pubblica, anche nazionale.

Aldo è infatti l'amico con il quale la conversazione è insieme piacevole e profonda, è premuroso e disponibile nel rapporto personale, è il compagno a cui si riconosce con naturalezza il ruolo di caposquadra, perché è quello più autorevole, il più fattivo, il più capace di calma e di guida nei problemi degli altri. Colpisce la semplicità e la mancanza di sussiego con cui parla della sua vita, del suo impegno e dei suoi meriti. Negli anni più recenti i suoi interessi si sono concentrati sui problemi connessi con la deontologia del medico, in particolare in rapporto con la fine della vita, tema oggi, come si sa, particolarmente scottante. Naturalmente Aldo partecipa al dibattito, e nella durissima polemica fra le parti che lo caratterizza è, io credo, la personalità che meglio incarna la saggezza, l'equilibrio, la distanza dalla faziosità e dall'ideologia, e che con paziente, dialogante ostinazione continua la sua docenza in tutta Italia, nei convegni e con gli scritti. Ebbene, anche in questo più recente impegno non dà alcuna enfasi alla sua non lieve fatica, né mostra alcun atteggiamento d'orgoglio, an-

zi, come al solito, parla sì con passione dei suoi convincimenti, riferisce l'asprezza dei contrasti, ma, contemporaneamente, è capace di prendere le distanze dall'andamento della vicenda.

Saggiamente è sicuro che il tempo gli darà ragione, e, quanto al suo ruolo, alla quantità di energie che spende personalmente, dice con perfetto, umoristico understatement: "io mi diverto!".

Ad multos annos, dunque, caro Aldo, e buon divertimento! Dal tuo Elzeario

Presidente Fnomceo e amico

Salvatore (Toti) Amato

Presidente OMCeO Palermo, Consulta deontologica nazionale

La prima volta che incontrai Aldo Pagni fu in occasione di un Consiglio nazionale alla fine del 1992, anno in cui Eolo Parodi si dimetteva dalla presidenza FNOMCeO per passare all'Enpam e si proponeva la candidatura di Aldo per la presidenza della Federazione.

Conoscevo solo la fama e il nome di Pagni, perché provenendo da un altro mondo poco ordinistico e sindacale, quello universitario, non avevo dimestichezza con l'ambiente di cui sarei stato cittadino per 20 anni. Con il rinnovo dei consigli provinciali fui eletto alla presidenza dell'Ordine di Palermo e i colleghi presidenti degli Ordini siciliani mi proposero quale componente del nuovo comitato centrale che vedeva la presidenza Pagni, fu così che iniziò una frequentazione più assidua con Aldo.

Non conoscendo a fondo il nuovo ambiente lavorativo, l'unico mio riferimento era il presidente che, penso e spero, cominciò ad apprezzare le mie idee come anche a conoscere la mia riservatezza e la scarsa loquacità negli interventi di cui invece i miei colleghi di banco spesso "ridondavano", riducendo i loro discorsi ad un florilegio incomprensibile (almeno per me).

Aldo comprese il mio modo di essere e di fare e mi supportò da grande amico influenzando in diverse occasioni nell'operato che negli anni sviluppai nella mia attività ordinistica. Sull'argomento delle medicine non convenzionali, ad esempio, nonostante le sue convinzioni fossero diverse dalle mie, Aldo mi sostenne nel portare avanti ciò in cui credevo. La tematica, un tempo considerata quasi eversiva, negli anni ha avuto la giusta attenzione. Fu tra i pochi a sostenere le mie idee sulla conduzione del lavoro e, come me, era consapevole della fatica che sarebbe stata necessaria non tanto per dare una licenza ad un nuovo orientamento della medicina, ma soprattutto per affrontare con spirito dialogico l'argomento dal punto di vista epistemologico, deontologico e legislativo.

Mi ricordo ancora la coraggiosa scelta di delegarmi presso la commissione delle MNC del Comitato nazionale di Bioetica, allora presieduta da Giovanni Berlinguer e dopo da Bruno Silvestrini, con Giovanni Federspil e tanti altri che,

probabilmente, non mi vedevano proprio di “buon occhio” e mi avrebbero “allontanato” di buon grado. Gli “attributi” di Aldo ressero e così si arrivò a quello che poi divenne il documento di Terni che, ancora oggi, resta l’unico punto fermo su questo argomento. Su tale documento manca il mio nome, ma Aldo ne conosce la storia e forse anche le motivazioni. A me basta avere portato a buon fine il compito che mi era stato assegnato dal mio Presidente.

Un tema fondante nella mia esperienza vissuta con Aldo Pagni, presidente della FNOMCeO, riguarda la legalità in sanità, argomento un tempo sentito in particolar modo al Sud ma oggi ricorrente su scala nazionale e che, per tanti aspetti, non sempre ha creato alla mia persona consensi. Ebbene Aldo mi ha sempre incoraggiato a proseguire. Negli anni ’90 si svolse a Palermo il Convegno nazionale sulla cosiddetta malasànità, dove, per la prima volta, i medici si incontravano e si confrontavano con i magistrati. A quel convegno parteciparono per la prima volta magistrati tra cui l’allora sostituto procuratore di Palermo, dott. Giuseppe Pignatone, oggi procuratore a Roma, consiglieri dei CSM, politici e medici, tra cui il prof. Fiori, il prof. Barni, il prof. Fineschi.

Aldo, in quella sede, proponeva la “depenalizzazione dell’imprevedibile” e motivava: “L’imprevedibilità fa parte della nostra professione. Oggi invece, anche per ciò che non è prevedibile, il medico viene indagato”.

Sempre a Palermo riuscimmo a portare avanti un altro incontro sulla corretta informazione e cosiddetta malasànità con la partecipazione, questa volta, anche di giornalisti.

Devo ancora all’uomo Aldo Pagni, non più presidente, la vicinanza nella preparazione dell’ultimo convegno nazionale FNOMCeO sul tema della legalità e sanità così come devo tanto all’attuale presidente Amedeo Bianco.

Il Convegno *La Professione medica a tutela della legalità - Gli Ordini, la Magistratura, la Politica. Sua maestà la trasparenza* è stato lo scenario di differenti approcci: professionale, giurisprudenziale, etico, politico e penale. I colleghi presidenti si ricorderanno dei momenti di tensione che si sono verificati durante i lavori, in particolar modo durante l’intervento di Massimo Russo, Assessore alla sanità in Sicilia e magistrato, che ha ricordato come nella sua Regione la scelta di affidare la sanità ad un magistrato sia “stata proprio una risposta a tutti coloro che consideravano inevitabile il connubio tra gestione degli enormi bilanci della sanità regionale e infiltrazioni malavitose”. Nel suo intervento Aldo Pagni, chiedendosi se il codice deontologico abbia valore giuridico, ha domandato ai giuristi presenti la possibilità e l’opportunità di un adeguamento istituzionale alle norme che si sono date i medici italiani, in quanto espressione della nuova realtà medica che professionalmente garantisce la salute dei cittadini italiani. Giuseppe Lumia ha offerto il suo contributo auspicando che gli Ordini siano capaci di superare l’attesa delle decisioni della magistratura e su tale proposta sono giunte le conclusioni del convegno. Ricordo di avere chiuso il sipario del convegno sottolineando l’importanza dello sviluppo di azioni ordinistiche autonome nei confronti di medici il cui comportamento travalica i limiti della legalità e dell’etica: “Non abbiamo paura di muoverci. Anzi: vo-

gliamo far sapere che siamo in movimento”. Con tali espressioni mi rivolgevo a tutto il mondo medico e delle istituzioni per manifestare un sentire che sta diventando fattore comune di tutta la professione medica.

Ancora sul tema di sanità e magistratura, riaffiora nella mia mente un altro episodio che ha cementato il rapporto di stima tra me e Aldo. Erano gli anni del “metodo Di Bella”, e il Presidente veniva accusato in Tribunale di ostacolare il percorso della nuova speranza, forse con l'accusa di difendere interessi di altri. Quella fu la prima volta che vidi Aldo in difficoltà, dinanzi a un magistrato che portava argomentazioni culturalmente censurabili e Lui che cercava di far valere principi etici, deontologici e scientifici.

Alla riunione del Comitato Centrale tenutasi dopo essere stato ascoltato dal magistrato, percepì che qualcosa stava maturando contro, gli mancava il sostegno dei componenti il comitato centrale e l'insofferenza di alcuni durante la Sua relazione su quanto avvenuto mi fece comprendere che la Sua presidenza stava volgendo al termine. Informai Aldo di quanto succedeva e lo incontrai nella sua casa, che era nei pressi del Pantheon, per confermarli la mia fedeltà e ammirazione ma anche facendogli presenti alcuni errori su qualche scelta.

Chi si ricorda di quel periodo e di quella storia sa che Toti Amato non votò la sfiducia al Presidente Pagni, riconoscendo in Lui un elevato valore umano e culturale.

C'è ancora un importante e determinante momento dell'amicizia con Aldo. Fu una Sua visita a Palermo in cui lo accompagnai al Castello della Zisa, baluardo di multi etnicità, di dominazioni arabo-normanne. Fu lì che si parlò tanto della Sicilia come ponte di cultura tra l'Europa e i Paesi del Mediterraneo. Presi a cuore il tema di un dialogo interculturale tra i Paesi del Mediterraneo e dal 2007 ho assunto gli impegni di coordinatore dell'Osservatorio del Mediterraneo e di vicepresidente della Comem con l'obiettivo, tra gli altri, di promuovere il ruolo degli Ordini dei Medici nella gestione della professione e l'impegno nel miglioramento dei sistemi sanitari con particolare riguardo alle popolazioni che vivono in condizioni sanitarie precarie. Parlare di Aldo può essere facile per alcuni e difficile per altri. Per me è solo passare al filtro della memoria dei momenti salienti vissuti e condivisi con una persona speciale che ha tracciato delle linee direttive nella mia attività di presidente che ancora svolgo.

Testimonianze e ricordi palermitani

Orfeo Notaristefano
giornalista FNOMCeO

Il 12 dicembre del 1999 era di domenica. Alla faccia dell'inverno che imperversava in tutta Italia, a Palermo c'era sole battente e cielo terso: buona la temperatura, era quasi una giornata estiva. Sotto un sole così, la

città pareva che ridesse. In giro per Palermo, una domenica mattina, con una guida d'eccezione: il professor Salvatore (Toti) Amato, Presidente dell'OM-CeO del capoluogo siciliano, che, oltre ad essere medico, è un profondo conoscitore della sua città: girare per Palermo con Toti vuol dire conoscere e capire tutto, tanti sono i riferimenti storici e culturali di cui sa parlare, per cui non solo si vede la città, ma la si capisce, perché Toti sa spiegare cose che nemmeno sui libri si leggono. E così, in quella domenica mattina, passiamo a prelevare Aldo Pagni e sua moglie Mariapia Albano, per un rapido giro in città, prima di accompagnarli in aeroporto. Idea! Li portiamo a visitare la Zisa, uno dei monumenti-simbolo di Palermo, un giro all'esterno, e poi all'interno, tutto un po' velocemente, ma ne valeva la pena. Una giornata come quella era proprio giusta per andare alla Zisa, dall'arabo "al-aziz", la splendente. Un complesso monumentale in costruzione dal 1165 al 1180 e, dopo diverse traversie, definitivamente restaurato nel 1992. L'interno intatto, anche nelle strutture portanti. Si pensi che esistono condotti nei muri delle due torrette laterali per far circolare l'aria e refrigerare tutti gli ambienti. Stupefacente: una sorta di impianto di aria condizionata naturale, pensato 800 anni fa. Aldo Pagni e la moglie, persone di cultura, hanno molto apprezzato l'incursione. Non si può andare a Palermo e non vedere la Zisa, ma, in verità, non si può andare a Palermo e non vedere tutta Palermo.

Da piazza Politeama a Ballarò

Per andare alla Zisa, decidiamo con Toti di fare un giro "strategico" in macchina, passando per i punti più significativi della città: percorriamo via Roma, passiamo per piazza Politeama, giù per via Ruggero Settimo, attraversiamo via Mariano Stabile, poi corso Vittorio Emanuele, i quattro Canti, sfioriamo così il Teatro Massimo, passiamo davanti al Teatro Biondo e via, verso la Zisa. Tante immagini, tanti flash della città che nel tempo ha unito in sé culture, tradizioni, usanze diverse, se solo si pensa all'immensità della Cattedrale (costruita su un santuario cimiteriale in età paleocristiana, prima Basilica, poi Moschea, quindi Cattedrale cristiana, è un esempio unico di stratificazioni costruttive, di storie, di religioni) o all'imponenza del Palazzo dei Normanni, attuale sede dell'Assemblea Regionale Siciliana. Aldo Pagni e la moglie osservano tutto, con attenzione, con curiosità: è come se in così poco tempo volessero riuscire a memorizzare il più possibile, catturare tutte le immagini che con quel breve viaggio abbiamo voluto regalare loro: abbiamo visto da lontano la Vucciria e poi Ballarò, il più antico mercato di Palermo.

Transitare per lo svincolo di Capaci

Ma non ci fu solo questo, quella mattina. Dopo la Zisa, siamo "scesi" verso viale della Regione Siciliana per immetterci sull'autostrada Palermo-Trapani, che a un certo punto ha la deviazione per l'aeroporto. L'autostrada fa vedere sulla sinistra campagne e colline, a un certo punto si vede l'ospedale "Cervello", sulla destra il mare. Per un lungo tratto, l'autostrada costeggia il mare. Vediamo

insieme Sferracavallo, l'Isola delle Femmine, e, poi, gruppo alla gola, lo svincolo di Capaci. Non posso non condividere con Toti, con Aldo e Mariapia il ricordo della strage che, il 23 maggio 1992, sette anni prima, eliminò Giovanni Falcone, la moglie Francesca Morvillo e gli uomini della scorta Vito Schifani, Rocco Di Cillio e Antonino Montinaro. Inevitabile pensarci quando si transita per Capaci. Come pure è inevitabile passare dalle parti di via Mariano D'Amelio e non pensare a Paolo Borsellino.

L'aeroporto internazionale di Palermo, grazie all'iniziativa di uomini di buona volontà, non si chiama più Punta Raisi, ma è intitolato a Falcone e Borsellino, per ricordare all'Italia e al mondo che in Sicilia esiste sì la mafia, ma anche l'Antimafia. Un simbolo che non è sufficiente, ovviamente, per battere le mafie, ma anche i simboli hanno la loro importanza, rappresentano il valore della memoria.

Toghe e camici bianchi a confronto

Davanti all'aeroporto di fronte al mare, intitolato a due magistrati che hanno dato l'esempio nella lotta a cosa nostra, ci viene da pensare al giorno prima, all'11 dicembre di quell'anno. Perché? Perché, per la prima volta in Italia, si tenne a Palermo, all'Astoria Palace Hotel, il primo convegno nazionale, promosso dall'Ordine di Palermo con la FNOMCeO, sul tema *Magistrati e Medici*, un confronto di cui si sentiva l'esigenza per mettere faccia a faccia toghe e camici bianchi, con la presenza di politici, parlamentari che avevano in quel momento un ruolo di primo piano sia in tema di riforma, che ancora si attende, della Giustizia, sia nel complicato reticolo delle leggi e delle normative che regolano la Sanità in Italia, proprio allora avviata verso il regionalismo al limite del federalismo. Fu un evento memorabile, fortemente sostenuto da Aldo Pagni, Presidente FNOMCeO, dove si cimentarono illustri giuristi come il professor Giovanni Fiandaca e politici, nel rispetto della logica bipartisan, come Nino Lo Presti (allora esponente di AN) e Giuseppe Lumia (allora PDS, attualmente con il Megafono, il movimento di Rosario Crocetta). Ho un ricordo personale vivissimo di quella giornata, di quell'11 dicembre 1999. Sì, perché il 17 novembre dello stesso anno, assieme a un gruppo di amici, avevo costituito l'Associazione "Verso Sud", attualmente network (www.versosud.eu) e proprio quel giorno ottenni l'adesione, in qualità di soci onorari, proprio di Aldo Pagni, di Nino Lo Presti e di Giuseppe Lumia, mentre Toti Amato era stato tra i primi ad aderire, assieme a Ignazio Marino, allora direttore dell'ISMETT di Palermo, quando ancora faceva la spola tra Palermo e Pittsburgh.

La leggenda di Villa Magnisi

Ma i ricordi palermitani con Aldo Pagni non si fermano qui. Sempre in qualità di Presidente FNOMCeO, fu presente infatti, assieme all'allora Ministro Rosy Bindi, proprio all'inaugurazione dell'ISMETT, che si rivelò essere un'esperienza straordinaria: Istituto mediterraneo dei trapianti e terapie ad alta specializzazione, è ancora oggi proprio la struttura che mancava nel Centro-Sud

del Paese. L'ISMETT decollò sotto la guida di Ignazio Marino, che oltre a “vivere” letteralmente, come sua abitudine, in sala operatoria, dimostrò di essere anche un manager a tutto tondo: l'ISMETT divenne così un punto di riferimento nella rete dei trapianti d'organo e nel circuito della ricerca scientifica. Toti Amato è diventato Presidente dell'Ordine di Palermo nel 1994, vincendo le elezioni con una lista davvero nuova per l'epoca e con propositi innovativi nella stessa concezione dell'Ordine: non solo ente ausiliario dello Stato, ma un organismo vivo, legato alla città e ai cittadini della provincia di Palermo, un Ordine capace di dialogare, di segnare la sua presenza attraverso azioni significative. Avvenne così che, girando in macchina per Palermo, una certa mattina, Toti mi portò a vedere una villa settecentesca nel quartiere Pallavicino, sulla strada che va da Palermo a Mondello. Una bella villa abbandonata, in mezzo alle sterpaglie, un luogo mal frequentato da tossicodipendenti e delinquentucoli della cosiddetta microcriminalità cittadina. Nasce nella nostra testa un'idea folle: acquisire la villa abbandonata, ristrutturarla, riqualificare l'area e farla diventare sede dell'Ordine dei Medici di Palermo. Ecco, se si va sul sito www.ordinemedicipa.it si vede l'immagine della sede dell'Ordine: è Villa Magnisi. Quella villa, ex abbandonata, è diventata la sede dell'Ordine. Quella mattina, in macchina, Toti mi diceva: per avviare l'operazione, dobbiamo trovare uno slogan, un'idea. Per approssimazioni successive, ci siamo arrivati nell'arco di pochi minuti: “L'Ordine dei Medici adotta un monumento”, cioè Villa Magnisi. Siamo partiti dallo slogan e poi, passo dopo passo, il risultato è oggi sotto gli occhi di tutti, è stato difficile, da tanti punti di vista, ma quel che conta è che l'Ordine di Palermo ha una sede bellissima, che unisce antico e moderno, l'antica villa ristrutturata e accanto una moderna sede con tanto di centro congressi. “Tutto è possibile per chi crede”, diceva il compianto Don Luigi Verzé e penso che questo motto si adatti a questa storia. Tutto ciò per dire che Aldo Pagni è stato anche a Villa Magnisi, come ci è stato Eolo Parodi, che, da Presidente dell'Enpam, all'epoca, dette una mano consistente per avviare i lavori di ristrutturazione. È stato molto difficile, ma questa storia si può raccontare oggi con il suo lieto fine. C'è una battuta eccezionale in un uno dei film più belli di John Ford, *L'uomo che uccise Liberty Valance*. Con le dovute differenze di epoche storiche e di latitudini, di orientamenti sui punti cardinali, la battuta ci sta: “Qui siamo nel West, dove se la leggenda diventa realtà, vince la leggenda”.

“Malasanità addio. Un Codice etico per Medici e Giornalisti”

Pagni a Palermo vuol dire anche un altro episodio. Due anni dopo l'elezione di Toti Amato a Presidente dell'Ordine, nell'estate del 1996, ci venne in mente di organizzare qualcosa di memorabile per Palermo. Un maxi-convegno, con il sostegno della FNOMCeO, come sempre, un evento aperto alla città. Ci lavorammo parecchio e alla fine il convegno ci fu, nell'inverno del 1996, e fu indimenticabile, con Aldo Pagni sempre presente. Intanto la location: l'Albergo delle Povere in Corso Calatafimi, con una sala convegni adibita ad hoc, in grado di ospitare mille persone. E poi il tema, tutt'ora di grande attualità: *Mala-*

sanità addio! Un Codice etico per Medici e Giornalisti. Oltre a Pagni, intervennero il professor Franco Cuccurullo, allora Preside della Facoltà di Medicina e poi Rettore dell'Università "Gabriele d'Annunzio" di Chieti-Pescara, e Luciano Cattani, allora Presidente della Pfizer Italiana. Parliamo di 17 anni fa, ma se il ricordo è ancora così vivo, un motivo ci sarà pure. Il motivo forse risiede in una grande voglia di fare, di porre al centro del dibattito politico e ordinistico un tema cruciale come quello dell'informazione in campo sanitario e medico, un tema che negli anni successivi si è imposto in maniera sempre mutevole, specialmente con l'avvento e l'espansione di Internet. Ma, pensare che nel lontano 1996, a Palermo, si svilupparono riflessioni tutt'ora attuali, un po' fa venire i brividi. E ci fa pensare che di strada da fare ancora ne abbiamo davanti.

Legalità. Sua Maestà la Trasparenza

Faccio un altro salto con la memoria, dal 1996 al 2011, 8 luglio, un giorno di caldo asfissiante a Palermo, quando, sempre su iniziativa dell'Ordine, assieme alla FNOMCeO, si tenne l'evento *La Professione medica a tutela della legalità. Gli Ordini, la Magistratura, la Politica. Sua Maestà la Trasparenza*, presso la Società Siciliana di Storia Patria, in piazza san Domenico. Tutti presenti, impossibile citare tutti, ovviamente c'era l'attuale Presidente FNOMCeO Amedeo Bianco, di nuovo Giovanni Fiandaca, un parlamentare europeo, Salvatore Iacolino e un senatore, Giuseppe Lumia, oltre a Giuseppe Pignatone, allora Capo della Procura di Palermo, oggi di Roma. In quella sede, Aldo Pagni tenne una relazione significativa: "Ma il Codice deontologico dei medici può avere valore giuridico?". Ricordo di aver coordinato questo evento, anzi, era mio anche il titolo. Ricordo che c'era una grande tensione, perché il tema trattato, a Palermo, era di quelli cosiddetti "sensibili", che investivano proprio il modo stesso di essere della professione medica e della magistratura, in terra fortemente condizionata dalla mafia. Ricordo che fu un evento memorabile, di straordinaria importanza, che, in particolare, il Presidente Bianco caratterizzò molto sul concetto della trasparenza, mentre per tutti era chiaro un principio: la legalità non è un optional.

L'inferno è una Palermo senza le pasticcerie. Ma non si può "Dimenticare Palermo"

Ecco, spazio in questi ricordi palermitani pensando ad Aldo Pagni che, come Presidente FNOMCeO e quindi come Presidente onorario, ha attraversato lo stivale in lungo e in largo, in convegni, eventi, tavole rotonde, è stato ovunque ed è conosciuto ovunque. Non c'è un luogo dove Pagni ha parlato dove non ci sia qualcuno che lo ricordi e possa parlare di lui. Personalmente l'ho seguito anche in altri luoghi e a Roma, ma, dato che preferisco parlare delle cose che conosco bene e nelle quali ho partecipato direttamente, o perché l'ho ideate o perché ero lì per dovere d'ufficio, ho voluto concentrare i ricordi proprio su Palermo, perché negli episodi che ho citato, Pagni è stato sempre protagonista ed io ero lì, tutte quelle volte, perché dovevo essere proprio lì e non potevo essere

da un'altra parte. Ho voluto chiamare questo articolo testimonianze e ricordi palermitani perché penso che, come me, come Toti Amato, anche Aldo e Mariapia, ricordano tutto questo, che fa bene alla nostra memoria collettiva e condivisa. Mi viene in mente una citazione dal libro di Dacia Maraini *La lunga vita di Marianna Ucrìa*. È così: "Ho conosciuto l'inferno e so cos'è". Cos'è?. "L'inferno è una Palermo senza le pasticcerie". Infine, sapete perché ho ripensato a tutto questo? Perché, citando un film-capolavoro di Francesco Rosi, non si può, non è possibile "Dimenticare Palermo".

Aldo Pagni e la triaca

Eva Antoniotti
giornalista

Pubblico di seguito un mio articolo, apparso per la prima volta su *la Professione* nel febbraio 2000. È un omaggio ad Aldo Pagni alla maniera dei volumi accademici, ovvero degli "studi in onore di", visto che a "commissionarmelo" fu proprio lui, fornendomi anche una straordinaria quantità di materiali dai quali avviare le ricerche per realizzarlo.

Erano i primi numeri della nuova rivista della Federazione che Pagni, da presidente, aveva voluto far rinascere, superando la formula di un bollettino professionale, arido e cronachistico, per disegnare invece uno strumento che avesse l'obiettivo ambizioso di fornire ai medici stimoli culturali ad ampio raggio. La scelta non è quindi legata al valore del mio scritto, che anzi denuncia alla lettura a distanza qualche impaccio da principiante, ma piuttosto al fatto che esso è testimonianza di due aspetti importanti della multiforme personalità di Pagni: l'attenzione alle persone e alle loro peculiarità (mi avvicinavo allora al giornalismo, ma avevo alle spalle studi di ricerca storico-letterari) e il suo costante impegno a far sì che la professione medica arricchisse il proprio bagaglio di conoscenze umanistiche, e quindi storiche, filosofiche e letterarie, allontanando il rischio di ridursi a pura competenza tecnica, perdendo l'anima stessa dell'arte medica.

Un obiettivo che, pur con molti cambiamenti, è stato ripreso anche nella nuova versione della rivista della Fnomceo voluta dal presidente Amedeo Bianco e seguita da Cosimo Nume.

Infine, prendo ancora poche righe, perché questa pubblicazione mi dà l'occasione preziosa di ringraziare Aldo Pagni ora meglio di quanto, per timidezza, non sia stata capace di fare allora.

La Triaca, il principe dei medicamenti

Secondo la tradizione fu Andromaco, il medico di Nerone, ad idearla e a scrivere su di essa un poema in 175 versi elegiaci, "De Theriaca". Se ne occupò poi Galeno, che le dedicò due scritti e che testimonia come Marco Aurelio ne facesse un uso quotidiano, che potremmo definire preventivo: preoccupato di poter essere avvelenato da una congiura di palazzo, l'imperatore si tutelava assumendo ogni giorno una piccola dose di triaca. La triaca, infatti, era innanzi tutto un antidoto per i veleni, come si evince dal suo stesso nome, che rinvia alla radicale greca "ter", che significa proprio bestia velenosa. Da "ter" discende teriaca o triaca o ancora, seguendo una grafia dell'antico volgare italiano, utriaca. Secondo il principio "similia similibus", la triaca utilizzava come ingrediente base la vipera, veleno per eccellenza. Ma accanto a questo essenziale elemento ne conteneva moltissimi altri: oppio, genziana, cannella, scilla, castoreo, rosa, liquirizia, zafferano, marrubio, finocchio, aristolochia, pepe, agarico, mirra, cardo indiano, zenzero, valeriana, centaura, bitume di Giudecca, incenso... L'elenco potrebbe continuare, perché la quantità dei componenti è fattore caratteristico di questo medicamento. Secondo la ricetta di Andromaco occorre 57 ingredienti, ma a questi se ne aggiunsero altri nel corso dei molti secoli in cui la triaca fu utilizzata godendo della più ampia fama. Adalberto Pazzini, in uno scritto degli anni Trenta dedicato a questo argomento, sintetizza così la storia del preparato: "Non mi occuperò nemmeno del nome di triaca, avvertendo solo che esso non indicava un'unica composizione farmaceutica, ma era quasi un nome di specie; si ebbero infatti parecchie triache, tra le quali ricordo la triaca diatesseron di Mesue, composta di soli quattro ingredienti, la triaca del Serenissimo Principe Anbaldino, la triaca benedetta del Quercetano, la triaca chimica venuta in uso nel secolo XVII, la triaca degli egizi, nominata da Pr. Alpino, la triaca del Soldano di Babilonia, ...".

Probabilmente furono proprio i molti elementi, e dunque la lunga e laboriosa preparazione che la triaca richiedeva, a renderla oggetto di particolari attenzioni, tanto che la sua preparazione si trasformò fin dall'antichità in un evento pubblico di grande risonanza, del quale si facevano garanti le autorità politiche. In Venezia la cerimonia di preparazione della triaca avveniva alla presenza dei magistrati e richiedeva molti giorni, giacché si dovevano prima predisporre i singoli componenti, a cominciare dalle vipere provenienti dai Colli Euganei, e infine procedere a mescolare il composto, sempre intervallando l'opera con rinfreschi a base di acqua e limone e pan di Spagna. Gli ordinamenti della città prevedevano pene severe, e anche il rogo, per chi fosse stato scoperto a commerciare preparazioni false e gli speciali esponevano con orgoglio i vasi contenenti la vera triaca e i bacili nei quali facevano mostra di sé i diversi e preziosi componenti.

A Bologna l'evento aveva uguale solennità ma era anche un'occasione di mondanità: la triaca, infatti, veniva preparata nel cortile dell'Archiginnasio, dove i medici si affacciavano in molti sotto la presenza imponente dei busti di Ippocrate e Galeno, mentre dal loggiato il pubblico poteva osservare il loro lavoro e nel contempo chiacchierare, incontrarsi, mostrarsi negli abiti più eleganti come fosse a teatro.

Una preparazione così complessa e laboriosa dava però molti vantaggi: oltre che co-

me antidoto per i veleni, la triaca era utile per mille malanni, dai dolori di testa ai deliri, dalle emorragie ai vermi intestinali, e inoltre manteneva la sua efficacia nel tempo. Galeno scrive che essa ha maggior forza dopo cinque o sei anni dalla sua preparazione e si conserva inalterata per almeno un quarto di secolo; tuttavia, per i mali leggeri, si poteva utilizzare anche una triaca che avesse sessant'anni, indebolita ma ancora efficace.

L'ultima testimonianza storica relativa alla triaca è legata al nome di Ulisse Aldovrandi, il grande medico bolognese vissuto sul finire del Cinquecento e che provocò una sollevazione nel Collegio cittadino dei medici per aver inserito tra i componenti del farmaco anche l'amomo e il costo e per essersi opposto alle richieste del Collegio degli speciali che avrebbero voluto preparare in proprio la triaca. La questione fu risolta solo grazie all'intervento del Papa, che dovette usare tutta la propria autorità in favore dell'Aldovrandi.

*Quanto abbiamo detto finora, i pubblici onori riservati alla triaca e l'intervento delle massime autorità nelle controversie che l'avessero in oggetto, non esclude però che la triaca abbia avuto anche molti fieri oppositori che dubitavano della sua efficacia. Tra questi va citato innanzi tutto Plinio, che nella sua *Naturalis historia* dubitava di tutte quelle misture di cui non fosse possibile spiegare la ragione e l'utilità. Nei secoli successivi, a disprezzare la "venenata" triaca saranno invece tutti quei medici che, seguendo gli insegnamenti di Paracelso, preferiranno seguire gli insegnamenti dell'esperienza, allontanandosi dalla tradizione.*

Mano a mano che avanza la rivoluzione scientifica del Seicento, sia pure con tutte le sue ambiguità, la triaca scompare progressivamente dalla scena della medicina ufficiale e accademica. Dapprima resisterà nelle botteghe dei farmacisti meno onesti, che mettevano da parte tutte le droghe avariate e impossibili da venderci isolatamente, dicendo: "Sarà buona per la triaca!", come testimonia Claude Bernard, che a metà Ottocento imprese una svolta decisiva alla medicina moderna, ma che da ragazzino era stato impiegato come garzone di farmacia. In seguito la triaca resterà appannaggio esclusivo dei ciarlatani, che continuarono a proporla nelle piazze di mercato e nelle campagne fino ad anni recenti, sfruttandone la fama secolare e l'aurea misteriosa assegnatale dalla presenza della vipera, simbolo del male fin dalla cacciata di Adamo ed Eva dal Paradiso terrestre.

(da la Professione, febbraio 2000)

Amici dal dopoguerra

Lido Pelagotti

empose, medico chirurgo, specialista in Endocrinologia e Pediatria

Ho conosciuto Aldo nell'immediato dopoguerra, giocando a calcio, in campetti improvvisati, con palloni d'occasione. Io giocavo nella squadra del rione Ponzano, Aldo giocava in quella del Giardino. I nostri incontri-scontri non avevano niente di ufficiale, la squadra rionale vincitrice si vantava solo del titolo di "Migliore"!

Come calciatore Aldo prometteva bene tanto da sfiorare la prima squadra, quando un osservatore dell'Empoli, che aveva notato questo giovane robusto con spiccate attitudini difensive, lo convinse a giocare nella squadra giovanile.

Aldo si catapultò in questa nuova esperienza che abbandonò poi per motivi di studio.

Per un calciatore di quell'epoca le prospettive di lavoro non garantivano un solido avvenire, mentre il conseguimento di una eventuale laurea favoriva un più sicuro futuro. Frequentavamo lo stesso Liceo, non la stessa classe. Aldo più grande di qualche mese rispetto a me, aveva iniziato gli studi a cinque anni.

Non mancavano le occasioni per incontrarci, conoscersi e capire come il tempo e gli eventi plasmassero la personalità di ciascuno di noi.

L'amico appariva maturo rispetto ai più, destava meraviglia il suo bagaglio culturale, umanistico in particolare, la sua attitudine a confrontarsi anche con i docenti, se necessario. Si fece carico di affrontare la professoressa di matematica che non riusciva a comunicare con noi giovani tanto era rigida, bigotta, imbevuta di una ideologia cara al precedente regime.

Entrambi ci siamo laureati a Pisa: eravamo gli unici empolesi a frequentare l'ateneo pisano.

Aldo mi precedeva negli studi medici, e si laureò con un tempismo perfetto. Io approfittavo della nostra amicizia anche per suggerimenti e indicazione pratiche.

Quando poi avevo difficoltà ad acquistare trattati o dispense, generosamente mi metteva a disposizione i suoi, senza la minima esitazione.

Ero un pendolare e per incontrarlo mi dovevo recare dove alloggiava: un giorno notai sul tavolo la foto di una giovinetta con due occhi vivi e pungenti, capelli cortissimi tanto da esser, al momento, scambiata per un maschietto. Feci, così la conoscenza di Mariapia, che sarebbe diventata sua moglie. Al loro matrimonio, anni dopo, avrei partecipato come testimone.

Appena laureato lo accompagnavo durante le visite domiciliari: parlavamo di sintomi, esami, diagnosi e terapia. Con Aldo avevo il mio tutor.

Terminata la giornata lavorativa ci ritrovavamo. Spesso ci accompagnavano due medici anziani (uno era il rappresentante sindacale dei medici locali), passeggiavamo anche per ore, parlando di politica, di finanza, soprattutto di medici-

na. Anche in quel periodo, l'inizio degli anni Sessanta vi era tanta incertezza, tanta violenza. Eravamo interessati alle prospettive di un nuovo sindacalismo che prendeva corpo a Firenze, con connotati prevalentemente economici.

C'era la necessità di medici giovani pronti a sacrificare ore di riposo per recarsi al sindacato e ritornare sul territorio con le nuove proposte. Aldo, con la generosità e capacità che lo distinguono, intraprese questa strada tanto da bruciare le tappe per arrivare, come tutti sappiamo, ai vertici.

Sosteneva che il medico di famiglia era il fulcro di una nuova medicina: non doveva rimanere isolato nel proprio ambulatorio (bottega diceva) doveva aprirsi alle nuove esigenze, qualificarsi appropriandosi di competenze non più delegabili ad altri.

Ha fondato con questa passione la Simg, braccio culturale della Fimmg. Spesso un affettuoso rimprovero mi fa capire quanto avrebbe fatto piacere ad Aldo coinvolgermi nel suo progetto: non ho voluto, saputo, e me ne dolgo ancora dopo decenni.

Aldo, dopo aver lasciato la pratica medica, continua con impegno il suo cammino di intellettuale, con l'entusiasmo ed il disinteresse che lo ha sempre distinto.

È l'*amico* per il quale provo profondo affetto e stima, mi piace per la sua leggerezza, senza risentimenti, mi piace stare ore con lui, conoscere in anteprima i suoi elaborati, affrontare ancora problematiche sociali, politiche, antropologiche.

Quasi cinquant'anni

Luciano Baldacci

medico di medicina generale, responsabile della formazione SIMG

Quando Maria Pia mi ha parlato di questa iniziativa per festeggiare gli ottanta anni del mio caro amico Aldo Pagni, mi è subito sembrata una cosa bellissima ma, soprattutto, importante e doverosa per chi in tutti questi anni ha contribuito in maniera determinante alla crescita della professione medica in generale e di quella della medicina generale in particolare.

Al tempo stesso ho provato, inizialmente, un po' di disagio quando Maria Pia mi ha spiegato che il progetto consisteva nel festeggiare Aldo presentandogli, a sorpresa, un libro nel quale molti dei suoi amici avrebbero parlato della loro amicizia e dei loro rapporti, professionali e non, con lui.

Disagio, in quanto anche io avrei dovuto scrivere di questa nostra amicizia, quasi cinquantennale, costringendomi a concentrarmi sul passato, cosa che per mia personale disposizione d'animo e mentale non ho mai pensato di fare in tutta la mia vita, convinto di dovermi sempre concentrare sul presente e sul futuro

senza dare importanza o ripensare al passato.

Fra le tante doti che invidio al mio carissimo amico c'è quella di saper ricordare perfettamente tutte le vicende del suo passato collegandole magistralmente alla storia della società e della medicina degli ultimi 50 anni. A questo proposito non posso non ricordare il suo libro *Un medico di famiglia nel teatro* della vita proprio per la ricchezza delle descrizioni e dei ricordi e per la dimostrazione della sua immensa passione per la cultura e per la letteratura. Mi ha molto colpito una sua frase nella presentazione: "senza memoria del passato non si comprende il presente e non si progetta il futuro" mentre, a torto, ho sempre pensato che non fosse così importante soffermarsi sul passato.

Ma tant'è. Ora anch'io dovrò rovistare nel passato sperando di ricordare le molte occasioni e circostanze importanti della nostra amicizia.

Cominciamo subito col dire che la mia conoscenza e frequentazione con Aldo è legata ad una situazione casuale, non prevista, che ha forse modificato profondamente anche la mia vita professionale.

Quando mi sono laureato nel 1961 ero interno ad Anatomia patologica diretta dal prof. Costa e la mia aspirazione, comune a molti miei compagni di università, era quella di conseguire la docenza e rimanere nell'università, magari nel campo dell'insegnamento che, come vedremo più avanti, è sempre stato il mio "pallino".

Purtroppo mio padre era molto malato (morirà dopo pochi anni ancora in giovane età, lasciando mia madre con un altro figlio di 14 anni più giovane di me) ed io capii che non avrei potuto permettermi di raggiungere l'obiettivo che mi ero prefissato ma che avrei dovuto cercare di inserirmi subito nel mondo del lavoro.

Fu così che nel febbraio del 1963, dopo uno sposalizio anticipato rispetto al previsto e ferie di nozze di appena una settimana, con mia moglie Gianna ci siamo trasferiti ad Empoli per lavorare nella Casa di Cura Leonardo che era stata ideata e progettata dal prof. Cipriani, il quale mi aveva aiutato nella tesi di laurea sperimentale che mi aveva permesso di prendere quel benedetto 110 e lode che speravo mi servisse nella carriera universitaria.

In questa struttura, subito fuori Empoli, ho lavorato come anestesista e come cardiologo per circa 25 anni prima di dedicarmi interamente alla professione di medico di medicina generale.

È quindi soltanto in virtù di questo mio inaspettato trasferimento a Empoli che ho potuto conoscere Aldo Pagni, altrimenti le nostre vite difficilmente si sarebbero incontrate.

A onor del vero, devo ammettere che all'inizio i nostri rapporti furono tutt'altro che amichevoli in quanto Aldo, già allora riconosciuto rappresentante sindacale dei medici di famiglia empolesi, cercò di ostacolare i miei tentativi di intraprendere la carriera di medico di famiglia pur continuando a lavorare in Casa di Cura.

In effetti ero un "intruso" che avrebbe potuto approfittare del lavoro in Casa di Cura, dove affluivano, appunto, anche i pazienti dei medici empolesi, per

farmi una mia clientela.

Mi ricordo di una lite verbale molto accesa, quando Aldo stava riaccompagnandomi a casa con la sua macchina dopo una anestesia per un raschiamento fatta a domicilio di una sua paziente (allora usava anche questo!). Alla fine della discussione nessuno dei due avrebbe scommesso una lira sulla nostra futura amicizia tanto distanti rimanevano le nostre posizioni.

Poi, come spesso succede, è stato il trascorrere del tempo a favorire la soluzione ed ho cominciato anch'io a lavorare come medico di famiglia e aprire un ambulatorio. Intanto i rapporti fra le nostre famiglie, allietate, in pochi anni, dalla nascita delle sue due figlie, Ilaria e Valentina, e dei miei, Francesca ed Andrea, si facevano sempre più stretti, quasi parentali, tanto da condividere le ferie nelle stesse case estive prese in affitto e, in seguito, in due appartamenti attigui in un residence che avevamo acquistato insieme ad alcuni medici fiorentini, comuni amici.

Gli anni passano in fretta ed arriviamo al 1982 quando mi ritrovai nel gruppo di medici che a Firenze fondarono la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) dando così l'occasione di condividere con Aldo tanti viaggi a Firenze e tante occasioni di dialoghi e discussioni ed anche una svolta ed un impulso alla mia vita extra professionale, come vedremo in seguito.

La SIMG è nata perché la medicina italiana stava attraversando una profonda crisi di visibilità, riconoscibilità, credibilità e competitività che, invece, erano state raggiunte in gran parte d'Europa, continuando ad essere esercitata in una posizione di "subalternità" rispetto a quella ospedaliera ed universitaria. Tutto questo nonostante il ruolo di centralità riconosciute dal Ssn. Ne era un segno assai significativo la stessa definizione di "medico di base". La medicina generale era stata da poco definita come "area specifica" attraverso leggi e contratti ma mancava di una precisa definizione di ruolo. Non erano ancora del tutto chiari quali fossero i suoi elementi costitutivi e non c'era ancora consapevolezza nella stessa classe medica generale della medicina generale come disciplina autonoma e peculiare. Non era ancora del tutto evidente che la medicina generale avesse in sé elementi specifici che la rendevano una disciplina a se stante come il rapporto di fiducia, la relazione protratta nel tempo, l'approccio orientato alla persona.

Lo scopo della nascita della SIMG fu proprio quello di fornire ai medici generali consapevolezza e strumenti per poter affermare tale peculiarità, specificità e importanza nell'ambito del sistema sanitario italiano. Lo strumento che venne ritenuto il più idoneo per raggiungere questi obiettivi fu la formazione, sia complementare che permanente, come strumento di indirizzo strategico che partisse dai bisogni professionali per tradurli in prestazioni precise. Si pensò ad un progetto formativo che non ragionasse soltanto in termini di "corsi e seminari" ma divenisse un processo capace di collegare i suoi quattro elementi fondamentali: l'analisi dei bisogni, la progettazione, la realizzazione e la valutazione. Insomma un vero e proprio "strumento di governo strategico" della professione, uno strumento di qualificazione professionale ma anche uno strumento per affrontare quei cambiamenti di cui la medicina generale aveva bisogno.

In questo ambizioso progetto non posso non riconoscere l'importanza delle idee, delle strategie, dell'entusiasmo dell'amico Aldo in qualità di Presidente della Società scientifica anche se, modestamente, ritengo di aver portato anche io, insieme ad altri illuminati colleghi, un importante contributo in qualità di responsabile del settore formazione e, soprattutto, in qualità di docente dei moltissimi corsi per la formazione degli animatori e dei tutor per la medicina generale svolti in tutta Italia.

Ma non si può non riconoscere all'amico Aldo di aver avuto da sempre ben chiaro quali fossero i reali bisogni della medicina generale di allora e della necessità di un forte cambiamento e di una forte revisione delle strategie professionali. Ma la mia vera ammirazione per Aldo (forse anche con un po' di invidia) è per la sua grande cultura frutto di una passione instancabile per la lettura. Aldo mi ha stimolato, senza farlo apertamente, ad interessarmi di tematiche attinenti l'etica, la bioetica e la deontologia, tematiche poi approfondite quando ho fatto parte del Comitato etico locale della ASL11 di cui attualmente sono il coordinatore.

Devo dire che mi sento in profonda sintonia con il mio carissimo amico in tutto, anche in politica. Forse l'unica cosa che ci divide è la fede calcistica in quanto lui tifa "Juventus" ed io "Viola" e tutti sanno quale sangue scorra fra le due tifoserie. Ma devo riconoscere che anche in questo campo il mio amico ha sempre saputo essere corretto e comprensivo.

Per finire mi sento in obbligo di ringraziare il mio carissimo amico per ciò che ha rappresentato e rappresenta per me anche ora che, dopo il suo trasferimento a Firenze per motivi familiari, ci vediamo meno spesso ma i nostri incontri, anche se diradati, con gli amici fiorentini sono sempre fonte di discussioni interessanti e costruttive.

ABC per Aldo Pagni

Roberta Chersevani

presidente OMCeO Gorizia, coordinatrice della Consulta deontologica nazionale

Ho accettato volentieri di partecipare a questo volume per festeggiare un compleanno importante per Aldo Pagni. Ho accettato, d'istinto, come faccio sempre, con entusiasmo, dimenticando che poi, al *redde rationem*, mi chiedo sempre perché l'ho fatto. Ho accettato senza conoscere gli altri partecipanti, e tanto meno i temi trattati, e questo può essere una complicazione. Ho accettato sapendo che Pia ne era contenta, e questo può già bastare.

Cosa scrivere?

Partendo dall'elenco di alcuni spunti di commento mi è venuta l'idea di un ABC, su argomenti vari, non necessariamente dotti. Non voglio fare una celebrazione, né un panegirico, ma partecipare a una festa.

Si usa dire "facile come l'alfabeto". Ci provo.

A come

Aldo. In origine non era un nome proprio, bensì il diminutivo di altri nomi, poi caduti in disuso, come Boroaldo, Teobaldo, Grimoaldo, eccetera. Deriva comunque dal tedesco. Tra i vari significati: vigoroso, saggio, esperto, vecchio e bello. L'onomastico si festeggia il 10 gennaio.

Ammirazione. Il primo sentimento che ho provato ascoltandolo, ma non ricordo esattamente quando. Ammirazione per la chiarezza espositiva, per il ragionamento, per la cultura, per la simpatica cadenza toscana.

Animali. Credo sia un tema di cui non abbiamo mai parlato, fatti salvi gli argomenti trattati negli articoli del Codice. Mi riferisco qui ad animali da compagnia.

Atto Medico. Una definizione da lui proposta è la seguente: "L'Atto medico, pur comportando responsabilità civili e penali, non può corrispondere a mansioni giuridicamente codificate, ma è un patto di cura (curare e prendersi cura) basato sulla fiducia reciproca tra il medico e le persone. Esso si costruisce e si rinnova continuamente nella relazione tra chi soffre, e ha il diritto di decidere se curarsi o no, e l'autonomia 'matura' del professionista che non deve rinunciare all'importanza del proprio sapere e delle proprie competenze nell'interesse del malato" (12 giugno 2012). Assolutamente condivisibile.

B come

Bello o meglio belli. Aldo e Pia erano assieme ad un convegno, e l'evento coincideva con il loro anniversario di matrimonio. Ho chiesto di vedere una loro foto di allora. Se belli adesso, chissà come dovevano esserlo allora. Di certo mi accontenteranno.

C come

Consulta. Aldo è tra gli esperti della Consulta Deontologica. Ne è una colonna portante. Avrebbe dovuto esserne il Coordinatore. Mi è stato di grande supporto nelle numerose riunioni che abbiamo condiviso, sempre con una buona, sincera parola di sostegno, soprattutto quando l'ambiente rischiava di diventare un purgatorio. Desidero esprimergli tutta la mia gratitudine.

Curiosità. Intesa come quel gusto di accrescere il proprio sapere, di fare nuove esperienze. Aldo mostra sempre una curiosità intellettuale come interesse generale verso la conoscenza, e credo che ciò sia una delle basi per la sua brillante performance accademica.

D come

Deontologia, troppo scontato. È probabilmente la parola che ha pronunciato e scritto più di tante altre.

Dedizione: alla famiglia, ai Suoi pazienti – quali estensione di una famiglia, alla professione, alle regole gestionali e comportamentali, agli incarichi istituzio-

nali e non, all'aggiornamento che continua tutta la vita, ai principi di libertà. Grazie per l'esempio.

E come

Entusiasmo. I lavori della Consulta mi hanno fatto conoscere non solo un uomo sempre presente, attento, pronto a reagire e a rispondere in modo pacatamente deciso, ma anche una persona entusiasta, con dentro una forza che può rendere i sogni realizzabili. Vorrei che questa caratteristica fosse maggiormente presente tra i nostri colleghi, soprattutto in quelli che ora vivono solo di disagio, insofferenza, monotonia, scarsa partecipazione e voglia di pensione.

F come

Famiglia. Bella, di grande supporto, un clan.

Fede. Non so, non ne abbiamo mai parlato.

FNOMCeO – Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri. Aldo Pagni ne è stato Presidente dal 1996 al 2000. Leggo dall'Archivio di Adnkronos Salute del 18 marzo 1997: "Aldo Pagni è stato confermato all'unanimità alla presidenza della Federazione. Il Presidente ha messo in risalto i diversi fronti su cui saranno impegnati nell'immediato futuro i rappresentanti della professione medica. A cominciare dal rilancio della Federazione, organo ausiliario dello Stato, fortemente impegnata per la riforma della propria legge istitutiva ormai 'datata' e del ruolo del medico quale attore principale sulla scena della sanità italiana". Capisco il sorriso un po' sornione che aleggia sul Suo volto quando parliamo ancora degli stessi incompiuti temi.

G come

Garbo. Di altri tempi, definito come maniera compita e amabile di trattare e comportarsi, con gentilezza e cortesia, un vero Gentleman.

H come

Hobby. Mi devo informare.

Humor. Decisamente sì.

I come

Ilaria. La figlia che ho incontrato ad un Convegno sulla mediazione, Ordinario di Diritto Processuale Civile nella Facoltà di Giurisprudenza di Firenze.

J come

Jasper K.: "L'ideale del rapporto medico-paziente è una relazione tra due persone razionali in cui l'esperto tecnico viene in aiuto del malato". Da: *Il medico nell'età della tecnica*, 1986.

K come

Kos. Alla presentazione della Carta Europea di Etica Medica, da parte del Council

European Ordres Medecin. Tra le rovine del tempio di Esculapio, in una giornata assolata, con il vento che agita la pineta sulla collina, rivivendo per un attimo la professione medica di quel tempo.

L come

Leadership. Nell'aprile 2011 le colleghe dell'Ordine di Firenze hanno organizzato un Convegno su "Leadership in Sanità: interpretazione al femminile, innovazioni, opportunità". A me era stata affidata una relazione sulla definizione di leadership. Aldo era presente, si dimostrò entusiasta della relazione, invitandomi a riscriverla per la rivista Professione, cosa che non ho fatto, e ricordando che il leader è anche uno capace di far sognare.

Lifelong Learning. "Contrariamente ad un passato relativamente recente, nel quale le conoscenze e le competenze di un professionista continuavano ad essere valide per molti anni, oggi il vorticoso progresso scientifico, la frantumazione delle conoscenze e delle competenze iperspecialistiche, l'ingresso pervasivo della tecnologia, e la complessità dell'organizzazione sanitaria obbligano i colleghi ad aggiornarsi nell'arco di tutta la vita" (A. Pagni).

M come

Maestro e Mentore. Aldo è sempre disponibile ad ascoltare prima e a rispondere poi. È un consigliere saggio, competente e motivato, una guida, sempre in punta di piedi, senza eccessi. In tutto questo c'è spazio per la modestia. Non manca la generosità. Qualche tempo fa gli ho chiesto aiuto per una relazione che dovevo preparare; a stretto giro di mail mi sono arrivate due bellissime relazioni scritte e una serie di 115 diapositive. Grazie!

Maurizio Mori, Professore di Bioetica, editor di questo volume, amico di Aldo. Non lo conosco molto, mi domando cosa hanno in comune. Lo scopriremo.

Mutamenti. "I mutamenti in atto nell'interazione comunicativa e nell'agire del medico in questa società, pongono l'urgente necessità di riflettere e di liberarsi dei paradigmi tradizionali, degli schemi di pensiero e del modo di organizzare le idee che per lungo tempo avevano costituito il fondamento della professione e l'avevano rassicurata" (A. Pagni).

N come

Nascita. Aldo nasce a Genova il 30 marzo del 1933. Sono numeri magici anche per chi è indifferente a date o alla intrigante numerologia del 3.

O come

Occhi. Azzurri, cerulei, glaciali, penetranti.

Occhiali. Ricordo un episodio a Torino, durante una riunione della Consulta. Aldo è tornato due volte in camera, per cercare introvabili occhiali. La seconda volta si è scusato, imbarazzato, "erano sul letto". Viva l'onestà! Proporrò un'indagine per generi e generazioni: dove ritrovate i vostri occhiali?

Ozio. Da una mail del 5 giugno 2013 : “in questi giorni di ‘ozio’ mi è venuta l’idea di pubblicare un volume contenente articoli di Autori diversi...”. Credo che Aldo non conosca l’ozio, e che il riposo sia semplicemente passare ad altra attività. Quando parla di momenti di riposo fa spesso riferimento a passeggiate a Le Cascine, il grande parco di Firenze.

P come

Pagni, Paci, Panti. Si riconosce subito chi è poco presente o nuovo alle riunioni della FNOMCeO. Riesce a distinguere tra i tre, così diversi non solo costituzionalmente, ma ne scambia il cognome e chiede lumi. Mi è successo più volte.

Pari Opportunità. La Commissione per lo studio del problema delle donne medico fu istituita in FNOMCeO nel 1995, presidente Danilo Poggiolini. Aldo Pagni era allora membro del Comitato Centrale, e divenuto Presidente la trasformò in Commissione Nazionale FNOMCeO per le pari opportunità, e ciò per liberarla dal paternalismo insito nella prima denominazione. Anche pari opportunità è un termine che non mi piace, e spero che diventi sempre più desueto. Aldo è un convinto sostenitore che le donne medico debbano far sentire di più la loro voce, ed essere maggiormente rappresentate a livello apicale e nei Consigli degli Ordini. Il problema resta complesso per motivi culturali, sociali e di programmazione sanitaria. Le ancora poche colleghe presenti in Federazione sono tutte Sue grandi sostenitrici.

Q come

Qualità dei servizi sanitari. Possiamo condividere la definizione di Donabedian: ”Rapporto tra i miglioramenti di salute ottenuti e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili”. Meno male che nonostante tutto la durata della vita sta aumentando.

R come

Rimpianti. Passando gli anni io mi ritrovo qualche rimpianto in più rispetto a occasioni perdute, cose non fatte. Per esempio mi disturba il non aver mai marinato un’ora di lezione a scuola. E non lo potrò più fare. Caro Aldo, hai mai fatto forza?

S come

Segreto. È davvero incredibile come siamo riusciti a mantenere segreto questo progetto, e per così lungo tempo, chiacchieroni come siamo.

Sileno. “Il Sileno di Alcibiade. Medici, medicina e società”, pubblicato da Edizioni Medico Scientifiche nel 2007. Il volume rappresenta una raccolta di riflessioni critiche offerta a medici e non medici, sui complessi problemi epistemologici, psicosociali, etici, di costume, multietnici, organizzativi ed economici, che gravano sulla sanità sconvolgendone i tradizionali e secolari paradigmi. Aldo Pagni suscita e mantiene vivo un confronto di idee ed un dialogo aperto su questi temi con i colleghi, ma anche con i cittadini, nella ferma convinzione delle necessità ineludibile che medici e malati ritrovino “un’alleanza terapeutica nella fiducia reciproca” che

oggi appare sempre più fragile e sempre più insidiata dal troppo facile ricorso alle aule dei tribunali.

T come

Tecnica e Tecnologia. Credo di poter condividere con Aldo questo pensiero di Martin Heidegger (1889-1976): “Ciò che è inquietante non è che il mondo si trasformi in un completo dominio della tecnica, ma che l’uomo non sia affatto preparato a questo radicale mutamento e, ancor peggio, che non sappia, attraverso la riflessione, confrontarsi con ciò che sta emergendo nella nostra epoca”.

U come

Umanità. Caratteristica che ogni medico deve avere nel cuore, per aiutare.

V come

Valentina. L’altra figlia che non conosco e che spero di incontrare. Anche nella mia famiglia ci sono due sorelle.

W come

Wagneriano. Speriamo che la musica di Wagner piaccia anche a Pagni, altrimenti ci restano i wurstel.

X come

X. Dal Sabatini Coletti: sconosciuto, ignoto, che non si vuole nominare. Non è pertinente.

Y come

Yachtsman. Lo vedrei bene a manovrare una barca a vela nell’affollata gara velica della Barcolana, che ha luogo nel golfo di Trieste, la seconda domenica di ottobre, con una barca non molto grande, magari d’epoca, con lo scafo in legno. Skipper nella vita, skipper in mare.

Z come

Zzz. È sicuramente l’ultimo lemma di qualsiasi dizionario, con franco significato onomatopeico. Alle numerosissime riunioni cui abbiamo partecipato assieme non ho mai colto Aldo in questo atteggiamento, che spesso coinvolge altri.

Spero anche che chi mi legge non stia dormendo e soprattutto che Aldo Pagni mi voglia ancora bene. Farò meglio per il novantesimo.

Lettera

Francesco (Chicco) Alberti

presidente OMCeO Imperia, componente della Consulta deontologica nazionale

Premessa: per prima cosa spiego a Te, Aldo, ed a quelli che si soffermeranno per un istante a leggere questo mio pensiero, le motivazioni per cui Ti invio una "lettera"...!!!

Forse dovrei ricordare che nei nostri scambi epistolari, ahimè non più scritti a mano come si usava fino al ventennio scorso, Tu intitolavi, e tutt'ora intitoli, con il termine "lettera" l'oggetto delle Tue mail, indipendentemente dal contenuto del testo. Da qui l'idea di rivolgermi a Te, una volta anch'io, con una "lettera".

Caro Aldo,

con tutta onestà non posso dire di averTi conosciuto all'epoca della Tua Presidenza, se non come massimo esponente e guida della nostra professione, poiché la mia esperienza di presidente di piccolo Ordine inizia proprio in un periodo triste, che Tu purtroppo ben ricorderai, della storia della nostra Federazione, ovvero nell'anno 2000. In realtà, ebbi modo di incontrarTi ad Imperia nel maggio del 1999, in occasione dell'inaugurazione della nuova sede dell'Ordine. Fu un'occasione particolare perché nessun Presidente della Federazione, a parte un Tuo predecessore, ligure doc, si era mai spinto fino all'estremo ponente ligure, nella così detta Gallia-Cisalpina...!!

Altro motivo, per me un po' triste, per ricordare quella data fu, che durante la cerimonia inaugurale, venne comunicato che l'allora Ministro della Sanità (una donna di ferro...) aveva siglato l'accordo con i sindacati medici decretando, a mio avviso, la fine della professione medica. Pertanto venne revocata la giornata di "protesta", di tutto il mondo medico (Fnomceo compresa), già indetta al Teatro Capranica di Roma per il giorno successivo. Non ebbi parole!

Sicuramente fu per me l'episodio che mi vide maggiormente in disaccordo con la Federazione e, di conseguenza, con il suo presidente!

Dovettero passare circa altri cinque anni prima che le nostre strade si ricongiungessero. Arrivammo quindi ai primi mesi del 2005. Ricordi? Ci incontrammo per la prima volta nella sala riunioni del CC, in Piazza Cola di Rienzo, per discutere sulle tematiche da affrontare in vista del convegno di Sanremo *Un Codice Deontologico Europeo: Utopia o realtà* che si sarebbe svolto nell'aprile dello stesso anno riportando un successo enorme, di cui ancora oggi si parla nelle commissioni mediche europee. Ricordo che provai una sensazione particolare, motivo per me di orgoglio, nel poter accedere nella "sala di regia" della nostra Federazione (oggi a me assai familiare grazie ad una scelta a mio avviso, non meritata, dell'amico Amedeo che mi ha accolto, come è solito dire Lui, fra i suoi "boys").

Mi sembrava di essere il topolino di fronte all'elefante! Nel mio caso però, a differenza dell'epilogo della famosa favola, trovi in Te, grazie alla Tua intelligenza, sensibilità, ed alla tue abilità psicologiche, la fiducia e lo stimolo nel credere e nel perse-

verare in quel progetto al quale solo ben pochi credevano!

Fu l'inizio di un'esperienza bellissima, intensa, che oltre ad arricchirmi culturalmente, mi diede la possibilità di conoscere tanti illustri personaggi del mondo Medico, della Filosofia, del Diritto, della Medicina Legale che appositamente non cito per non incorrere nelle dimenticanze.

Persone con le quali ancor oggi, grazie a quelle occasioni, mantengo un rapporto di amicizia, di reciproca stima e che continuano ad essermi d'aiuto ogni qual volta ne abbia necessità per la mia professione ed il mio ruolo ordinistico.

L'avventura, come ben ricordi, non cessò con lo scemare degli echi del Convegno di cui Tu fosti la "colonna portante" nello sviluppare la famosa *Carta di Sanremo*, ma anzi divenne ancora più avvincente perché vissuta con lo spirito di amicizia alla ricerca di altri interessi, di altre idee che ci portarono all'incontro di Sanremo del 2010, ove definimmo le basi dei principi etici e deontologici della professione in Europa, fino ad arrivare nel giugno 2011 alla Carta di Kos.

Sarebbe riduttivo da parte mia ricordarti solo per l'aiuto e per l'importanza in Italia ed in Europa che il mio Ordine di Imperia ha assunto, grazie ai Tuoi contributi ed a quello di qualche altro sincero amico!

Quante "lettere" (mail) mi hai inviato, alcune di queste ancora le conservo negli archivi informatici, nelle quali cercavi di infondermi il Tuo pensare positivo, spronandomi a manifestare le mie idee, a "non mollare", a scrivere gli articoli su *Professione* che poi regolarmente accettavi trovando negli stessi sempre un certo interesse per la collettività!

E perché non ricordare che fosti la prima persona che interpellai per telefono da Roma, prima di accettare l'incarico in CC nel 2010 appena avutane notizia? Una telefonata "fiume" al termine della quale mi riuscisti a convincere. Alla telefonata seguì una "lettera", che trovai sul computer al mio rientro a Sanremo, nella quale motivavi, con dovizia di particolari, le ragioni per cui dovevo vivere questa nuova esperienza romana! Ancora una volta avevi ragione!!

Come non dimenticare l'assistenza "spirituale", quasi settimanale, durante il periodo di attesa (per me eterno) prima di essere nominato nel mio nuovo incarico dirigenziale in Asl!

Sarebbero ancora tanti gli episodi anche extra istituzionali, alcuni di questi famigliari, che potrei ricordare a sostegno del nostro legame e del ruolo che hai ricoperto e che ancora ricopri come vero Amico!

Quanti momenti, difficili da rendere in uno scritto, in cui hai manifestato il Tuo essere poliedrico, in cui ho apprezzato le Tue capacità di saper dialogare con tutti, di catturare l'attenzione delle persone nello spaziare dalla filosofia all'etica, dalla scienza medica alla deontologia, al diritto. Tutto questo, sempre con quello spirito "toscano" che ti contraddistingue e che fa sì che anche alcuni tuoi "sermoni" risultino meno più difficili.

Caro Aldo, conscio di averTi disturbato abbastanza con i miei ricordi (immagino che se rispondessi a questa mia, inizieresti così: "ma quale disturbo, è un po' che non ci sentiamo, mi fa solo piacere leggergli..."), nel ringraziarti per l'attaccamento che mi manifesti e per la simpatia che nutri per questo lembo

di Liguria, forse anche per il fatto che sei genovese di nascita e che svolgesti parte del servizio di leva ad Albenga ed a Bolzaneto, permettimi di salutarTi in dialetto sanremasco:

Gràssie de tutu chélu che ti hai fau pe mi e per u me Urdine!

Un forte abbraccio anche a Mariapia.

Il contributo di una fan

Maria Antonella Arras

componente della Consulta deontologica nazionale, coordinatrice della Consulta deontologica OMCeO Torino

Era un giorno di febbraio di quest'anno, quando il mio cellulare all'improvviso si mette a squillare... Il numero chiamante è in rubrica, e l'allegria voce di Annarita Frullini, collega di Pescara, vulcanica ispiratrice di idee e di iniziative, risuona nel microfono. Ciao cara Antonella, come stai? Bene Annarita, e tu? Bene... Sai, Antonella, volevo parlarti di un progetto, una cosa: per il compleanno del dr. Aldo Pagni, compirà 80 anni il 30 marzo prossimo, e abbiamo pensato di festeggiarlo con un libro celebrativo...Ma che bella idea!!!, le dico, e cosa pensi possiamo fare? Mah, tu lo conosci bene, come lui fai parte della Consulta Deontologica Nazionale, potresti scrivere un pezzo per il libro, raccontando quello che vuoi....

Il panico, il dubbio, si impadronisce della mia mente. Dopo qualche attimo, riprendo il controllo della parola e rispondo: Beh, sì certo, lo conosco, ma cosa potrei scrivere.... Pensaci, poi ci risentiamo!!! Mi risponde ridendo Annarita. Sei una scrittrice, dopo tutto, no? E allora scrivi. Ciao, fammi sapere, un abbraccio!!! E con un click la voce di Annarita scompare. Oddio, penso, ma come posso scrivere qualcosa di adeguato su Aldo Pagni?? Sul grande, immenso, incommensurabile dr. Aldo Pagni, medico insigne, past president Fnomceo, profondissimo conoscitore dei medici, dei loro pregi ed, ahimè, dei loro difetti, bioeticista, deontologo, formatore, relatore in centinaia di corsi/convegni/seminari sui più diversi argomenti inerenti la professione medica. Vabbeh, lascio decantare la proposta e poi ci penso....

Passano i giorni, e il coraggio di prendere in mano la penna, anzi, il computer, per iniziare a scrivere qualcosa continua a mancare. Qualche settimana dopo, incontro Annarita durante un evento organizzato dalla Fnomceo, e ovviamente si ritorna sull'argomento.

Ciao Annarita.... Ciao Anto, tutto bene??? Ah, sai, il progetto per il libro d'onore del dr. Pagni sta andando avanti, tu hai pensato a qualcosa? Certo, Annarita, ho già in mente delle cose, ti farò avere al più presto una prima bozza...mento spudoratamente. Bene, cara, Anto, recupera anche qualche foto, ci potrebbero

essere utili... Beh, le foto effettivamente sono più facili da recuperare che un'idea utile per un contributo scritto: ne avevo scattate diverse ad Aldo, in molteplici occasioni, incontri della Consulta Deontologica della Fnomceo, o durante convegni su temi etici o deontologici. Avevamo parlato a lungo, in particolare di un progetto formativo che volevamo proporre a tutti gli Ordini italiani, sulla comunicazione e la relazione, e l'importanza che assume nella Medicina un corretto rapporto medico-paziente. Si era anche autonomamente costituito un gruppo di componenti della Consulta Deontologica per la strutturazione del progetto formativo: Rita Nonnis, Sara Patuzzo, la sottoscritta e naturalmente Aldo, che su tali argomenti si è sempre speso con grande energia. Aldo era contento del lavoro che stavamo svolgendo, diceva che preferiva lavorare con le donne perché sono più concrete ed efficaci degli uomini, e aveva inviato a ognuna di noi, per posta non fidandosi troppo degli strumenti informatici, abbondante materiale preliminare, in massima parte costituito da suoi precedenti articoli o relazioni a convegni. Avevamo ipotizzato anche il titolo, *Essere medico oggi: la relazione come strumento di cura*, e iniziato a strutturare il corso: Aldo si sarebbe occupato della parte più tradizionale (il "quaderno di approfondimento", cioè il testo-base del corso) e noi invece delle schede tematiche, sintetiche per argomento, e dei collegamenti con brani di film e di letteratura, utili a sottolineare gli aspetti principali dei temi da trattare. Al momento il progetto è stato accantonato, vista la necessità per la Consulta Deontologica di occuparsi prioritariamente della predisposizione del nuovo Codice Deontologico, e Aldo in diverse occasioni ha esternato la sua ferma intenzione a riprendere al più presto il lavoro.

Passano i giorni, e ogni tanto via mail Annarita ribadisce l'invito a trasmettere al più presto il contributo, ormai il tempo stringe. Finalmente mi decido, e mi siedo davanti al PC. Per ispirarmi apro una foto di Aldo, e subito i pensieri incominciano a farsi strada nella mente prima, e sul video dopo....

Dunque: so che Aldo si è laureato a Pisa nel '58, è stato medico di famiglia per convinzione e non per ripiego, nell'82 ha fondato la SIMG - Società Italiana di Medicina Generale, è stato Presidente della FNOMCeO dall'87 al '92, ha occupato posti di prestigio in numerose Commissioni ministeriali ed Europee, è un medico quindi che si è impegnato durante tutta la sua vita professionale, continuando ancora oggi, su molteplici aspetti della professione, da quelli più scientifici a quelli più filosofico-relazionali. Già, è vero, Aldo è uno degli ultimi medici *umanisti* rimasti. Ed ecco sorgere nella mia testa alcune domande, che possono servire da traccia per scrivere questo breve contributo.

1) Quali sono le caratteristiche di Aldo Pagni che mi hanno colpito di più?

L'intelligenza innanzi tutto, la profondità dei discorsi, la forza determinata dalla consapevolezza, la grandissima cultura. Ascoltarlo, o leggere i suoi scritti, è davvero un piacere immenso, e fonte inesauribile di conoscenza. Staresti a sentirlo per ore, e ogni volta che rileggi un suo articolo scopri un nuovo aspetto, che merita di essere approfondito. E poi la semplicità, l'umanità e la vastissima competenza, che gli ha consentito di trasformare l'attività di medico in *ars medica*, restituendo a questa professione la profonda dignità e valore che aveva nei tem-

pi passati e che purtroppo ha perso per la strada.

2) **Se fosse un personaggio storico o mitico, chi potrebbe essere?**

Beh, forse Esculapio stesso, o Ippocrate. Aldo è il Medico per definizione, competente, rispettoso della sofferenza altrui ma fermo nelle sue convinzioni, autorevole ma paziente, in una parola un *artista della Medicina*.

3) **E se fosse uno scrittore, chi potrebbe essere?**

Forse Dante Alighieri, e non solo perché li accomuna la terra Toscana: entrambi si occupano di valori morali ed etica, e sono profondi conoscitori dell'animo umano e della storia. Anche Cronin ha dei caratteri che lo accomunano ad Aldo, in particolare l'impegno sociale e il realismo.

4) **Quale personaggio di una favola, o di un romanzo, potrebbe impersonare Aldo?**

Secondo me gli si addice molto il Principe della Bella Addormentata nel bosco: la principessa Aurora, la bella addormentata, rappresenta l'etica, la deontologia, la morale; la strega Malefica che addormenta Aurora con un sortilegio è l'aziendalizzazione della sanità italiana, e il Principe Aldo, armato della possente Spada della Verità e del magico scudo della Virtù, con un bacio d'amore risveglia i valori della professione narcotizzati nel bosco della sanità italiana ed europea! Per quanto riguarda il personaggio da romanzo, invece, Aldo Pagni mi ricorda il dr. Manson della *Cittadella* di Cronin, medico un po' romantico, idealista, molto vicino alla sofferenza dei suoi pazienti.

5) **Il dr. Pagni è una risorsa incommensurabile per gli Ordini e in generale per tutta la Sanità Italiana e non. Quali potrebbero essere i suoi prossimi impegni?**

Io spero davvero che Aldo voglia proseguire con la determinazione e la disponibilità che gli è consueta nella partecipazione agli eventi inerenti l'Etica e la Deontologia in cui lo coinvolge la FNOMCeO e le altre associazioni che si occupano di sanità. Sicuramente vorrà proseguire nella partecipazione alle iniziative inerenti la predisposizione prima, e l'illustrazione poi, del Nuovo Codice di Deontologia Medica. Avevamo parlato anche della predisposizione di un Glossario di Bioetica, magari da inserire come appendice al Nuovo Codice, per approfondire il significato dei termini più complessi o controversi e migliorare quindi la comprensione del testo; inoltre so che vorrebbe riprendere al più presto la predisposizione del Corso FAD *Essere medico oggi*, per concluderlo e metterlo a disposizione di tutti gli Ordini. E poi chissà: il dr. Pagni gode di una forza intellettuale e fisica che spero davvero gli consenta di continuare a svolgere le sue molteplici attività con il ritmo finora sostenuto, e magari di intraprenderne altre...

Caro Aldo, è un privilegio averti conosciuto e un onore partecipare con te alle iniziative della Federazione. Veramente tanti, tantissimi auguri per i tuoi splendidi primi 80 anni, che il Signore (o il Destino, o la Natura... come preferisci!) ti conservi così ancora per moltissimi anni. Prometto che per il Libro d'Onore che la FNOMCeO vorrà dedicarti al compimento dei 100 anni cercherò di predisporre un profilo più esauriente. Un forte abbraccio, grazie per tutto quello che hai fatto e continui a fare per noi medici e per i pazienti.

La tua fan M. Antonella Arras

I Colori di Aldo

Maurizio Grossi

presidente OMCeO Rimini, componente della Consulta deontologica nazionale

Quando mi è stato chiesto di scrivere in libertà un ritratto di Aldo in occasione del suo ottantesimo compleanno ricordandone il lavoro e l'impegno per la professione medica, confesso che ho provato un iniziale timore.

Da pochi anni conosco personalmente Aldo, da quando come presidente dell'ordine di Rimini frequento la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici e partecipo ai lavori della Consulta Deontologica.

Il pur breve tempo è stato però sufficiente per farmi capire come questa bella figura di professionista, dall'accento toscano, dall'aria bonaria e dai tratti signorili, sia in verità una persona con un carattere energetico, dominante, con una autorevolezza indiscussa e nello stesso tempo cordiale, benevolo, schietto.

L'ho potuto capire nelle discussioni interminabili nei lavori preparatori del nuovo codice deontologico, nelle riunioni della federazione nazionale, nelle libere chiacchierate seduti al tavolo di qualche trattoria romana.

Una figura di professionista ricca di successi con un curriculum che mette soggezione: fondatore della Società Italiana di Medicina Generale, Presidente della FNOMCeO, Membro della Commissione nazionale del Farmaco, Membro del Comitato nazionale di Bioetica, Membro del Consiglio Superiore di Sanità, direttore del *Medico d'Italia* e del mensile *Federazione medica*, solo per ricordare alcune tappe del suo percorso .

Tutto questo unito al "bel parlare" di Aldo, alla sua capacità di utilizzare la lingua italiana intervallata da ricercati "toscanismi", mi hanno fatto sentire cosciente dei miei limiti intimorito a scrivere il contributo richiesto.

Non ho aneddoti, non ho lunga frequentazione con il personaggio, non ho lavorato stabilmente con il professionista, con Lui non ho fatto viaggi o partecipato a congressi. Insomma , non ho quella memoria a cui si attinge quando si vuole fare un ritratto e tracciare alcuni aspetti personali.

Ecco allora che voglio immaginarmi di "dipingere" Aldo, come se potessi per una strana alchimia trasformare i tratti qualificativi della persona in colori, sfumature, contrasti di luce. Hanno detto che tra le diverse arti visive la pittura con i suoi colori è quella che maggiormente interpreta l'animo umano. Se dovessi fare un ritratto di Aldo, mettere in luce la sua franchezza intellettuale, il suo grande sapere che va dalla medicina, all'etica, alla filosofia, alla storia , allora utilizzerei tre colori, il blu, il giallo e un poco di rosso. Colori non facili da abbinare ma dalla potenza moltiplicante.

Il blu che richiama la vastità del cielo, la profondità del mare. Che con tutte le sue sfumature è il colore che rimanda alla comprensione, alla tolleranza, alla energia mentale e alla profondità dei sentimenti, tutti aspetti che trovo in Aldo dal primo

giorno che l'ho conosciuto.

Ma il blu è anche il colore della tenerezza e dell'affetto, quei sentimenti che sicuramente Aldo nutre per la famiglia e per la sua Maria Pia, ma che è capace di avere anche verso gli amici e i colleghi che hanno la fortuna di essergli vicini.

Poi l'azzurro, una sfumatura del blu, è il colore della libertà, perché Aldo è un uomo dal pensiero libero. Per lui la conoscenza non è dogmatica ma frutto di una libera ricerca, e la libera ricerca si coniuga con la libertà interpretativa rispetto a canoni precedentemente fissati. Standogli vicino, ascoltando le sue lezioni, e ricordo quelle tenute alla Scuola di Etica Medica di Rimini, si capisce come le sue idee siano frutto dell'osservazione scientifica della realtà e poggino su principi logici. È un "uomo di scienza" con una precisa posizione personale, diversa e distaccata da ideologie o stili di vita preconfezionati.

L'ho sentito affrontare dibattiti su complessi problemi epistemologici, etici, sociali che gravano sulla sanità sconvolgendone i tradizionali paradigmi.

Fortunato chi ascolta una sua lezione, chi può averlo come interlocutore, perché dall'incontro si esce arricchiti, capace com'è di farti vedere la realtà sotto un'angolazione nuova.

Sempre in questo immaginario dipinto utilizzerei anche il giallo. Perché è il colore della luce, del giorno, della attività, della curiosità. È il colore del grano maturo. Aldo è un uomo di una incredibile attività, di infinità curiosità. Nel suo percorso professionale ha ricoperto prestigiosi incarichi nazionali ed internazionali, è stato ed è stimato medico, ha fatto parte di numerose commissioni ministeriali, ha contribuito, in sintesi, alla storia della sanità italiana.

Ogni nuova avventura lo vede entusiasta protagonista. E ben ricordo quando gli parlai della idea di fondare a Rimini una Scuola di Etica Medica. Mi parlò e mi sostenne nel progetto, ammirato che in una piccola città, presso un piccolo ordine professionale si potesse creare un centro per lo studio e la riflessione su temi di così diretta importanza nella vita professionale del medico. E partecipò in prima persona con lezioni che entusiasmarono i presenti e che ancora vengono ricordate per la loro precisione e la loro capacità di far meditare e ripensare su molti temi di bioetica e deontologia.

Ha un entusiasmo che definirei giovanile, perché a dispetto dell'anagrafe Aldo è giovanile, e questo entusiasmo riesce a trasmetterlo agli amici, collaboratori e a quanti gli sono attorno.

Infine nell'immaginario quadro metterei qualche pennellatura di rosso. Perché questo è il colore che evoca il bisogno di agire, rappresenta l'energia vitale, e nella sua sfumatura "porpora" è anche simbolo della autorità.

Aldo non è mai fermo; se lo cerchi per un convegno, una lezione magistrale sai che devi muoverti per tempo perché la sua agenda è sempre piena di appuntamenti. Ma sai anche che difficilmente ti dirà di no, capace come com'è di sistemare sempre tutto.

Ma chi conosce Aldo sa che il rosso è anche il colore della brace della sigaretta perennemente accesa, quella che brucia tra le sue dita tra una riflessione e l'altra, tra un pensiero e un aneddoto, tra un racconto e un ricordo, tra una pietanza e l'altra.

E per quel che conosco di Aldo mi sono fatto l'idea che per lui il fumo non è solo un "vizio" ma un mezzo espressivo, che lo aiuta a trasmettere l'emozione di un'idea, il disagio di un rifiuto, l'inquietudine di una critica, la felicità di un obiettivo raggiunto.

Sicuramente con quest'ultimo sentimento Aldo ha fumato il più gran numero di sigarette. Perché come ho già detto, tanti sono gli obiettivi da lui raggiunti nella vita professionale e familiare.

Un medico, come io sono, dovrebbe dissuadere la persona che ha di fronte dal fumare, dovrebbe aiutarlo a "smettere".

Un amico, come con un po' di presunzione penso di essere per Te, invece ti augura per i tuoi 80 anni di continuare a fumare mille e mille sigarette per esprimere sempre la felicità di tanti obiettivi raggiunti. Infine accetta questo ritratto con la benevolenza che ti è connaturata, anche se riconosco di non essere un buon pittore, è un semplice e sincero regalo di compleanno ed un augurio per i magnifici anni che hai di fronte.

Il giro del mondo

Antonella Agnello

medico, OMCeO Padova, componente della Consulta deontologica nazionale

*Era un uomo che certo aveva percorso il mondo in lungo e largo, se non con il corpo,
quanto meno con lo spirito.*

(Jules Vernes, Il giro del mondo in 80 giorni, 1873)

Sono contenta che mi si dia l'opportunità di esprimere un breve pensiero e un augurio per Aldo Pagni al suo ottantesimo compleanno. Il mio primo incontro con Aldo Pagni risale a circa 12 anni fa, all'inizio del mio impegno ordinistico; successivamente ho avuto modo di conoscerlo sempre meglio, grazie ai miei viaggi a Roma in FNOMCeO accanto al presidente Maurizio Benato e alle numerose altre occasioni congressuali propiziate della FNOMCeO in giro per l'Italia.

Quindi una conoscenza personale relativamente recente, ma Aldo Pagni rende trasparente la sua personalità e il suo pensiero attraverso i numerosi scritti: l'insieme della conoscenza personale e della produzione editoriale mi hanno dato la possibilità di arricchire il mio bagaglio culturale sia come medico che come persona.

In tempi non semplici ha affermato con forza il ruolo della professione medica al servizio della medicina e della sanità, mettendo sempre al centro la visione etico-deontologica a tutela sia del paziente che della dignità e decoro del medico, qualsiasi sia il suo contesto di azione professionale.

Ed a renderlo forte nel preservare l'integrità della medicina ho sempre visto la moglie e compagna di vita, che ho avuto il piacere di conoscere e apprezzare.

Aldo Pagni è ricco di tutti i suoi ottanta anni perché ha sempre perseguito e persegue ancor'oggi, con tenacia e fedeltà, il sogno di una medicina moderna! Ad Aldo, sempre aperto al dialogo tra credenti e non credenti, desidero dedicare come augurio per i suoi 80 anni una preghiera del cardinale Carlo Maria Martini, ormai già da un anno scomparso.

Signore Dio

Mi hai condotto per anni con pazienza e bontà tra molte sorprese e con poche fatiche; ho vissuto giorni di festa e giorni di pianto; ho avuto tanto da fare ed è stato talvolta così spontaneo cedere alla pigrizia che ho finito per dimenticare il perché delle cose e troppo di rado ho trovato l'umiltà e la fede per dirti il mio grazie.

Gli anni che passano mi rendono un poco più saggio e pensoso: aiutami ad amare la vita e a renderti sempre grazie per i giorni che mi regali; aiutami a non arrendermi all'amarezza che critica tutto, all'avidità che s'attacca alle cose, alla tristezza che s'affligge per nulla.

Una persona speciale

Maurizio Agostini

direttore Direzione Tecnico Scientifica Farminindustria

Ci sono delle Persone che “vivono” nella storia; cercano di farlo nel modo migliore, dando un contributo alla società e valorizzando la loro attività professionale. Appartiene a questa categoria di individui la stragrande maggioranza del genere umano. Se dovessimo connotarli in un “set” cinematografico li definiremmo dei buoni attori, utilissimi, ma certamente non i protagonisti.

Ci sono poi coloro che, invece, la storia “la fanno”! Con la forza delle proprie idee, con il coraggio di affrontare ogni giorno una sfida diversa, con l'onestà intellettuale nel difendere importanti principi. Sono loro che lasciano una traccia indelebile nel mondo che li circonda e un prezioso ricordo negli amici che li hanno conosciuti. Bene, Aldo Pagni appartiene certamente a questo gruppo di persone. Ho avuto il piacere di conoscerlo nella metà degli anni '80 e da allora fino ad oggi ho mantenuto un costante rapporto di amicizia.

Ricordo l'entusiasmo con il quale, insieme ad altri colleghi, ha fondato la SIMG, la dedizione e l'impegno per farla crescere e portarla ad essere una delle più importanti società scientifiche nel campo biomedico. Per arrivare poi alla presidenza della FNOMCeO. Visto che anche io sono medico, devo dire con grande sincerità, che sono stato molto orgoglioso di avere Aldo come Presidente.

Di Lui ricordiamo tutti, le relazioni, gli interventi ai dibattiti affrontati sempre con grande forza e determinazione, dove non mancavano mai cultura, educazione, rispetto per i suoi interlocutori. Tutto questo senza mai abbandonare la

sua professione di medico di medicina generale che gli ha permesso di esprimere le sue qualità di professionista serio, competente, aggiornato. Sempre pronto ad aiutare i suoi amatissimi pazienti.

Caro Aldo, sono contento di aver partecipato a questo "Forum" in tuo onore, però permettimi una considerazione finale: è molto difficile raggiungere tutti questi obiettivi senza un po' di fortuna... e anche tu l'hai avuta: si chiama Maria Pia.

Madre e moglie esemplare, compagna di tante battaglie, combattute e vinte in tanti anni vissuti felicemente insieme! A tutti e due vanno i miei complimenti per tutto ciò che avete costruito nei rapporti professionali e personali e soprattutto per l'esempio che avete dato con il vostro comportamento.

Un giovane dottore

Gianna Sostegni

insegnante di lettere in pensione, figlia di Fosco, paziente del dott. Aldo Pagni

Il 1963 fu un anno duro per la mia famiglia. Dopo una lunga influenza, a mio padre fu diagnosticata una forma di leucemia, grave per quei tempi in cui le uniche cure erano il cortisone e le trasfusioni. La malattia si protrasse per quattro anni trascorsi tra casa e ospedale, tra speranza e disperazione quando si leggevano i risultati delle analisi. Dopo il primo ricovero nella clinica medica del Santa Chiara di Pisa, il professore, al momento delle dimissioni, consigliò di contattare, a Empoli, il dottor Aldo Pagni che avrebbe seguito mio padre, Fosco, passo passo tra un miglioramento e una ricaduta. Era un giovane dottore che conquistò subito la fiducia di tutta la famiglia e, soprattutto, quella di Fosco che si affidò completamente a lui e da lui trasse la forza per risollevarsi nei momenti più difficili. Purtroppo, dopo quattro anni, nel gennaio 1967, mio padre non superò l'ultima grave crisi e morì. Mi ricordo, come fosse ora, che il medico dell'ospedale ci consigliò di portare il malato a casa perché ormai non c'era più nulla da fare. Mia madre non voleva che il marito morisse all'ospedale, ma non sapeva come dirglielo perché sarebbe stato confessargli la verità. Allora gli disse: "Fosco, è meglio andare a casa, là c'è il dottor Pagni che saprà come aiutarti e ti darà la cura giusta". Mio padre, pur essendo molto grave e prostrato da un continuo singhiozzo, sentendo il nome del dottor Pagni, riprese forza e, animato da una nuova speranza, rispose: "È vero, torniamo a casa e chiamiamo il dottore". Purtroppo, quando la mattina successiva il dottore arrivò, mio padre era già morto. Il tempo passa, il dolore si attenua, ma la nostra fiducia nel dottor Pagni non è mai venuta meno. Mi ha seguito nei momenti difficili dell'adolescenza, mi ha curato e tranquillizzato ed è stato per me e mia madre un punto fermo e tutte le volte che abbiamo ricordato con amici e conoscenti mio padre, abbiamo

inevitabilmente parlato con riconoscenza del dottor Aldo Pagni, medico esemplare.

Nel corso degli anni ho sempre mantenuto rapporti affettuosi con la famiglia Pagni. Per caso sono venuta a conoscenza del regalo che gli amici stavano preparando per i suoi ottanta anni e ho chiesto alla signora Mariapia, sempre affettuosamente presente nella vita del dottor Aldo, di poter partecipare.

Ho voluto scrivere queste poche righe per ricordare l'affetto e la capacità di affidamento che Aldo Pagni, anche quando era solo un giovane medico, riusciva a suscitare nei suoi pazienti. E ho voluto ricordare mio padre e tutti quei pazienti che nel corso degli anni hanno avuto fiducia nelle capacità umane e nelle competenze tecniche del dottor Aldo Pagni.

Fatemi chiudere con un sentito, corale: grazie dottore...

Heidegger, il web e la colpevolezza del risotto

Walter Gatti

giornalista, direttore portale FNOMCeO

È tutta colpa di un risotto e di Martin, il filosofo di *Sein und zeit*. Ma soprattutto di un bel piatto di riso ai funghi. Chi scrive, il sottoscritto, è un lombardo della bassa Milanese. Sono nato a Lodi, dove le risaie vanno da Cavenago d'Adda verso Pavia e Vigevano, contendendo alla bassa veronese il trofeo di più importante area produttiva italiana. È quel piatto di riso che ha dato il via a riflessioni, ricordi, anticipazioni, provocazioni, ribellioni, suggestioni ed elucubrazioni sul tema "i medici italiani, la comunicazione della salute e il web" di cui il Pagni Aldo, come lo definirebbe Giorgio Gaber (che da milanese ogni tanto metteva il cognome prima del nome, come del caso del Cerutti Gino), è insospettabile eppur efficace profeta e critico (al contempo: due elementi in uno).

Ma all'inizio di questa storia ci sta una domanda: dove sta la gioventù? Nel cappello nero? Nell'energia ginnica? Nella sfrontatezza dei 20anni? Nell'incoscienza dei pericoli affrontati alla James Dean? Nel coraggio di una diagnosi? Oppure di un reportage "pericoloso"? Non occorre scomodare Lorenzo de Medici o Schopenhauer, visto che tra i portatori di cappello argenteo ho trovato persone immense, sensibilità incredibili, testimonianze di culture, valori, esperienze, politiche, responsabilità, socialità. Uno scienziato e ricercatore come Leonardo Santi, presidente emerito del comitato italiano per le biotecnologie, mi ha fatto in alcune interviste ritornare ai tempi in cui, negli anni '50, anche in Italia si muoveva l'interesse verso lo studio del DNA, pochi mesi dopo Watson and Crick. Proprio Santi mi raccontò di come lui dovette (detto sottovoce: ben più di Umberto Veronesi) assumersi l'onore e l'onere di rappresentare in tivù – con Santoro e con Vespa – la posizione della "scienza ufficiale" nei confronti del me-

todo Di Bella, compito ingrato e fastidioso da svolgere davanti alle telecamere entrando nelle case di gente comune che stava attribuendo alle somatostatine un potere miracoloso. Un cantante come Leonard Cohen, l'autore 78enne di canzoni epocali come *Suzanne* e *Hallelujah* che ho avuto la fortuna di intervistare, mi ha raccontato di come ha attraversato il suo tempo dedicandosi allo studio del suo ebraismo familiare, passando poi al buddismo e al cristianesimo. Un sacerdote chiamato Luigi Giussani, scomparso a 82 anni, mi ha mostrato in più di un colloquio come il cristianesimo sia il frutto elementare di un'esperienza più che di una mistica o di una teologia. Quel medico fiorentino chiamato Aldo Pagni mi ha mostrato come l'*ars medica* vissuta sino in fondo, non ha paura dei cambiamenti, della necessità di comunicare, delle trasformazioni tecnologiche, delle diavolerie del web, delle fonti incontrollabili. Tutta gente dai capelli argentati, eppur resi giovanissimi proprio dalle mille esperienze, dalla sete di conoscenza e verità, dalla personalità potente, dalla mancanza di paura nel confronto con il nuovo, con le innovazioni, con i fatti della vita, proprio perché dotati di radici profonde. E questo ci conduce al rapporto tra comunicazione, tecnologie e – appunto – il dottor fiorentino che chiamiamo Aldo Pagni.

La prima volta che ho parlato di comunicazione e tecnologie avanzate con Aldo eravamo a Sanremo. L'occasione era il convegno sulla deontologia medica europea (aprile 2005) proposto dalla Fnomceo e da Francesco Alberti. In margine a un incontro con giornalisti, chiesi a Pagni Aldo se a suo parere l'uso del web avrebbe potuto aiutare i medici di mezza Europa a dialogare tra loro sulle problematiche deontologiche e professionali. Con una certa dose di sorpresa la sua fu una risposta fortemente affermativa: “ma certo – mi disse più o meno – la classe medica non può e non deve stare lontana dai nuovi strumenti di comunicazione”.

In quei giorni non avevo focalizzato che la frequentazione del dottor Pagni con l'ambiente della comunicazione e delle tecnologie era di vecchia data. Lui aveva partecipato ad uno dei primi progetti di cartella clinica del nostro paese mentre trafficava tra Simg, Fimmg e Fnomceo. Ma ancor di più aveva subito e reagito alle vicende della “cura di Bella” prima scontrandosi con il pretore di Maglie, Madaro, poi ponendosi tra i primi firmatari dell'appello *Opinione pubblica e analfabetismo scientifico* (Il Sole24Ore, 28 gennaio 1998), firmato da giornalisti scientifici, medici, docenti universitari, ricercatori. L'appello aveva un impianto ben preciso espresso in questi punti-chiave: “1. Ogni informazione relativa a un problema scientifico deve indicare gli elementi fattuali e le fonti cui si riferisce, favorendo al massimo la distinzione tra esistenza di dati e opinioni. L'informazione non deve confondere la scienza con la fede e le speranze con i fatti, essenza del giornalismo. 2. Il giornalista, non solo scientifico, deve “capire prima di scrivere” e acquisire strumenti di verifica. La qualità dell'informazione non va sacrificata alla “voglia di scoop” o essere usata per alimentare emozioni e illusioni, quando il tema trattato riguarda la salute ed è in gioco la vita di esseri umani. 4. È dovere dei membri della comunità scientifica informare in modo costante e corretto i mass media. Così come spetta al medi-

co, in prima persona, stabilire una comunicazione-informazione, che sia continua e comprensibile nel linguaggio, con il paziente. 8. Meglio puntare sui due cardini del pensiero scientifico: il senso critico (utile per discernere il vero dal falso e per non cedere alla tentazione di credere in ciò che si vorrebbe fosse vero) e la curiosità (che trova alimento nella ricerca scientifica), piuttosto che fare informazione spettacolo”. Il Pagni Aldo da presidente della Fnomceo fu uno dei primi sostenitori di questo appello, che tendeva in un modo preciso a distinguere i fatti scientifici dal sensazionalismo, nell’epoca del caso di Bella come nell’epoca del caso Stamina. Comunicazione, eticità e trasparenza delle informazioni, centralità dell’alleanza terapeutica, informazione digitale: proprio nell’approfondimento della relazioni tra questi temi ho scoperto il lato più interessante del Pagni giovanissimo nonostante il capello bianco. E qui salta fuori il colpevole, ovvero il complice, cioè il risotto di Maria Pia, moglie del citato dottore dalla chioma biancastra.

Una lunga intervista a Pagni, rilasciata per un mio volumetto – *Sanità e Web, come internet ha cambiato il modo di essere medico e malato in Italia* – prese l’avvio nella casa fiorentina del nostro caro medico. Ma s’involò verso cime siderali dopo un pranzo a base di risotto. Prima del pranzo l’intervistatore e l’intervistato si occuparono di schermaglie, di domande e risposte standard, in quella classica fase delle lunghe interviste in cui soprattutto ci si occupa di disegnare la cornice del dialogo, senza ancora delineare l’effettivo soggetto-protagonista. Fu dopo il risotto, a conti fatti non solo perfetto, ma anche stimolante per entrambi (e comunque lo fu per l’intervistatore), che le cose diventarono godibili e di spessore. Fu in quel momento che si entrò a parlare di Karl Jasper e Heidegger, di Tina Anselmi e Max Weber, di MacLuhan e Moliere. Parlavamo di malattia come “fenomeno multidimensionale” prodotto di “differenti interazioni e condizionamenti” e scoprivamo che nella cronologia della comunicazione della salute si era passati dall’epoca della carta a quella della tivù e poi a quella del web. Riportai così una parte di quel dialogo:

“L’alleanza terapeutica, rimasta sostanzialmente salda per secoli, ha iniziato negli anni Ottanta-Novanta a registrare forti segnali di disturbo mediatico e la televisione è stata una delle forti “guastatrici” dell’alleanza tra medico e paziente. Me l’ha ricordato Aldo Pagni, celebre medico toscano fondatore della Società italiana di Medicina generale e presidente della Federazione Nazionale dei Medici dal ‘97 al 2002. “*È noto a tutti i medici di famiglia il fatto che dagli anni Ottanta in poi al lunedì un medico arrivava in studio e quasi per magia s’incollonavano in ambulatorio decine di malati più o meno immaginari: erano i telepazienti*”. Perché al lunedì? Qualcuno si ricorderà che durante il week end la Rai e le altre emittenti televisive proponevano una serie di trasmissioni dedicate alla salute: *Elisir, Tuttobenessere, CheckUp (20), Più sani più belli, Medicina33, Vivere Meglio, Tuttobenessere*, senza dimenticare anche gli “angoli della salute” dei vari contenitori come *Uno Mattina e DomenicaIn*. A condurle erano e sono ancor’oggi una serie di giornalisti e volti dotati di prestigio. Il pubblico di queste trasmissioni è per lo più composto di anziani, casalinghe, per-

sone sole che ascoltano servizi, commenti di specialisti, testimonianze di pazienti aumentando il livello della propria ipocondria. “*E così al lunedì i nostri ambulatori si riempivano di persone che esordivano con la frase leggendaria ‘ho sentito dire in tivù che...’. Iniziando poi a sciorinare un caos completo di sintomi, messaggi receipti dallo schermo e confuse nozioni diagnostiche, chiedendo poi inevitabilmente cosa ne pensasse il medico*”.

Il dialogo, riportato nel mio trattatello, continuò così:

“*Ma onestamente devo dire che i pazienti del tele-dottore non avevano ancora il coraggio ardire di arrivare in uno studio medico con un parere alternativo: il parere di chi può farsi una cultura propria sulla propria malattia*”. È ancora Aldo Pagni ad aiutarmi con il suo racconto: “*I giornali non hanno mai inciso così profondamente sulla coscienza della malattia. La tivù ha invece stimolato i cittadini in un modo diverso e – se mi posso permettere – inconsapevolmente consapevole. Finché, negli ultimi anni, è arrivato – appunto – il dottor Web e qui la consapevolezza è diventata un elemento non evitabile. Ricordo una delle prime volte in cui mi è entrato in studio un suo paziente. Era un mio assistito, un uomo di mezza età che aveva un nodulino tumorale alla prostata. Lo specialista gli aveva detto ‘è un piccolo nodulo, vediamo con attenzione, seguiamo l’andamento e regoliamoci di conseguenza con estrema puntualità’. Insomma un bel giorno – sto parlando di alcuni anni fa – questo paziente mi arriva in ambulatorio e mi dice ‘dottore, ho scoperto su Internet che c’è la possibilità di effettuare un test che permette di stabilire se si deve operare o no: lei che ne pensa?’ L’ho guardato piuttosto inquieto e gli ho risposto ‘onestamente non lo so: non so dove l’ha trovato, non so chi l’ha scritto, non so chi l’ha pubblicato. Può darsi sia una bufala, può darsi di no’. Era l’unica risposta onesta e seria che potessi dargli. Lì ho capito che stava accadendo un mutamento vasto e profondo*”. Tutto da dimostrare che quelle recuperate on-line siano informazioni attendibili, ma questo aspetto in questo momento ci interessa poco, perché, ricorda Aldo Pagni, “*quel che conta ora è che il rapporto tra medico e paziente non è più quello vetero-paternalistico, perché oggi si confrontano due modelli di conoscenza: quello clinico e quello profano del paziente, che viene dall’esperienza sua personale, dalla famiglia e dagli amici, da quello che ha letto e trovato, da ciò che l’ha convinto o gli ha dato speranza. Questo secondo modello può portare a situazioni abnormali, perché sappiamo che già conduce a volte all’autodiagnosi, che in realtà è segno di un autorevolezza medica dispersa e che dovrebbe essere ritrovata nel confronto con il paziente sull’utilità delle cose*”.

Ecco il seme della gioventù: non si può aver paura della trasformazione in atto, bisogna cercare di giudicarla, di crearsi gli strumenti di giudizio del nuovo empowerment del mondo dei pazienti, soprattutto perché oggi il web rappresenta un potenziale “terzo incomodo” destabilizzante tra medico e malato. Non aver paura del web, mi ha ripetuto più volte quel giorno il Pagni Aldo. Non averne paura se non si vuole depotenziare la professione medica. Più o meno nello stesso periodo del risotto colpevole e complice, il Pagni tenne una lezione magistrale nella sua Firenze in occasione delle Giornate Nazionali di Studio in Medicina Telematica: “*Dalla Sanità Elettronica alla Medicina Telematica. Il Futuro è adesso*” (8/9/10 aprile 2010). Il tema era *Dalla condotta medica alla medicina telematica*. Citando Heidegger (ecco

apparire l'ultimo attore di questo nostro panegirico pagnanesco) Pagni si prese la briga di ricordare che ciò che è veramente inquietante non è che il mondo si trasformi in un completo dominio della tecnica: "di gran lunga più inquietante è che l'uomo non sia affatto preparato a questo radicale cambiamento del mondo. Di gran lunga più inquietante è che non siamo ancora capaci di raggiungere, attraverso un pensiero meditante, un confronto adeguato con ciò che sta realmente emergendo nella nostra epoca. Parrà strano, ma a distanza di quasi cinquant'anni dalla riflessione del filosofo tedesco, non sembra che la medicina abbia "meditato" a sufficienza sui rapporti tra la tecnologia e l'esercizio della professione". L'intervento di Aldo terminò con la riaffermazione dell'alleanza terapeutica, sacra e insostituibile pur nel periodo di Google e di Wikipedia: "La visita, tuttavia, deve rimanere un insostituibile "incontro" tra due persone, una che soffre e un consigliere esperto che ha il compito di aiutarla, avvalendosi senza pregiudizi degli strumenti che l'organizzazione della tecnologia scientifica moderna gli mette a disposizione". Il pensiero meditante, la capacità di guardare una realtà potenzialmente scomoda senza abiurare alla necessità di entrare dentro alle provocazioni. Come dire: possono pure trascorrere i secoli, ma è sul coraggio di quel "prendersi cura" che si conferma il presente della medicina e se ne assicura il futuro. Senza temere alcun elemento di "disturbo". Non esistono elementi di "disturbo" dell'ars medica quando è esercitata in scienza e coscienza, con protagonismo e senza timori da ventre molte professionale. Uno dei punti di riferimento della mia vita è stato – come dovrebbe forse essere naturale – mio padre Anselmo. Scomparso pochi anni fa nell'epoca dei suoi capelli imbiancati, aveva una frase che ripeteva spesso: "mai paura". Secondo me anche Aldo la sottoscrive. E in ogni caso mi piace pensare che con mio padre si sarebbe capito al volo. Anche senza web.

Un grande saggio

di Vito Boschetto
imprenditore

Quando, fra le tante letture che causalmente accade di fare intorno all'età matura o, a quell'anzianità che, meno eufemisticamente, dir si voglia – analisi, consigli, ammonimenti – durante queste vacanze, mi è capitato di imbattermi in questa riflessione di Seneca e mi è venuto immediatamente di associarla al mio caro amico Aldo.

Scriveva così, infatti, il grande e saggio filosofo latino:

"Se ne stia appartato, ma in modo tale che, ovunque si sia nascosto, possa continuare ad aiutare i singoli e la collettività con l'intelligenza, la parola, il consiglio. Allo Stato non è utile solo chi presenta dei candidati, difende gli accusati, discute di pace e di guerra, ma anche chi educa i giovani; chi, in tanta penuria di buoni insegnamenti, ispira la virtù negli animi; chi cerca di fermare la corsa verso il de-

naro e il lusso o, almeno, la freno; così facendo costui, anche se privato, fa un servizio di pubblica utilità.

(...)

Se tornerai agli studi, sfuggirai a qualsiasi tedio della vita, e non aspetterai la notte perché il giorno ti annoia, né ti sentirai di peso a te stesso e inutile agli altri; molte persone ti diverranno amiche, e saranno i migliori a venire da te. Perché la virtù, per quanto nascosta, non passa mai inosservata, ma viene a galla; chi ne sarà degno potrà scoprirne le tracce.

Se eliminiamo tutti i contatti sociali e rinunciamo ad ogni forma di convivenza umana, ritirandoci in noi stessi, a questa solitudine priva di sentimenti, seguirà la mancanza di cose da fare.

Ci daremo prima a costruire e poi ad abbattere edifici, ora a ricacciare indietro il mare e far deviare i corsi d'acqua, a dispetto delle disposizioni naturali, dissipando il tempo che la vita ci ha dato.

Il tempo alcuni lo usano con parsimonia, altri con prodigalità; c'è chi sa di doverne rendere conto, chi invece non si preoccupa di lasciarvi traccia; e questo è, certamente, il comportamento peggiore. Succede spesso che un vecchio, per provare di aver vissuto a lungo, non abbia altro mezzo che dire i suoi anni".

(Seneca, La tranquillità dell'animo)

Sì, perché Aldo, come lo conosco io, oggi, e credo di conoscerlo abbastanza, corrisponde in tutto, al profilo, nella versione positiva, che suggerisce Seneca. Mi sembra, infatti, Aldo, uno straordinario interprete nel ruolo di grande saggio, capace di distribuire ancora "pillole", è proprio il caso di dirlo..., di sapienza e di saggezza, di valori e di vitalità ricca di senso, non solo nella narrazione esperienziale, vera e propria antologia di una straordinaria vita vissuta tra la gente, ma anche di attualità, di conoscenze scientifiche, oltretutto di elaborazioni culturali e riflessioni ed esperienze umane.

Proprio perché, per Aldo, il tempo non si è mai fermato, ed ogni giorno, è sempre un'occasione per una lettura, un approfondimento, una conoscenza e una esperienza in più, utile a sé e agli altri.

È stato abbastanza casuale e in tarda età, purtroppo, il nostro incontro e, soprattutto, la nostra conoscenza. Ma l'intensità poi della nostra frequentazione, il piacere di incontrarsi, di stare assieme, di passeggiare e parlare, vera "amicizia peripatetica" potremmo dirla, ha finito per costruire e consolidare un rapporto di grande empatia, nel quale lo scambio di idee, opinioni, esperienze, sentimenti ed emozioni, ansie e problemi personali è diventato condivisione vera.

Fuori da ogni falsa disponibilità o ipocrisia, abbiamo scoperto che la ricchezza intellettuale e spirituale di entrambi, ciascuna formata sulle esperienze di percorsi della vita molto diversi, ma con analogie di grande significato e valore, era una modalità autentica di generare e vivere un'amicizia.

Nascono in contesti e in età diverse, in genere, le amicizie. Quelle dell'età adulta e dei contesti borghesi, in particolare, mi sembrano spesso, amicizie che chiamerei "cosiddette". Perché talvolta rispondono più a convenzioni sociali, a ca-

sualità vere (indimenticabile il magistrale affresco delle feste del *Grande Gatsby* di Francis Scott Fitzgerald), a bisogni di socializzazione, ma anche a calcoli di convenienze su interessi, piccoli o grandi che siano.

Raro è, invece, il marchio forte della gratuità che, in un rapporto davvero amichevole, non può mai mancare. Anzi, non c'è proprio amicizia, infatti, senza gratuità.

Come non c'è amicizia senza empatia intesa nel senso “della capacità di leggere le emozioni negli altri, “che è poi la vera radice dell'altruismo”, perché “senza la percezione delle esigenze o della disperazione altrui, non può esserci preoccupazione per gli altri” (Daniel Goleman, *Intelligenza emotiva*).

Cosicché, questa, della gratuità e dell'empatia, si può dire, davvero, che sia la cifra del nostro rapporto, da cui nasce questa riflessione/testimonianza che mi è stato dato il piacere e l'orgoglio di scrivere. Brevemente.

Le nostre passeggiate dicevo. Quasi quotidiane. Ci vuole proprio un impedimento “serio” per saltarne una. Luogo di elezione fisso per questo appuntamento: le Cascine, il celebre parco fiorentino.

Non c'è una ragione particolare per questa scelta. Ma ci piace. Ci sembra che sia un contesto, naturalistico e storico, che facilita l'esercizio fisico: la passeggiata; e quello spirituale: il conversare, le confidenze, la memoria e i sogni ancora da costruire e condividere.

Luogo della fiorentinità per eccellenza, evocativo di mille riferimenti. Il “cascio” o cacio, da cui si dice prendano il nome, a ricordo della originaria azienda agricola e casaria, da cui nasce il parco. La storia: dai Medici ai Lorena fino a noi. All'Arno, al parco botanico, all'Università, alle varie costruzioni d'epoca, a Shelley e l'Indiano, tanto per ricordare un pizzico di quell'universalità della nostra città.

Insomma uno spirito del luogo, non molto dissimile da quello del più famoso, nobile e celebrato centro storico, e quindi comunque assolutamente godibile nel corpo e nello spirito.

Così, si può dire che è alle Cascine, in un percorso neppure tanto breve, che si è realizzato quello scambio di conoscenze e di sentimenti, che hanno rivelato affinità e sensibilità comuni, fra Aldo e me.

Ideali e battaglie simili che hanno percorso vite distanti e parallele, ma segnate entrambe dal comune denominatore di un umanesimo non evocato, non ostentato, ma realmente vissuto. Con quel misto di esperienze ed emozioni in qualche momento esaltanti, in qualche altro disperanti, ma sempre forti e intense a seconda dei momenti che incrociano la grande storia che scorre intorno e sopra di noi, con le vicende personali e del proprio mondo in cui ci troviamo impegnati o impegnolati. È la vita un campo di battaglia fra bene e male, dice un mio amico prete, Giuseppe Stoppiglia.

Un vissuto insomma, che entrambi, abbiamo condiviso con le persone vere: collaboratori, dipendenti, le loro famiglie, i loro problemi.

Io in fabbriche metalmeccaniche di qualche migliaio di dipendenti, gestite per molti anni, con storie di difficoltà ricorrenti d'ogni genere, che mai però han-

no affievolito la profonda consapevolezza che il destino di quelle vite, dipendeva dalle mie responsabilità.

Cosicché, anche nelle avverse congiunture, posso ancora vantarmi (ed è forse la prima volta che lo faccio pubblicamente), di non aver mai firmato un licenziamento. La mia coscienza e il mio spirito umanitario, semplicemente, non me lo consentivano.

Il percorso parallelo di Aldo è differente ed è di lui che dobbiamo parlare.

Ho introdotto, con qualche ritrosia, questo breve cenno autobiografico, solo per stabilire un punto fondamentale di incontro fra le nostre sensibilità e il nostro comune sentire.

Aldo aveva 3.500 pazienti e famiglie: l'equivalente di una bella... "parrocchia". E questo paragone che mi ha suggerito la mia immaginazione, con un pizzico di spiritosa quanto maliziosa compiacenza, mi fa proprio ridere, pensando alle sue dominanti categorie di pensiero nobilmente laico. Il suo studio come una canonica insomma. Il mio amico Aldo con l'abito talare! Ma questo è davvero troppo anche per un esercizio immaginifico! La sua laicità, il suo *sense of humor* e soprattutto la sua amicizia, me lo, perdoneranno.

So bene che, in un confronto del genere, lui amerebbe più le distinzioni che le analogie. E il mio paragone pur per qualche verso sicuramente scherzoso, non vuole essere irriverente rispetto alla sua laicità, ma ha un fondamento reale su cui mi piace soffermarmi. A parte il fatto che, in ogni caso, con la dimensione religiosa, Aldo ha comunque convissuto tutta la vita, pensando alla sua amata Maria Pia, donna di grande fede, di pensiero alto e di autentico spirito religioso.

Come vi ha convissuto, dicevo, sul piano dei "poteri sociali" in competizione proprio col prete, appunto. Il medico e il prete, le due autorità "sociali", che la cultura e la sensibilità popolare finivano sempre per associare.

So bene che sembra proprio bizzarra questa riflessione, ma mica tanto se ci pensiamo bene. Qui, infatti, sta il vero fondamento reale a cui accennavo: il ruolo, cioè, che lui ha avuto nella sua comunità, come medico umanista e operatore umanitario. Un ruolo che, per certi versi, era superiore anche a quello del prete. Se questo curava i mali dell'anima, infatti, il medico Aldo curava i mali del corpo e anche quelli dello spirito, diciamolo così. Cosa che si capisce bene dalle sue suggestive narrazioni.

Innanzitutto l'approccio non semplicemente organicistico, ma chiaramente olistico alla malattia, quasi di stampo orientale: la malattia cioè come esito, spesso, di un complesso di problemi legati certamente all'organismo, ma anche alla mente, alle relazioni sociali, umane, familiari ecc. E, quindi, da qui il particolare approccio alla cura. Questo approccio voleva anche dire, così, che il medico era nello stesso tempo, analista e terapeuta della malattia organica, ma anche consigliere di fiducia, psicologo, assistente sociale, mediatore.

E qui qualche tratto di competizione col prete, finiva inevitabilmente per venire fuori. Questo anche perché, come si sa, nelle comunità locali il ruolo del medico, e figuriamoci di un medico così generoso e attento, e quello del prete, erano veri e propri ruoli di potere. Erano, come si diceva, le due maggiori au-

torità a più diretto contatto con la realtà viva della comunità.

Del resto, chi di noi non ha provato, nella malattia, quel potere pressoché assoluto del medico a cui, volenti o no, si finisce sempre per assoggettarcisi. Proprio da qui, nasce, quell'alone di magica suggestione che, soprattutto in altri tempi, ma per alcuni versi ancora oggi, circonda la figura del medico. Quasi come lo sciamano in altri tipi di società.

Ma il rapporto col potere quale che esso sia, e, per chi lo detiene, con il suo stesso esercizio, finisce per costituire un vero banco di prova della qualità umana, intellettuale e spirituale di una persona e più ancora di un personaggio. La cartina di tornasole, cioè, della sua vera visione della vita e dei rapporti sociali e di relazioni, in genere, con gli altri.

Verrebbe proprio da dilungarci sul concetto di potere, oggi tema così attuale e urgente da ripensare alla luce delle derive che, ad ogni livello, dobbiamo constatare e subire. Non vorrei che apparisse retorica, ma mi sento di dire, davvero, che la grande lezione di Aldo su questo fronte, è proprio una lezione morale di potere come servizio agli altri, e non come prevaricazione dei propri interessi sugli altri e sul bene comune. Con in più una attenzione speciale ai più deboli, che viene da lontano. Da una sensibilità maturata fin da giovane, nella riflessione intellettuale e nell'impegno politico, a cui non era estraneo l'esempio paterno. Un impegno di vita, insomma, quello di Aldo che più che una professione diventa una vera e propria missione umanitaria. Questo, almeno per me, è il fascino della sua personalità e la base della nostra amicizia.

Se poi consideriamo il ruolo che per molti anni, oltre al potere sociale di cui s'è detto, ha avuto sul piano politico e istituzionale come presidente della grande e potente corporazione medica (non ti piace chiamarla così Aldo? Ma così è, e il termine medioevale conserva tutta la sua suggestione evocativa), vale forse dire qualche parola di più sull'associazione fra Aldo e il potere *tout court*. Ma, anche su questo fronte, tornano i conti delle considerazioni già fatte.

La stima che tuttora lo circonda, vero ed unico storico *past president*. L'autorevolezza delle sue opinioni e delle sue aggiornatissime conoscenze, anche scientifiche. La saggezza che gli viene riconosciuta come richiesto dispensatore di consigli, attestano del modo con il quale ha lasciato, senza macchia, un incarico così delicato e prestigioso, in un contesto ad alto rischio, dove si incrociavano grandi interessi politici ed economici, grosso potere e un alto tasso di corruzione.

Ebbene Aldo ne è uscito da padre nobile e non da ... padrino, come accade spesso in questo nostro amato e sciagurato paese.

C'è, però, un di più da aggiungere in questo contesto di riflessioni che vale richiamare. Una connotazione nel lavoro di Aldo, a tutti i livelli, che è quella della sua straordinaria battaglia per affermare la pratica di regole deontologiche serie e rigorose, nella più nobile tradizione di questa professione, da Ippocrate in giù. Studioso, analista, divulgatore, educatore di questa dimensione, imprescindibile in ogni professione, ma forse, ancora di più nella sua professione. E in una società dove i principi della morale e la prassi dell'etica sono diventate

opzioni labili, se non addirittura dileggiate in alcuni casi, e che costituiscono la vera tabe del degrado dei costumi e della corruzione delle relazioni umane, ebbene aver dedicato passione, intelligenza e impegno a questo tema, a questa battaglia purtroppo ancora aperta, attesta della capacità di vedere lontano, di capire e affermare le priorità dei canoni a cui ispirare la vita privata, quella pubblica e quella sociale. Di essere all'altezza delle proprie responsabilità di classe dirigente.

Ma dicevo, prima, dell'empatia come capacità di ascolto e di lettura delle emozioni degli altri. L'ho capito dai racconti dei rapporti con i suoi pazienti. Ma di più. L'ho provato direttamente sui miei tormenti. E si capiva benissimo che, questa capacità, non era accondiscendenza compassionevole, ma un tratto di comportamento spontaneo, naturale nell'espressione di una personalità che, ad una speciale finezza intellettuale, associava una dimensione autenticamente spirituale.

È difficile parlare del dolore di un genitore per la perdita di un figlio, per giunta nei modi che hanno colpito me. Tant'è che evito accuratamente di parlarne, pure con gli amici più cari. Anche perché il pudore supera, in genere o almeno nel mio caso, il bisogno, che pure talvolta c'è, di esternazione del dolore. Ma l'inaccettabilità di un simile evento, innaturale, irrazionale, ingiusto, lascia una ferita che non cessa mai di sanguinare. Ed è difficile, fino a pensare che può essere addirittura ingiusto, coinvolgere altri in una sorta di condivisione di questo sentimento. Tutto tuo. Tutto assolutamente privato.

Ebbene Aldo, con Maria Pia, sono state le persone, che fuori della ristretta cerchia familiare, sono state le più attente, partecipi e vicine nella elaborazione di questo lutto, proprio per la capacità maieutica di parlare, con autenticità, anche di un tema così difficile, in cui, per farlo, la confidenza deve essere totale, e frutto di un lavoro paziente di apertura dell'animo, che richiede alcune intuibili condizioni di premessa. Evidentemente "l'allenamento" ad un modo aperto e disponibile, delicato e discreto, di gestire alcune speciali relazioni umane, soprattutto quelle delle situazioni difficili del dolore più profondo, quello dell'anima, attesta di un'attitudine e di una qualità umana francamente assai rara.

Uomo di cultura e di scienza, come abbiamo più volte accennato, Aldo Pagni ha una forte propensione e attitudine alla speculazione intellettuale, alimentata da una grande curiosità e sete di conoscenza. E, in questo senso, si può dire che è sempre stato un contemporaneo della modernità, così come scorreva nei tempi del suo vissuto storico. E ancora oggi.

La sete di conoscenza che ha accompagnato la storia umana a partire da Adamo ed Eva – un riferimento che a lui, evoluzionista darwiniano, probabilmente dice molto poco -, in epoca moderna, se di peccato si tratta come fu all'origine, è un peccato oggi davvero enorme, visto quanto questa sete è esplosa nel nostro tempo, finendo per conferirgli una forte caratterizzazione.

Sì che la misura di questa voglia di sapere, è anche la misura del grado di modernità di ciascuno di noi.

In questo senso Aldo si può definire davvero un moderno, assetato di conoscenza a partire da quella scienza medica che è stata la sua principale passione, e che nella pro-

fessione ha poi trovato la mediazione fra teoria e prassi, pensiero e storia reale. Una mediazione, per giunta, nella quale l'approccio cartesiano, che assumeva il dubbio come fattore strutturale del pensiero, veniva sottoposto a continua verifica sperimentale.

I vasti interessi, la profonda cultura, l'eloquio facile e la totale mancanza di supponenza fino a poterlo definire un uomo fondamentalmente umile, ancorché consapevole, senza infingimenti, delle sue qualità intellettuali e morali, facilitano, nei rapporti con lui, non solo il conversare, ma lo scambio vero di opinioni e conoscenze. Così come ne fanno un testimone molto richiesto e gradito, anche in consessi nei quali, dei temi a lui più cari, si organizzano riflessioni e discussioni alte e impegnative. E la sua disponibilità a impegni frequenti, non facili e faticosi di questo tipo, è sempre davvero molto grande e ammirevole. Una disponibilità che, magari, va a scapito di quell'altra disponibilità che, talvolta, i suoi rivendicano rimproverandolo di poco altruismo verso di loro, contrariamente a quello che lui manifesta, appunto, al di fuori della famiglia. Ma, forse, in questo caso, Aldo esprime un altro modo di essere altruista: quello di... lasciar fare agli altri, soprattutto nelle necessità più pratiche e quotidiane, nel rispetto del principio di non invasione degli spazi altrui. O no? Non saprei dire se sia davvero così, o questa è l'interpretazione benevola di un amico, su un difetto che, finalmente!, gli abbiamo trovato: quello che, in casa, nessuno riesce a fargli fare proprio un tubo!

In famiglia però, va anche detto, Aldo contribuisce attivamente ad alimentare quel clima culturale che, ho sempre avuto l'impressione, costituisca una connotazione speciale e rara della "tribù" allargata dei Pagni. E del resto dalla scienza, alla filosofia, al diritto, alla musica, alla politica, tutto è di casa, lì, fresco e aggiornato. Ritroviamo, così, in quella comunità familiare una ricchezza di stimoli e di scambi, da cui ho capito che nessuno è escluso o marginalizzato, e che è non solo collante degli affetti familiari, ma anche alimento vero della qualità della vita di tutti. Anche se tutto questo, ben lo sappiamo, non garantisce affatto sulla disparità, anche fortemente dialettica, di opinioni, a cominciare dal delicato e fortemente sentito problema dell'educazione dei nipoti, cosa che io ben conosco, per me, e che costituisce anche un argomento frequente di confronto fra noi, ma che del resto è problema universale e di sempre, in tutte le famiglie, e non solo.

Ciò detto, avanti Aldo! "ora e sempre RESISTENZA", come esortava il grande Piero Calamandrei nel celebre manifesto su Kesserling.

E anche perché, come scriveva Ernesto Balducci, "l'unico tempo che è degno di vivere per l'uomo, è il futuro che, oltretutto, ha un cuore antico". Come per noi appunto!

Parte seconda:

Aldo Pagni

Il fautore di rinnovamento strutturale della medicina

Stefano Falcinelli e Giuseppe Miserotti***

**presidente OMCeO Ravenna, componente Consulta deontologica nazionale*

*** past president OMCeO Piacenza, componente Consulta deontologica nazionale*

Non è facile scrivere di un amico e collega come Aldo Pagni perché da una parte c'è il rischio di limitarsi a redigere un mero formale elenco di fatti più e meno importanti della vita del “nostro”, e dall'altro quello ancora più grave di mettersi a sottolineare i suoi meriti e le sue virtù. In quest'ultimo caso, infatti, siamo certi che Aldo non apprezzerebbe affatto una visione troppo “deferente” della sua lunga esperienza umana e professionale. Forti di questa convinzione abbiamo allora scelto di scrivere queste note, affidandoci ai due sentimenti che sempre ci hanno accompagnato in questi anni: la stima e l'affetto.

Nei primi anni '80 molti medici di famiglia, e noi tra quelli, sentivano la necessità di pensare a una nuova figura di dottore della persona, che superasse un modello francamente obsoleto che aveva fatto il suo tempo. Erano i tempi del dottor Tersilli che imperversava sugli schermi prima cinematografici e poi televisivi come emblema di un medico della “mutua” intento a perseguire più il personale interesse economico che non la salute dei propri assistiti. In quegli anni la Regione Emilia-Romagna iniziò a promuovere con regolarità dei corsi di formazione per animatori dei corsi di aggiornamento in medicina generale. Dopo aver frequentato i corsi, fummo tra i primi a far parte di questo Albo degli animatori regionali. Il fermento era diffuso. In molte parti d'Italia iniziava un percorso nuovo per i medici di famiglia. Sapevamo che analoghe esperienze stavano trovando risposta anche in Toscana. Nell'estate del 1982 per volontà dei dirigenti della Fimmg (Poggiolini, Panti e Boni) fu fondata a Firenze la Simg (Società italiana di medicina generale) e ne fu eletto Presidente Aldo Pagni. Da allora il nome di Aldo divenne sempre più familiare e ricorrente, sia per chi s'interessava di vita sindacale sia per chi sosteneva la necessità di un nuovo medico di famiglia.

Aldo Pagni sottolineava – in un articolo tra i tanti scritti in quel tempo – la necessità di una medicina generale sottratta almeno in parte alla tradizionale egemonia accademica. Occorreva dunque superare lo sterile sapere appreso sui banchi della Facoltà di Medicina per appropriarsi del “sapere essere” servendosi del “saper fare”. S'intuiva la portata dell'innovazione professionale, che Aldo portava avanti con caparbietà. Bisogna dire che furono molti i colleghi affascinati dalla consapevolezza e dall'opportunità di un salto di paradigma della professione. I primi programmi informatici e i primi computer fecero la loro comparsa grazie anche a un progetto del Cnr cui Aldo collaborò in modo fondamentale. Paradossalmente, la massiccia dose di rinnovamento insita in una se-

rie di proposte portate avanti da Aldo e dalla Simg non ottennero il successo che meritavano, anche per alcuni problemi tecnici, fra cui lo scarso sviluppo delle tecnologie informatiche di quei tempi. Per circa un decennio, la conoscenza di Aldo è quindi stata per così dire “a distanza”, attraverso la mediazione costituita dalla lettura dei suoi contributi scritti, peraltro caratterizzati da notevole ricchezza di contenuti e fonti bibliografiche. Emergeva molto bene la sua statura intellettuale raffinata e colta, corredata di una visione complessiva dei problemi professionali. Le letture degli scritti di Aldo ci hanno sempre stimolato al confronto con i problemi della nostra quotidianità, alla ricerca di un equilibrio virtuoso tra umanesimo professionale, scienza, deontologia, e le esigenze di rispetto del rapporto tra costi e benefici dell’atto medico. Il tutto sempre volto alla tutela di una necessaria equità sempre più difficile da praticare. Siamo certi che Aldo ha rappresentato per molti colleghi della nostra generazione una sorta di maieuta della medicina generale; questa necessitava di essere modificata sia negli aspetti formativi sia in quelli epistemologici.

In anni più recenti, all’epoca in cui Aldo fu eletto Presidente nazionale della FNOMCeO, il nostro rapporto è divenuto più istituzionale, poiché nel frattempo siamo stati eletti Presidenti dei rispettivi Ordini provinciali. Non sono mai mancate, in questo tempo, le occasioni di confronto su aspetti fondamentali per la professione. È accaduto frequentemente che la discussione su alcuni temi non potesse esaurirsi in modo confacente alle attese nelle sedi istituzionali, e che per tale ragione proseguisse anche in frangenti più amichevoli e informali, magari a tavola o – durante le trasferte romane, nei ritagli di tempo – durante una mostra di pittura, verso la quale potessimo nutrire un comune interesse. Non di rado la discussione si protraeva anche durante il viaggio di ritorno in treno. Ma a Firenze si arrivava presto, e allora ecco a riprometterci che avremmo fissato alcuni punti sul PC per poi scambiarceli tramite mail.

Molti sono i ricordi di quegli anni, ma ne riportiamo solo due, forse tra i più significativi. Il primo quando, noi giovani Presidenti alle prime armi, ci ritrovammo praticamente asserragliati nella sala di un albergo romano a dover decidere se dare o meno l’avallo della FNOMCeO alla sperimentazione del metodo Di Bella, divisi tra le ragioni della scienza e le necessità di un difficile momento politico e sociale e Aldo condusse con saggezza il difficile dibattito. Il secondo ricordo è legato alla revisione del 1998 del Codice Deontologico a Montecatini con la lunghissima discussione sull’articolo 12 (divenuto poi 13) che introduceva per la prima volta tra i doveri etici del medico l’attenta valutazione del costo delle prescrizioni e dei trattamenti subordinandola sempre però alla buona cura del paziente; il tutto fu risolto dal famoso gerundio che tutti noi che eravamo presenti ricordiamo con grande sollievo dopo il lungo stallo della discussione.

In questi ultimi anni, la revisione del Codice Deontologico ci ha visto lavorare tutti insieme nella Consulta deontologica. Si è trattato di un’occasione irripetibile di confronto, anche per rafforzare le capacità di mediazione tra le diverse anime che caratterizzano la nostra professione. In questo compito, Aldo

ci ha sempre meravigliato per la sua preparazione sui più svariati temi, segno inequivocabile di un profondo e continuo intento di revisione degli argomenti, adeguandoli all'attualità e ai radicali mutamenti epistemologici della medicina. In particolare sui temi scottanti, quelli che non consentono tentennamenti circa il rispetto dei diritti e della libertà di scelta delle persone; riguardo a questi, Aldo ha sempre mostrato rigore e coerenza. Lo abbiamo visto difendere in modo convinto e fermo ogni limitazione che in qualche modo attenuasse la gravidanza, la portata o l'efficacia di un importante aspetto deontologico. Allo stesso modo lo abbiamo visto infastidirsi per l'emergere di posizioni ideologiche o confessionali che potessero – anche surrettiziamente – limitare libertà e volontà di chi condivide con lui una sostanziale visione laica dell'esistenza.

Aldo ha sempre esercitato il suo ruolo con autorevolezza e imparzialità, ed è evidente che una personalità forte, formata da lungo esercizio professionale, incarichi prestigiosi, verve appassionata di scrittore sospeso tra filosofia, etica, e deontologia, ma anche da profondo disincanto verso una politica avvezza al compromesso e alle piccole e grandi ipocrisie, possa apparire a qualcuno come fastidiosa ed ingombrante. Anche all'interno della Consulta deontologica siamo tra chi ha sempre creduto nel valore aggiunto di Aldo, rispetto al suo ruolo di consulente; questo ha sempre giovato alla completezza della discussione, alla complessità di una professione passata – forse anche troppo rapidamente – da un esercizio paternalista a quello dell'autonomia del cittadino. Un cambiamento di prospettiva così radicale non poteva non creare scompensi e Aldo, forse prima di altri, ha intravisto in questo passaggio uno dei motivi di crisi della nostra professione.

Per quanto le discussioni sui problemi professionali abbiano costituito un continuo e stimolante confronto con Aldo, in questi anni abbiamo avuto modo di cementare la nostra amicizia in altri piacevoli modi. Uno scambio di ospitalità nelle rispettive città di residenza, insieme a Giancarlo Aulizio, ci ha permesso di trascorrere alcuni week-end indimenticabili tra buona cucina, arte, tradizioni e paesaggio. Pia, moglie di Aldo, con Manuela, Tiziana e Antonietta hanno avuto modo di fraternizzare e di scambiarsi curiosità, fatti, storie esistenziali fatte di famiglia, figli, nipoti, insomma di tutto quell'umano sentire che ha creato un cordone ombelicale fatto di complicità, di condivisione, di piccole e grandi attenzioni che trova spazio nelle frequenti telefonate. La scorsa estate (2012) a Poveromo, nella residenza estiva di Aldo, abbiamo trascorso alcuni giorni tra mare, bagni, risate, ilarità e tanta spensieratezza. La leggerezza era tale e tanta che uno di noi (Beppe) entrò in piscina per un bagno ristoratore dimenticando di sfilare dalla tasca l'iPhone.... Ebbene, miracolo della tecnologia (o magia della Versilia) dopo aver messo al sole il telefonino per qualche ora, il mezzo tecnologico ha ripreso a funzionare normalmente. Quante risate con Aldo che citava spesso modi di dire e ilarità tipiche della Toscana e di Firenze in particolare, con Pia a fargli da contraltare per spiegarci che per lei, donna raffinata e colta intellettuale del sud, non fu affatto facile ambientarsi a Firenze! Durante un week-end fiorentino, Aldo, sapendosi contornato da tanti amici e col-

leggi, pensò di metterne alla prova la perizia. Si fece venire la febbre e noi con Giancarlo costituimmo un collegio medico per curare l'illustre malato! Pia, preoccupata a prescindere per il suo "Aldino" ci costrinse ad un consulto a tre; dopo aver visitato ed auscultato il paziente fummo tutti concordi nel porre diagnosi di virosi influenzale e la tranquillizzammo affermando solennemente che la prognosi sarebbe stata favorevole! E che dire della gita a Fiesole, presso la prestigiosissima scuola di Musica in cui la figlia di Aldo e Pia – Valentina – insegna pianoforte e il cui direttore artistico è il genero Andrea Lucchesini, straordinario pianista che abbiamo avuto il piacere di sentire più volte in concerto sia a Firenze che a Piacenza. La musica addolcisce l'animo e lo nobilita. Le note musicali rappresentano uno straordinario linguaggio che parla ad ognuno secondo la personale sensibilità. Ad Aldo riconosciamo tanti meriti e qualche fortuna. Tra queste il poter vivere in una famiglia di musicisti a nostro avviso è un modo per arricchire l'animo e divenire più sensibili nei confronti degli altri. La musica esprime meglio delle parole i grandi temi della vita, così come le tragedie, l'ironia sottile, lo scherzo... Il Mahatma Ghandi affermava che "la nostra vita deve essere piena di musica in modo che la melodia pervada tutte le nostre azioni". La serenità che Aldo evidenzia nei rapporti umani trae qualche beneficio anche dal clima che respira nella sua famiglia. E non vi è dubbio che Aldo e Pia siano orgogliosi della loro bella famiglia. Oltre a Valentina, la primogenita Ilaria è professore ordinario di Diritto processuale civile presso l'Università di Firenze. Di Ilaria abbiamo avuto occasione di leggere, su riviste professionali mediche, alcuni interessantissimi interventi sulla mediazione e sulla sua importanza in campo medico.

A questo punto non possiamo che augurare ad Aldo di consolidare quel carico di benevolenza che ha creato intorno a sé con l'impegno di una vita, ma anche con intelligenza e il giusto equilibrio fra serietà e ironia. Noi che abbiamo il privilegio della sua amicizia personale, gli porgiamo l'augurio ideale di tutti quei numerosissimi colleghi che – come è accaduto a noi per un certo numero di anni – non lo abbiamo conosciuto di persona ma lo abbiamo apprezzato per quanto ha fatto e scritto per i medici italiani e per la nostra bellissima professione. Ma ad Aldo, medico e uomo vero, devono molto anche i comuni cittadini per avere trovato in lui uno dei più generosi e autentici rappresentanti di quella passione civile che tanto ha contribuito alla convivenza democratica, alla libertà e ai diritti.

Grazie Aldo della tua amicizia, che speriamo ci accompagni ancora per tanti anni.

La sua visione di una medicina per il mondo contemporaneo

*di Maurizio Benato**

VicePresidente FNOMCeO Presidente OMCeO Padova

*Il problema dell'umanità è che gli stupidi sono strasicuri,
mentre gli intelligenti sono pieni di dubbi.*

(B. Russell)

Ho conosciuto Aldo Pagni alla fine degli anni '70 quando ancora stavo muovendo i primi passi nella professione e non avevo le idee chiare di quello che sarebbe stato il mio futuro di medico.

Erano gli anni della riforma sanitaria del '78 che, innovando il sistema sanitario in maniera radicale, delineava la necessità di una nuova figura di medico di famiglia e di conseguenza individuava una nuova area di intervento medico specifico da un punto di vista conoscitivo e metodologico: la medicina generale.

Oggi questo passaggio epocale per la medicina italiana non può suscitare gli stessi entusiasmi di quell'epoca perché la storia oggi nel pensiero corrente è vissuta come un grande presente, e raramente ci si volge al passato cosicché si cancellano i ricordi e con essi i benefici ottenuti e quanti si sono sacrificati per attuare le riforme capaci di rendere proficuo e fruttuoso l'impegno profuso dai singoli operatori. Fare questo è un dono grande che consente di far funzionare bene l'istituzione e aumentare la soddisfazione di tutti.

Aldo Pagni ha il grande merito storico di aver contribuito fattivamente a superare le difficoltà incredibili presenti in quell'epoca per delineare la medicina generale quale disciplina autonoma dotata di un corpo conoscitivo e di competenze autonome.

In quel frangente ha avuto l'intuizione che la riforma sanitaria del '78 non poteva sostenersi senza un medico che fosse portatore di conoscenze specifiche, di procedure cliniche peculiari oltreché capace di ascolto, di relazionalità e di *counseling*.

Oggi siamo certi che senza questa intuizione vagheremmo nei verdi pascoli delle "prestazioni generiche" e nella più totale confusione organizzativa.

Il nostro esercizio professionale oggi si trova, nostro malgrado, tra i limiti della nostra storia e i bisogni di una società la cui domanda di salute spesso esorbita dalla cornice concettuale in cui si è sviluppata, in un contesto economico di scarsità di risorse per la sanità.

Aldo Pagni, da profondo conoscitore della sociologia medica e da uomo di cultura, ha sondato i diversi significati e attributi dell'attuale medicina suggerendo, in tempi diversi, le interpretazioni dei diversi fenomeni legati al contesto sociale in cui la medicina si sviluppa e agisce.

Di lui siamo debitori di una visione sociale ed etico-professionale della medicina attenta a non limitare l'autonomia del medico, pilastro e fondamento dell'esercizio professionale.

Ha sondato, evidenziandone la complessità, le forti invasioni di campo sostenute dall'economicismo; è incontrovertibile, infatti, che la limitazione delle risorse mette in seria difficoltà la sostenibilità del sistema salute. Sistema cui il medico deve concorrere, vincolato dai principi bioetici che collegano la sua autonomia al principio della giustizia e dell'equa distribuzione delle risorse.

L'economia – meglio dire in questo caso l'economicismo – vorrebbe una medicina limitata e poco costosa, vorrebbe un medico che possa decidere di meno perché le sue decisioni, purtroppo, hanno un forte impatto in termini di spesa.

L'economicismo punta ad escludere dall'area del diritto alla salute non tanto i cittadini, le persone (operazione che si presenterebbe sempre più pericolosa per i governi), ma le prestazioni, rendendo subalterne le necessità cliniche alla sostenibilità economica.

L'economicismo induce a far coincidere validità scientifica con sostenibilità economica.

Basti pensare alle linee guida dell'EBM (*Evidence Based Medicine*), cioè la medicina basata sulle prove di efficacia.

L'economicismo spinge ad una visione cartesiana del malato, ad una visione statistica della patologia, limitandosi alla sola visione scienziata della medicina, che si presenta più congeniale ai risultati attesi.

L'economicismo spinge la medicina a ideali efficientistici: universi di malati sempre più standardizzati, catalogati come insiemi senza alcuna differenza. Di conseguenza aventi tutti le stesse necessità e lo stesso costo.

L'economicismo è foriero di una medicina in cui il malato e le sue necessità sono interamente riconducibili a parametri matematici di necessità clinica e terapeutica.

Ecco il richiamo di Aldo Pagni ai medici italiani a ricercare e condividere posizioni comuni per fronteggiare una dinamica che da un lato mette a repentaglio l'essenza epistemologica della medicina e dall'altro esige correttivi alla spesa sanitaria che anche in futuro non conoscerà flessioni di sorta.

Ecco allora il richiamo costante di Aldo Pagni per mettere a punto un sistema di assistenza sanitaria che raggiunga i suoi obiettivi e che possa durare nel tempo. Ecco il suo monito ad evitare di delegare alla tecnocrazia sanitaria il compito di amministrare la medicina, e attraverso essa la domanda, facendo del medico solo un accessorio procedimentale.

Dobbiamo allora porci il problema di come qualificare sempre di più il medico che compie le scelte, favorendo le sue capacità, promuovendo la sua autonomia decisionale; dobbiamo evitare di porlo di fronte a interventi preconfezionati da scegliere tra inventari statistici e spesso indipendenti dal caso che è chiamato a risolvere.

Negli scritti di Aldo Pagni c'è un richiamo costante alle nuove generazioni di medici perché si attivino per preservare l'integrità della medicina anche perché

un affievolimento o, peggio ancora, il naufragio di tale integrità danneggerebbe non solo la medicina, ma anche la società stessa.

Da razionalista riprende spesso il concetto di efficacia in medicina che dovrebbe sovrintendere alle modalità alternative con cui si impiegano le quasi sempre scarse risorse, sottolineando piuttosto il principio che le risorse siano destinate prioritariamente a quei processi in grado di garantire i più alti benefici (per unità di spesa) in termini di salute.

Egli sottolinea che occorre una medicina attenta all'appropriatezza degli interventi e alle reali esigenze della persona, in particolare dei più deboli, laddove il mercato della produzione è legittimato solo se persegue gli scopi etici di una medicina sostenibile.

Aldo Pagni è conscio che il sogno di un progresso senza limiti, frutto di un ideale positivista, è ormai tramontato nella nostra società dove il carico crescente delle malattie croniche e degenerative reclama un difficile e contrastato percorso di riallocazione delle risorse e dove la medicina moderna, pur in grado di allungare la durata della vita, non ne migliora la qualità. Ciò ci richiama allora al completo disincanto del mondo (Max Weber lo chiamava *Entzauberung der Welt*), ossia ad abbandonare la convinzione del passato che ogni cosa possa essere dominata mediante la ragione-scienza e la tecnica sostenute dal metodo scientifico. Occorre abbandonare pertanto il sogno di una medicina infallibile e del progresso inarrestabile che ci ha accompagnato negli ultimi due secoli e sottolineare, invece, la necessità di un modello di medicina in grado di perseguire scopi sanitari finiti e stabili. La medicina sostenibile deve essere limitata e prudente nelle proprie aspirazioni, lenta nella crescita e disposta a rinunciare ad alcuni potenziali progressi, deve fornire più risorse e più spazio al perseguimento di altri beni sociali, in nome della stabilità economica e sociale.

Questa lucida analisi ci riconduce ai caratteri della medicina moderna e ai valori che la accompagnano. Per Pagni la deontologia non è pertanto una dimensione accessoria, per così dire, della medicina, ma la caratterizza nella sua costituzione.

Oggi nel rapporto medico-paziente è presente spesso, più che nel passato, uno scontro di prospettive e indipendenza, l'autonomia e la libertà del medico sono condizionate da decisioni che provengono dall'esterno, da scelte del potere pubblico, dalla pressione dei media.

A far riflettere Aldo Pagni è la rivendicazione di sempre più spazi di autonomia da parte dei cittadini e delle cittadine, per i quali il paternalismo medico non rappresenta più un modello etico di comportamento adeguato al medico. Così egli ci richiama ai potenziali rischi del modello di relazione che pone al centro il principio etico del rispetto dell'autonomia del paziente: il cosiddetto modello etico contrattuale.

In questo modello la relazione medico-paziente diventa una relazione simmetrica, i cui contraenti, autonomi, uguali ed aventi il medesimo potere di negoziazione, sottoscrivono liberamente un patto.

Il nostro grande e temibile avversario è l'individualismo, sostiene Aldo Pagni, che spesso viene confuso con l'*empowerment* del cittadino, anche se è noto a tutti che è

qualcosa di molto diverso.

La promozione e la prevenzione sanitaria necessitano dell'apporto di tutti i componenti e la società e il cittadino non si possono sottrarre ad una responsabilità individuale che li inducano a farsi carico della propria salute: cambiando le proprie abitudini, riducendo il carico individuale e sociale delle infermità, e di conseguenza i costi complessivi del servizio sanitario.

Pagni pensa che sia giunto il momento di un mutamento di paradigma sulla definizione dei livelli di assistenza da garantire, in condizioni di uniformità, all'intera collettività di cittadini, sulla distinzione fra tutela della salute e produzione di servizi sanitari, sul controverso aspetto della attuale separazione degli ospedali dal territorio, sul ruolo dei sistemi di compartecipazione alla spesa (*ticket*) quale strumento di responsabilizzazione della domanda.

Nei suoi scritti si percepisce un nuovo modello di sanità che possa dare la possibilità alla popolazione di avvalersi di un'assistenza sanitaria economicamente compatibile, per effetto della quale tutti i cittadini abbiano una probabilità statisticamente buona di ricevere, nel corso della vita, il tipo di assistenza necessaria a ridurre i rischi di morte, di menomazioni fisiche e mentali. Un modello in cui la promozione e la prevenzione sanitaria necessitano dell'apporto dell'intera società e in cui il cittadino è chiamato alle proprie responsabilità individuali cambiando le proprie abitudini, riducendo il carico individuale e sociale delle sue infermità, e di conseguenza i costi complessivi del servizio sanitario.

Se l'intera popolazione gode di buona salute, anche per il singolo ci sono ampi margini che ne riducono la possibilità di ammalarsi.

Considero Aldo Pagni per la mia generazione un Maestro, un grande protagonista della sanità degli ultimi decenni del secolo appena trascorso. Oggi ci troviamo di fronte ad un modello di medicina che qualcuno definisce "cyber-olistico", in cui cioè convivono *high tech* (alta tecnologia) e *high touch*, ovvero un approccio al malato di grande sensibilità in cui il medico si confronta con una medicina sempre più predittiva e tecnologica. Per Pagni si dovrebbe promuovere un modello di assistenza considerato non solo equo sotto il profilo delle procedure e dei principi-guida, ma anche scientificamente difendibile. Un sistema di assistenza sanitaria che riesca a gestire con efficienza le proprie risorse e che sia razionale nel perseguire efficienza e equità e determinazione delle priorità cercando di superare le difficoltà di contemperare scelte individuali e bene comune. La discussione sugli scopi della medicina dovrebbe sempre costituire la parte integrante di questo percorso in cui i medici non possono che essere i veri protagonisti.

Il monito di Aldo Pagni, anche se lanciato diversi anni fa, è sempre attuale: adoperarsi perché all'interno delle organizzazioni sanitarie i medici non siano percepiti come anonimi fattori produttivi ma risorse anche per la tenuta della sostenibilità del servizio sanitario pubblico di cui egli è stato un ideatore e di seguito un tenace e costante assertore.

La deontologia medica: da Cos all'eternità

Mauro Barni

Professore Emerito di Medicina Legale all'Università di Siena

All'Amico Aldo Pagni

Cultore di condivise illusioni

È sempre un'occasione felice, che periodicamente mi è data ormai da almeno un ventennio, quella d'incontrarmi e di confrontarmi con Aldo Pagni sui temi e sulle prospettive della deontologia medica, che si distinguono spesso per una dinamica attualità, si articolano su vecchie e nuove "teorie", sfuggono a classificazioni esogene, si presentano con inattesa originalità semantica e valutativa e meritano, in definitiva, una attenzione costante, stimolando formulazioni non certo definitive ma sempre più lontane dal semplicismo ormai evanescente di storiche nozioni.

L'evoluzione deontologica è d'altronde motivata, come è ben noto, dalle progressive conoscenze e potestà scientifiche e, concorrentemente, dalla sorprendente crescita (non sempre esaltante e corretta) della sensibilità diffusa nei confronti della salute e della biomedicina, categorie vieppiù sconvolte dalla irruzione di contrastanti idee sul primato assoluto della vita o della dignità umana.

La *filosofia* e il *diritto* ne hanno elaborato le premesse dottrinarie, con la "benedetta" pretesa, tutt'altro che sporadica, di sconfiggere il dubbio; intervenendo su aspetti dominanti la vicenda umana, obiettivo del pensiero scientifico e della dottrina politica, messa a fuoco con le specifiche e non necessariamente coincidenti ottiche della bioetica e del biodiritto. E il tutto con l'illusione di produrre un complesso unitario definitivo dei doveri del medico, cui in vero la deontologia è legittimamente deputata, una volta superato il ruolo di contenitore di prescrizioni comportamentali e di protezioni corporative e acquisito il viatico per una formulazione ispiratrice di professionalità non solo tecnica, ma motivazionale e relazionale, solidaristica e sensibile appunto all'etica e al diritto.

È questa una riflessione che non ha pretesa alcuna di originalità ma che sembra assolutamente *doverosa* come *doveroso* attestato di riconoscenza al Aldo Pagni, ed è iscrivibile in una dedica ricognitiva dei due fondamentali interessi da lui coltivati: il primo, l'etica medica, che Egli conosce ma non ama se storicamente cristallizzata nel tempo e nel luogo d'origine, presunto o reale che sia, non indulgendo sui suggestivi e pur vaghi e sfuggenti ma meglio direi convenzionali approcci alla individuazione storica delle teste pensanti di Cos e dei testi descrittivi del loro pensiero (in verità molto più tardivi). La suggestione promossa agli albori della civiltà greca, nell'isola egea e dal sommo Ippocrate padre putativo della produzione che porta il suo nome, si spalma in verità sui secoli successivi sino addirittura al periodo alessandrino. Sono comunque, anche per Aldo, questi gli indici temporali che hanno ispirato e ispirano un cammi-

no nomologicamente debole e segnato da presunte dinamiche delle civiltà dall'epoca¹ di Cos all'eternità, ovviamente intesa in modo relativistico. L'evoluzione in senso conoscitivo e programmatico della medicina, connotata da un andamento particolarmente lento per due millenni, tumultuoso negli ultimi due secoli, ha inesorabilmente condannato la sacralità, il paternalismo e alla fine il protagonismo stesso del medico, ritenuto e ritenutosi unico depositario della potestà di tutela della salute umana, condizione, d'altronde sempre meno netta nei parametri oggettivi, sempre più improvvisatamente trasferito nella sfera della *felicità*: non oggettivabile e condizione nosologicamente non classificabile. D'altronde, la pretesa sociologica e giuridica di ponderare la qualità della vita, e di parametricamente oggettivarla, implica acrobazie retoriche che già falliscono in ambito giurisprudenziale. Del resto, la nozione di salute, siffattamente adombrata anche dalla definizione a suo tempo elaborata dalla più elevata organizzazione internazionale, è suscettibile d'esser minacciata e addirittura negata non solo dalle patologie nosologicamente intese ma anche da una miriade di fattori sociali e ambientali (ed è il diritto che ben prima della medicina legale ha aggiunto al danno extrapatrimoniale e esasperato il concetto di *danno morale*). È la *qualità* percepita della vita che va riconosciuto come legittimo prodotto di una restituzione alla persona (meglio, di una riappropriazione da parte della persona) del diritto alla libertà, all'autonomia nelle scelte vitali, soprattutto nelle decisioni sull'accettazione o il rifiuto del trattamento medico, mai mercanteggiabile, specie se inane e futile.

Ecco, questi ed altri sono i passaggi di un severo discorso sui principi e i limiti della nuova deontologia, cui non è congeniale (come dovrebbe non esserlo alla bioetica) una definizione ideologica in quanto espressione di cultura laica, libera da soggezioni e suggestioni materiali e morali, sensibile alla informazione più onesta e completa tanto nella trasmissione del sapere, quanto nel singolo rapporto di cura che renda quanto possibile più chiari ed accettabili le prospettive generali e specifiche della Scienza; e questo è stato ed è il doveroso impegno di tutti coloro, medici, politici, sociologi, filosofi, giuristi, che hanno *anche* in Italia, nell'ultimo trentennio (preceduti nel mondo anglosassone dalla *bioetica* e dal *diritto di common law*) riconsiderato e spostato in avanti le ragioni stesse e la precettività della deontologia medica. Ne è strumento operativo, il *Codice* dell'Ordine professionale – elaborato *da e per* la comunità sanitaria e

1 *Cos simboleggia l'Egeo che è davvero la espressione storicamente più suggestiva del "Mediterraneo, mare tricontinentale dagli incontri fecondi tra l'Est e l'Ovest, il Sud e il Nord ... mare che fu il mondo e che rimane per noi mediterranei il nostro mondo ... , luogo che si è emancipato dalle mitologie ... matrice di religioni ... di filosofie ... matrice della razionalità, della laicità, e della cultura umanistica, ... del Rinascimento e della modernità ... mare della comunicazione, della confluenza dei saperi". Ed è qui la ragione del titolo che ho laicamente scelto per questa mia riflessione sull'eterno confronto "dei culti che promettono la resurrezione dalla morte e delle saggezze che chiedono di accettare il niente della morte ..."* (da Morin E. e Ceruti M., *La nostra Europa*, Raffaele Cortina Ed., Milano, 2013).

per ogni operatore singolo, destinatari e per loro natura sensibili alla società e premurosi per la persona assistita ben più che per la corporazione – ne ha tratto ispirazioni verso una missione ed una operatività capaci di avvertire e raccogliere le promozioni e le prescrizioni della *bioetica* e della *legge*, ma non acriticamente, in quanto esse stesse mai esaustive né necessariamente coerenti, specialmente quando ideologizzate, con le convinzioni di ciascuno.

*

Molte volte Aldo Pagni ha sollecitato una rilettura del codice ippocratico (anche là dove il medico è legittimato a disattendere leggi inique). Ne fu propositore nei lontani convegni (anni '80-'90) promossi dalla Medicina legale senese alla Certosa di Pontignano, ideale luogo per meditati dibattiti. Ed io, che sentivo la stessa esigenza, me ne feci interprete in un intervento polemico (*Dimenticare Ippocrate ...*), comparso su *Bioetica: rivista interdisciplinare* (n. 2, 1995, pp. 264-268), che Maurizio Mori, in buona misura per me lusinghiera, condivise, ma che tanto irritò e gli storici della Medicina e i gelosi custodi della corporazione e del paternalismo medico indovati non solo nell'Ordine e spesso arroccati su posizioni di conservazione dei privilegi (anche nella mia disciplina).

A ben guardare, la leggenda di Cos, personalizzata da Ippocrate, medico, filosofo, sacerdote, esprime una lucida insofferenza verso il fatalismo dell'uomo, del mondo di fronte all'evento che turba o tradisce la vita e che solo il fideismo magico o religioso (nel senso etimologico della parola) poteva allora esorcizzare. La malattia non altro significava se non il prodotto d'influssi estranei e inafferrabili, così come i misteri della vita e della morte, edulcorabili e sublimabili con la medicina dell'anima, col sacrificio ... La *malia* del vicino Oriente, sfuggente ed arcano, alimentava col suo tepore, col suo torpore, fatalismi e fanatismi, misticismi e credulità, evocati dagli auguri, dai maghi, dai profeti; mentre l'altra sponda dell'Egeo, a occidente, già si animava di accentuazioni suggestive di una attitudine umana alla democrazia, alla libertà, alla responsabilità.

La forza del pensiero tendeva ad oggettivare le cause e i rimedi del male individuale o epidemico e non solo fisico: una forza che ha prodotto frutti definitivi solo nell'epoca moderna. Cos è stata il primo terreno di cultura della medicina occidentale, valorizzabile per aver secolarizzato il destino dell'uomo e riconosciuto nell'ambiente (terra, aria, acqua, nonché specie animali e vegetali, mefitiche ma talora anche salvifiche) la etiologia del malessere, in primo luogo fisico dell'uomo, preconizzando la necessità e il fine della medicina (pur sempre *arte*) che della ritualità magica, esoterica e sfuggente (cara soprattutto al potere) evolve verso il rispetto da un lato della potestà della conoscenza (maturata nell'ansia di investigare) e, dall'altro, della libertà e della dignità della persona. Dalla speculazione dottrinarica e dalla proposizione didascalica, prendevano vita i presupposti della deontologia, che sono, nell'ambito del rapporto medico-paziente e della più generale attitudine pubblicistica, gli obiettivi di una

reale armonia tra scienza e responsabilità, salute e libertà. Chi, come Pagni, conosce e coltiva Ippocrate ne valorizza il documento precettivo ma di più ne apprezza i molti trattati sulle cause dei morbi.

Tornando al titolo di questo elaborato, l'originalità e l'*eternità* laica del messaggio deontologico risiedono nella sempre più elevata potestà della scienza e nella sempre meglio definita e diffusa coscienza dei diritti individuali (scienza e coscienza in perenne progressione) mentre i loro passaggi epocali si snodano tra le prerogative tecniche del medico "scienziato", non più "autoreferente" (tranne, purtroppo che per le illusorie tentazioni delle medicine alternative) e la opposta proclamazione del primato assoluto delle libere opzioni relative alla propria salute, alla propria vita, alla propria morte, non sottraibili ai modi e ai limiti della personale tutela contro gli eventi ritenuti avversi.

*

Dopo il passaggio del secolo (e del millennio), si è consumato a più riprese il viraggio del Codice di Deontologia medica da galateo di comportamenti, da gelosa e talvolta sdegnosa connotazione corporativa a strumento di richiamo su regole di condotta contenute entro i termini del lecito, verso il contemporaneo rispetto della persona, non più necessariamente ed esclusivamente identificata nel paziente (e che comunque meglio si definisce come cittadino), in quanto titolare di diritti e di aspettative di sostanza etico-giuridica, bisognevole di protezione nelle condizioni più dolenti e drammatiche della vita, soprattutto quando inerenti la salute. È il medico è deputato e deve essere capace di conservarla e restituirla, se in possesso oltre dell'abilitazione professionale, di tecniche, di conoscenze, di coscienza, assolutamente idonee ed efficaci, eticamente e giuridicamente *necessarie*.

Il fondamentale significato di questa autentica rivoluzione deontologica, risiede e va indicato nella documentata attitudine da parte del medico (e dell'interlocutore) all'ascolto, alla trasmissione sincera e alla comprensione reciproca di messaggi, d'attese, di speranze, alla acquisizione, in definitiva, di fiducia, alla realizzazione di un clima illusoriamente definito come "alleanza terapeutica". La modulazione di queste fasi del rapporto sono dettate dalla bioetica e sono ormai acquisite in una estensione che tende alla coincidenza con le generali garanzie democratiche, tanto dalla dottrina medico-sociale, quanto dalla valutazione deontologica e giuridica, espresse nelle istanze deontologiche e giurisprudenziali, mentre il diritto codificato stenta a recepire un così complesso armamentario di regole civili, regionali o universali che siano, attestandosi su posizioni arretrate e spesso "confusionali". Siffatta doverosa apertura ben presente nelle ultime elaborazioni del Codice deontologico italiano e segnatamente nel vigente (2007) ha avuto in Aldo Pagni un autentico assertore, animato da ammirevole capacità di ricercare e di intendere l'essenza dottrina stessa dei temi e dei problemi nella loro accezione filosofica per poi trasfonderli utilmente nel patrimonio della professione ai fini culturale, didattico, informativo e for-

mativo, tradotti in principi a loro volta scaturiti, in misura soprattutto ammonitrice, dalla vetusta, remota lezione di Ippocrate. Eppure essa resta rileggibile ancora come sintesi e come paradigma delle essenziali aspirazioni della buona medicina alla armonia ed alla elevazione materiale e morale in termini di qualità, cui da allora tendono la filosofia e la scienza, anelanti alla compatibilità dell'una con l'altra.

Come Presidente della Federazione degli Ordini in anni roventi e poi, come docente e animatore fertile di un dibattito sempre puntuale e deciso, trasfuso, in contributi sempre eccellenti, anche su Riviste, monografie, convegni; come preparatore e diffusore di iniziative di aggiornamento e di formazione modernamente mediatica, svelate con appropriatezza anche rigorosamente accademica; e soprattutto come promotore di collegialità, Aldo ha dimostrato una sensibilità metagiuridica e nobilmente politica, propria di un collega ansioso d'aprire sempre nuove opportunità al bisogno di cultura umanistica del medico. Naturalmente, un altrettanto essenziale oggetto in questo trentennio d'impegno personale e collaborativo si è rivelato quello direttamente pertinente alla deontologia ufficiale nella preparazione della norma codicistica, terreno di confronto, di disciplina e di osmosi tra pratica e teoria, esperienza e prospettiva e, in definitiva tra premure sociali e altre giuridiche queste ultime esaltate o dimensionate dall'essenziale magistero della Corte Costituzionale. Ed è appunto il *Diritto*, l'altra fondamentale pietra di paragone della deontologia medica di oggi e di domani. È ben vero che il diritto e soprattutto il diritto penale già considera essenziale alla ordinata convivenza sociale la salvaguardia da parte del medico di particolari prerogative del cittadino, della collettività come la integrità della persona cui è deputato il referto medico; il "segreto" professionale da sempre protettivo della *privacy (ante litteram)*; la prevenzione (*denunce* sanitarie e in particolare delle malattie infettive e diffusive) e la difesa della *vita*, intesa come vicenda anamnestică, essenziale nelle fondamentali espressioni e in particolare nelle criticità del principio e della fine, e in altre sofferenze ed esigenze che l'esercizio della medicina fatalmente incontra nel suo dispiegarsi. Pur essendo chiaro che alcuni di questi "momenti" dell'esercizio sono, dalla legge penale e dalle successive norme speciali, sino a quelle più recenti relative alla sperimentazione nell'uomo ovvero rivolta alla tutela della *sanità* pubblica, sono esaurientemente risolte e solubili della statuizione in atto o *in fieri*. Ma ben altri obiettivi di personaggi sorretti da motivazioni ideologiche e politiche e spesso non intonati al rispetto della libertà (e della dignità) del cittadino, come la legislazione speciale sull'IVG, sulle tossicodipendenze, sui trapianti d'organo, sulla apodittica condanna di ogni forma di eutanasia. È comunque certo che, come si è detto, la classica deontologia medico-legale si esauriva nei termini del contrappunto ripetitivo di doverosità mediche stabilite dai codici, dalle leggi sanitarie, dalle leggi di polizia mortuaria, ecc. Fu, tra le altre cause, la *inattesa* esplosione del significato giudiziario della responsabilità medica, che propose e impose, anche nel quadro della formazione sanitaria, la determinante esigenza di una nuova conciliazione tra potestà curativa e diritti del-

la persona, quale del resto era già preconizzata dal lungamente *disatteso* articolo 32 della Costituzione della Repubblica. Oltre alla perizia e alla diligenza era già al medico italiano richiesto il duplice rispetto delle volontà del cittadino, e della legge e la buona medicina (oltre al principio del *neminem ledere*) doveva osservare l'ineludibile rilievo delle scelte individuali nell'opera di protezione e, se possibile, di restituzione dell'integrità psico-fisica. Ma più tardi il *consenso informato* (per usare un termine ambiguo, ormai insostituibile) finì per divenire il cardine, già altrove operante e insuperabile, dell'essenziale sostegno delle opzioni curative (o non) soprattutto di fine-vita: un obbligo preliminare non *all'area dell'atto medico*, peraltro più garantito, rispetto al passato, dalla susunzione, anche in Italia, della responsabilità medica nell'ambito del pubblico servizio (Ssn) che trasferisce nel dominio contrattuale la massima parte delle attività di diagnosi e di cura. Nel mentre nuove concezioni bioetiche e medico-giuridiche permeavano la deontologia e ne ridefinivano la stessa ragione, in ambito dottrinario, si affermavano in sede ordinistica, le dottrine e le problematiche della bioetica e del biodiritto, sempre meglio recepite dal Codice deontologico, che virò in senso *democratico* grazie alla cultura e alla concretezza di attente personalità tra le quali spiccano Aldo Pagni, Aristide Paci, Amedeo Bianco e Antonio Panti, quest'ultimo molto portato alla valorizzazione e alla interpretazione evolutiva e politica della norma giuridica e alla proclamazione della necessità assoluta di un notevole potenziamento delle potestà ordinistiche anche in campo disciplinare. Ma anche su questo ultimo punto mi riprometto di tornare, sia pur brevemente, pago di aver ricordato le motivazioni di alcuni dei protagonisti delle ultime due versioni del Codice deontologico.

*

Riassumendo le caratteristiche dell'opera di Aldo, mi preme in primo luogo sottolineare come alcuni postulati di fondo siano costantemente presenti nella sua ambizione costruttiva e nel suo apporto al fondamento dottrinario. Il primo di questi, quasi un riferimento costante, riguarda la improbabile definizione dell'*atto medico*, inutilmente ricercata inseguendo l'illusione di meglio determinare e proteggere, in logica scansione, le reciproche titolarità operative dei gestori della tutela sanitaria e degli operatori della stessa tutela, oggi tutti in qualche modo, confusamente (e non difendo i *mansionari*) legittimati, una volta sottratti alle rabbiose e "classiste" regole del "*mi si spetta (o non)*" e delle "competenze" considerate demagogicamente indipendenti dalla capacità, dalle necessità, dalle qualità. Senza perdersi nella selva oscura e nelle ipocrisie dei nuovi rapporti del medico generico con gli specialisti da un lato, con gli altri professionisti sanitari dall'altro (resi ancora più delicati dalle riorganizzazioni regionali del pronto soccorso e della *partnership* in sala operatoria), che Aldo Pagni ha criticamente considerato, ancorché suggeriti da precise esigenze, occorre piuttosto considerare il punto di convergenza insito nella estrema estensione dell'atto medico ormai riconosciuto come *necessariamente e doverosamente*

integrato dalle dirimenti condizioni della leale *informazione* e della ricerca del *consenso* inteso nei modi e nei tempi e con le premesse culturali proprie del *medico*. Questo è un altro momento forte della deontologia: così come quello della educazione permanente, della cultura informativa, oneri che si affacciano al Codice dei medici e tendono alla pratica definizione, cui si dedicano colleghi che ne esaltano e ne armonizzano la duplice gestione regionale e nazionale.

Ecco sono questi i punti prediletti da Pagni di cui mi piace dare atto, ricordando (anche a me stesso) che la sua ansia di delimitare l'atto medico (dando al medico quel che è del medico) ha senso solo se il medico riconosce alla volontà del paziente il ruolo di indispensabile viatico. È infatti sulla cultura informativa e conoscitiva e sulla validità etico-giuridica delle scelte oltre che sull'eccellenza tecnica che il medico deve fondare la sua *leadership*, non già sulla gelosa presunzione di *esclusività* esecutiva di singoli momenti, ferma restando la doverosità di un attento e responsabile impegno in *eligendo e in vigilando*, da accettare e esercitare, nel quadro, pur sempre immutabile, della soggettività ma anche della pluridiscendenza della colpa.

*

Il messaggio più recente di Aldo Pagni (*Decidere in medicina*, n.12, p. 35, 2012) ripercorre le vicende de “la deontologia medica tra bioetiche, giurisprudenza e biodiritto” con la matura esperienza di chi ha seguito il reale suo dispiegarsi nell'ambito disciplinare e nell'ondivago procedere giurisprudenziale troppo poco sensibile alla Convenzione di Oviedo del 1997 sui diritti della persona e la biomedicina e ancor meno ai richiami della Corte Costituzionale, ma anche soggetto alle «invasioni barbariche» di un legislatore, ora atterrito da laicismi esasperati, ora tremebondo succube di dogmi ribelli persino alle evidenze della scienza. Eppure non è venuta meno la coerenza con le garanzie costituzionali da parte di alti livelli della magistratura giudicante, capaci di esprimersi con fortissima dignità laica e libertaria sui temi dell'inizio e della fine della vita e sulla inviolabilità del dissenso anche quando sia in pericolo la vita. Purtroppo il magistero della Cassazione, dopo la grande lezione del caso Franzese (Cass. Pen. Sez. , 11 settembre 2002, n. 30328), si è impantanato nelle sabbie mobili e fatali (per l'equilibrio valutativo del singolo medico) della “poco” comprensibile duplicità del trattamento penalistico e civilistico della *mala* sanità, proprio nei fondamenti giuridici che ci avevano insegnato come unitari parametri della responsabilità: il nesso causale, il carattere della colpa, la certezza del danno alla persona oggi sfumato nelle *chances*, ma sono stati spinti sino all'inopinata valutazione e valorizzazione del *dissenso* della persona sottoposta a cure senza o oltre il suo volere, in caso di felice esito del trattamento. Ma a Pagni ed a me, soprattutto preme che «le leggi sui temi etici debbano essere leggere» (come la FNOMCeO ha richiesto più volte al Parlamento), riservando una generosa attenzione alle norme deontologiche dei medici, cui necessita una cornice capace d'inquadrare le potestà e i dubbi del medico e le attese del pa-

ziente nel rispetto dei valori *costituzionalmente garantiti*. D'altronde, se il pluralismo morale non consente d'individuare ulteriori precetti condivisi, è il diritto positivo che deve tradurre in leggi o delegare alle specifiche istanze i percorsi della realizzazione curativa, o, se vogliamo, dell'alleanza terapeutica: ma con la autorevolezza di una segnaletica né accanita né pervasiva.

E tuttavia, mentre sulle incursioni legislative, quasi mai felici e fortemente "sforbiciate" della Corte Costituzionale e della Corte europea di Giustizia (dirette particolarmente al complesso ordito della fecondazione medicalmente assistita), in sede deontologica ufficiale è unanime la condanna di absurdità biomediche e bioetiche; mentre sconcertante e incomprensibile è la ricaduta, sulla stessa Consulta deontologica della FNOMCeO, dell'ondivago contrappunto giuridico e giurisprudenziale in ordine ai temi dell'errore medico, della colpa lieve, del rapporto causale, delle insuperabilità del dissenso e più in generale delle *differenti* esigenze del diritto penale rispetto al diritto civile, nonostante la preziosa e serena puntualizzazione che in ogni occasione dispensa Gianfranco Iadecola.

La deontologia italiana è comunque condannata ad un eterno processo e a un irrisolvibile progresso, di cui è doveroso sottolineare il rilievo in sede ordinistica, ove convergono l'attenzione costante alle premesse epistemologiche e alle più nobili istanze dalla dignità e dalla *mission* professionale rivendicate e indirizzate anche da Aldo Pagni verso una concretezza pur migliorabile (auspicabilmente non ignorabile da parte dei troppi portatori di interessi pubblici e di riserve privatistiche), rispettosa della libertà professionale, sempre se accompagnata da qualità tecnica e da consapevolezza etica e medico-legale.

Resta il fatto dell'insoddisfazione condivisa verso alcuni particolari dell'attuale strumento deontologico che merita di essere in realtà aggiornato e, soprattutto attrezzato a superare o quanto meno a compensare le non chiare istanze del biodiritto, che a sua volta *non* può non tener conto dello smarrimento del medico di fronte alla incompleta e incerta ridefinizione giudiziaria della responsabilità. E in effetti il medico tende a smarrirsi soprattutto nel labirinto della responsabilità civile. Eppure, con la estensione giurisprudenziale ormai ventennale dell'ambito della responsabilità contrattuale, che automaticamente emerge non appena il medico dipendente abbia intrapreso l'atto diagnostico-curativo (assimilazione del contatto sociale al contratto di cura, secondo una nozione di matrice germanica che si attiene peraltro al principio della tutela pubblica della salute attraverso il servizio sanitario nazionale), e con la coeva e civilissima conquista giurisprudenziale – conseguita in sede penale – per la quale la certezza processuale del rapporto di consequenzialità tra danno e errore, nella materialità biologica e nella riferibilità all'indagato, può affermarsi solo se deprivata da ogni ragionevole dubbio (e l'influsso di *common law* è qui assolutamente positivo), sembrava avviato un processo di conciliazione tra le diverse connotazioni e finalità del rapporto e dalla sempre più frequente contesa. E la dimensione deontologica e il reciproco substrato etico parevano doversi limitare alla giusta pretesa di chiare prospettive per una equa, urgente e sostenibi-

le garanzia assicurativa, cui la FNOMCeO da Aldo Pagni ed Amedeo Bianco ha dedicato una forte premura, addirittura mal tollerata nelle sedi (legislative e previdenziali) che sembra buffo definire come “competenti”.

Ma così non è avvenuto. Ed in effetti sono oggi sempre più notevoli le differenze valutative della responsabilità medica tra le due fondamentali giurisdizioni dottrinarie e processuali, nonostante il respirabile clima assicurato dell'art. 3 del D.L. n. 158/2012 (Balduzzi), per il quale, con inatteso realismo, “l'esercente della professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attenga a linee-guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve” (affermazione pragmatica che non coincide, se astrattamente considerata, col principio di uguaglianza dei cittadini di fronte alla legge ma che si armonizza col principio civilistico per il quale l'obbligo di risarcimento del danno si riflette *anche* sul medico solo quando la sua colpa sia grave). A parte, comunque, ogni (indebita) riflessione sulla *coerenza* delle norme giuridiche nell'interno del loro stesso complesso, si profila un nuovo ambito di discrezionalità valutativa destinato a complicare a dismisura il contenzioso. Da che si desume la gravità della colpa?; dalla imperizia nel comportamento?; dall'entità del danno?; dal mancato rispetto della volontà del paziente e delle regole del consenso informato? A quale «oracolo» compete di dirimere l'incertezza giurisprudenziale sulla relatività del consenso e la inviolabilità del dissenso, che pareva a suo tempo superata dalla obliata garanzia costituzionale? È dunque possibile revocare un dubbio persino la apoditticità delle antinomie semantiche? E infine, dove sono finite le chiare enunciazioni della legge “Di Bella” sul senso delle linee-guida, sull'esigenza di motivarne l'adozione o il distacco?

Su questi punti frettolosamente affrontati anche dalla Corte Suprema dovrà intervenire davvero la deontologia medica. In particolare, andrà considerato come ulteriore “*vulnus*” al principio insuperabile del consenso e del dissenso del cittadino, e quindi di una precisa garanzia costituzionale, la sopraggiunta “indifferenza” nei confronti del difetto di consenso al trattamento, allor che l'indebito atto medico produca un effetto positivo o ideologicamente presunto come tale. Su questa sorgente di dubbio deontologico, è addirittura *tranchant* il giurista e bioeticista Sergio Fucci (in *Decidere in medicina*, n. 6, p. 41, 2012). Il declino di ogni interesse alla univoca accezione della causalità in ambito civile anche in caso di danno esistenziale o di attestate perdite di *chances*, costituisce infine un drammatico ritorno dell'accertamento della colpa, in base alla ponderazione o alla scusabilità dell'errore (così ben tracciata dalla Giurisprudenza americana), che spaventa giustamente il medico legale e ricaccia indietro nel tempo quell'aria nuova che la conoscenza di *common law* e dei suoi riverberi era beneficamente intervenuta nella nostra stagnante prassi giudiziaria. Derivati “tossici” di una etica servile, di una bioetica intollerante e di una giurisprudenza in costante acrobazia tra torpore e ribellione alla razionalità del bio-diritto e persino alla legittimità costituzionale, incrinano in definitiva le certezze sulle quali si è costituita la vigente deontologia, specialmente nella ac-

quietante armonia raggiunta dal Codice deontologico vigente sul rapporto di causalità, sulla reciproca dignità tra medico e “paziente”, sulla inscindibilità tra tutela della salute e rispetto degli altri fondamentali diritti. Come accade per l'acciaieria di Taranto.

Queste amare e forse “dilettantesche” considerazioni trovano tuttavia conferma nella più recente dottrina giuridica, che da ultimo sintetizza Massimo Franzoni (in *Responsabilità civile e ... penale*, in “Responsabilità civile e Previdenza”, 6, pp. 1831-1844, 2012), anche sulla scorta di una vasta, inquietante e altrettanto recente giurisprudenza in tema “di responsabilità civile e in particolare di quella sanitaria”. Partendo dalla ormai confusa relazione tra diritto penale e civile, Franzoni ammette che “la forte esigenza di valorizzare la persona umana nel rapporto con gli altri e in modo particolare con lo Stato, ha fatto emergere una contraddizione” che cioè “tanto più il diritto valorizza la persona, quanto più la posizione del medico finisce per equivalere a quella di chiunque altro *le ponga le mani addosso*, con il rischio di esporlo al rischio (ripetizione del citato Autore) di subire un giudizio penale”.

Par di sentire un monito per il diritto penale: *giù le mani dalla responsabilità medica* e forse le pasticciate ricette del D.L. Balduzzi, ne costituiscono un pessimo presagio normativo. Certo è che “il generale ripensamento del rapporto tra medico e paziente” ... “vede nel *dovere all'informazione*” ... “il *primo nucleo*” di una riduzione del diritto all'autodiscriminazione del paziente. Solo per un difetto d'informazione “il dolo e la colpa grave del medico giustificano ampiamente l'impegno del diritto penale”. Di questa prospettiva “dà paradossalmente atto anche con un certo interesse la Cassazione penale nell'escludere la responsabilità penale del medico che abbia eseguito un intervento su un paziente, con esito migliorativo per la sua salute, senza aver acquisito il necessario consenso”. Ed ecco il motivo per cui “quasi tutti i progetti di legge ... ne danno atto, col prevedere l'obbligo bilaterale dell'*assicurazione del rischio*, per mitigare la remunerazione penalistica della responsabilità civile, nei casi di colpa lieve di cui occorre *ripensare il modello*”.

Ebbene queste note così autorevoli e accurate, scandiscono un nuovo (e già accennato) concetto di *atto medico*, o di *relazione medico-paziente*, o, se proprio si vuole, di alleanza terapeutica, tanto per accontentare il legislatore che per screditare il testamento biologico mira più alla forma che alla sostanza. In primo luogo, il cuore dell'*atto medico* sta nell'*informazione* essenziale e nella presa d'atto del *consenso* se, ovviamente, compenetrato dall'esposizione e dalla consapevolezza del percorso diagnostico-terapeutico che s'intende seguire. La *componente pragmatica* dell'atto deve essere ovviamente sorretta da diligenza, prudenza, perizia e documentata da osservanza di linee-guida oltre che da fondate e consolidate regole scientifiche. Quindi: buona qualità dell'informazione, buona qualità della gestione, buona qualità della documentazione.

C'è una vecchia ipotesi, di Aldo Pagni, quella di riscrivere tutto il Codice; ma quando questa ipotesi veniva formulata non erano ancora emerse le drammatiche incertezze normative e giurisprudenziali di quest'ultimo tempo. Ora for-

se si avvicina il momento di dare un nuovo colore e un maggior calore a un disegno operativo che sembrava fin qui prematuro. La deontologia deve infatti compiere un altro passo in avanti che valorizzi il ruolo delle autonomie reciproche e contemporaneamente la dignità etica e scientifica della medicina; un ruolo che peraltro presuppone una promozione istituzionale, una chiara legittimazione degli Ordini stabilita *ex lege*, con l'affidamento alla Deontologia ufficiale e al codice di riferimento una potestà giurisdizionale capace di illuminare le zone grigie della doverosità medica, della disciplina deontologica, della definizione sanzionatoria. Del resto la più realistica dottrina giuridica tende ormai a sottrarre tali compiti alle asperità della Norma comune, almeno per quanto riguarda la rottura in corso del rapporto tra entità dell'errore e perseguibilità della colpa, la cui *levità* o *gravità* spesso si iscrivono in contesti relazionali, ambientali o conoscitivi, non sempre apprezzabili sulla scorta delle mere previsioni legislative.

Lo sforzo del legislatore dovrà in altri termini indirizzarsi verso la "attribuzione" alle competenze ordinistiche di una effettiva giurisdizione attenta ai principi più che ai sussurri e prevedere particolare significato ad una nuova deontologia rendendo effettiva la delega sulle responsabilità disciplinari anche nell'erogazione di sanzioni.

Si delinea così, dopo gli aggiornamenti codicistici in atto, un salto di qualità della Deontologia, che Aldo Pagni da tempo propugna.

Sarà un'occasione storica, da non perdere, per la Medicina italiana e per il Socialismo che inquadra, disciplina, informa, valorizza, rassicura e *permanentemente* educa coloro che la professano.

Il cambiamento del Codice Deontologico nell'edizione 1998

Mariella Immacolato

*Direttore dell'U.O. di Medicina Legale, Asl – 1 di Massa Carrara, Università di Pisa,
membro del Direttivo della Consulta di Bioetica Onlus*

Questo mio scritto vuole mettere in luce il contributo che Aldo Pagni ha dato alla riflessione deontologica italiana con particolare riguardo all'edizione 1998 del Codice. Negli anni in cui è stato dapprima consigliere, poi vicepresidente dell'Ordine dei medici di Firenze e, dal 1996 al 2000, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), sono avvenuti dei cambiamenti che hanno rivoluzionato il paradigma etico della medicina. Aldo ha contribuito a questa rivoluzione cogliendola e favorendone il recepimento nel Codice Deontologico. Infatti è proprio l'aggiornamento del 1998 che segna il passaggio dal vecchio modello di rapporto medico paziente, di stampo ippocratico paternalistico, al nuovo modello basato sull'autonomia. È proprio sotto la presidenza Pagni che il codice deontologico assume il consenso informato come architrave della relazione medico paziente.

Oggi è ormai acquisito che il fondamento etico, giuridico, deontologico di legittimità dell'atto medico è il consenso informato¹. Ma in un passato non lontano, la questione stava in termini ben diversi, e pressoché opposti. I principi di libertà, di volontarietà delle cure, di centralità del paziente che sono alla base del consenso informato, pur essendo affermati dalla Costituzione italiana e dalle leggi emanate, in materia sanitaria, sono rimasti mere enunciazioni teoriche fino a quando il dibattito bioetico non è arrivato anche da noi.

¹ Art. 13 Costituzione: "la libertà personale è inviolabile"

Art. 32 Costituzione: "Nessuno può essere costretto ad un trattamento se non per disposizione di legge la quale, in ogni caso, non può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Sent. Corte Costituzionale, n.471/90, afferma la libertà di disporre del proprio corpo.

L. n.180/78, art. 1; L. n.833/78, art. 33, c.1: "Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari"

L..n. 833/78, art.33, c.II: "La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana"

L. 135/90, art.5, c.3: "Nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV se non per motivi di necessità clinica nel suo interesse...."

Codice di Deontologia Medica 1998, capo IV, art. 32: "Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente."

È entrato poi nel mondo sanitario, anche grazie a medici illuminati come il dr. Pagni, che hanno saputo cogliere le nuove istanze e tradurle nel modo adeguato. Quando mi sono laureata, alla fine degli anni '70, non sembrava ci fossero questioni etiche aperte connesse alla professione, né tanto meno interrogativi circa il rapporto medico paziente, o almeno non se ne parlava. Il corso di studi di medicina ci aveva trasmesso il messaggio che il nostro compito sarebbe stato quello di affrontare, e possibilmente risolvere, una o più malattie riunite in un "contenitore biologico" che quasi nessuna disciplina ci aveva educato a considerare come persona, nella sua interezza, nella sua dimensione e dignità umana. Il quadro descritto dal medico bioeticista americano Edmund D. Pellegrino, si avvicina molto al panorama che avevo di fronte all'inizio della mia esperienza professionale. Scrive Pellegrino: "When I entered medical school 50 years ago, medical ethics was, as it had been for centuries, solely the domain of the profession, protected from the mainstream of cultural change and framed in seemingly immutable moral precepts. This is the way medical ethics also appeared 30 years ago when I began to study, teach and observe the field. If there was anything that seemed impervious to the metamorphosis we felt all of medicine to be undergoing, it was its ancient ethical framework"².

Il paradigma etico, delineato da Pellegrino per gli anni '60 del secolo scorso, corrisponde, più o meno, a quello medico italiano degli anni Settanta-Ottanta, che si è mantenuto, piuttosto indifferente, alle questioni bioetiche fino a quando non è stata pronunciata la ormai storica sentenza sul caso Massimo, avvenuto a Firenze dove Aldo Pagni esercitava la professione e svolgeva il suo ruolo nell'ordine dei medici di Firenze.

Quella sentenza dei giudici ha cambiato la prospettiva in cui si era mosso fino ad allora il medico italiano: "Qualsiasi forma di trattamento medico-chirurgico richiede l'esplicito consenso del paziente (o del suo rappresentante legale), senza che possa avere rilevanza un consenso meramente presunto: risponde quindi del reato di lesioni volontarie (o, in caso di conseguente morte del paziente di quello di omicidio preterintenzionale) il chirurgo che, senza che ricorrano i presupposti dello stato di necessità di cui all'art. 54 c.p., cambi il tipo di operazione e sottoponga il paziente ad un intervento più cruento di quello consentito ed inizialmente intrapreso".

2 Edmund D. Pellegrino *The Metamorphosis of Medical Ethics. A 30-Year Retrospective*, in *Retrospect, Jama*, March 3, 1993-Vol 269, No. 9 p. 1158: "quando mi sono iscritto a medicina 50 anni fa [nel 1943], l'etica medica era, come è era sempre stato per secoli, esclusivo dominio della professione, protetto dalle correnti del cambiamento culturale e strutturato su precetti morali che apparivano immutabili. Questo era il modo in cui l'etica medica ancora appariva 30 anni fa quando ho cominciato a studiare, insegnare e osservare il campo. Se c'era qualcosa che appariva impervio alla metamorfosi che noi tutti avvertivamo stava coinvolgendo la medicina, questo era l'antico impianto etico".

Tale sentenza³ rappresenta la svolta dell'orientamento giurisprudenziale italiano in tema di responsabilità medica. I giudici delle tre Corti, infatti, affermano la responsabilità del chirurgo Massimo per aver agito contro la volontà della paziente condannandolo, con una sentenza senza precedenti in Italia, per omicidio preterintenzionale. A seguito di essa, l'Ordine dei medici di Firenze, dove Pagni esercitava il ruolo di consigliere, commina la sanzione più grave prevista: la radiazione perpetua dalla professione. Il fatto è clamoroso perché, inaspettatamente e sorprendentemente, i giudici giudicano la condotta medica non nell'ambito della responsabilità colposa, ma di quella penale per il reato di lesione personale volontaria, ascrivendo l'elemento psicologico del reato alla mancata acquisizione del consenso informato della paziente. Quindi ciò che apparve estremamente scioccante fu che, nel caso in specie, le contestazioni al medico non attenero tanto alla *malpractice*, quanto all'aver agito senza il consenso valido della paziente, ovvero contro la sua volontà, al di fuori dello stato di necessità, che fu così reinterpretato in maniera più stringente per il medico⁴. In questo modo venne attribuito un rilievo decisivo al ruolo del consenso informato nella relazione medico paziente.

Di consenso all'atto medico, nel significato di *assenso*, se ne è sempre parlato fin dall'antichità. Il vero cambiamento rivoluzionario si realizza quando compare l'aggettivo informato accanto al sostantivo consenso⁵, che introduce di fat-

3 Sentenza pronunciata il 18 ottobre 1990, dalla Corte D'Assise di 1° di Firenze, confermata dalla 2° Corte di Assise di Appello di Firenze in data 26.6.'91, depositata il 10.8.'91, divenuta definitiva con la decisione della Corte di Cassazione, sezione V, del 21 aprile 1992. In *Cass. pen. mass. ann.*, 1993, n. 37, p. 62.

4 Lo stato di necessità, ex art. 54 c.p., ha per lungo tempo rappresentato l'ampio ombrello sotto cui hanno trovato riparo e giustificazione gli interventi medici ritenuti "necessari ed urgenti", attuati in difetto di una preventiva, doverosa, informazione e del consenso del paziente. In base all'art. 54, il pericolo grave di danni alla persona, non altrimenti evitabile, giustifica l'intervento medico privo del consenso del paziente. E' evidente che, in mancanza di una qualche forma di precisazione e di delimitazione del "pericolo grave di danni alla persona, non altrimenti evitabile", la discrezionalità del medico di agire, senza ricercare il preventivo consenso del paziente, è troppo ampia. Questa discrezionalità ha subito un netto ridimensionamento dopo la sentenza Massimo e dopo il D.M. 1° settembre 1995, in tema di trasfusioni di sangue e somministrazione di emoderivati, che, all'art. 4, prevede il consenso informato scritto del ricevente la trasfusione e fa coincidere lo stato di necessità, in cui il medico può intervenire in difetto di consenso, con "l'imminente pericolo di vita". Ha operato in questa direzione l'attuale versione del codice di deontologia medica che, agli artt. 34-35, afferma "...Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso...". "Allorché sussistano condizioni di urgenza e in caso di pericolo per la vita di una persona, che non possa esprimere, al momento, volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure indispensabili".

5 Ciò avviene in Italia nell'edizione del Codice di Deontologia medica del 1989: capo IV, artt. 39-40-41-42.

to delle novità sostanziali: la necessità, ovvero l'obbligo del medico di informare il paziente su tutti gli aspetti relativi alla sua salute e ai possibili trattamenti affinché questi possa aderire alla decisione clinica in maniera consapevole. Non solo questo, però, l'aggettivo "informato" porta con sé, infatti, il concetto fondamentale della *comprensibilità* e della *comprensione* dell'informazione da parte di chi la riceve: questa non può ritenersi effettuata attraverso la fredda, burocratica elencazione di tutti i possibili aspetti tecnico-scientifici inerenti al problema di salute dell'utente. L'informazione, fermo restando il requisito della sua completezza, realizza il consenso informato solo nel momento in cui viene resa accessibile all'interessato ed è effettivamente compresa dallo stesso. Questo ha comportato la trasformazione e l'ampliamento del significato originario e lessicale della parola "consenso"⁶ che, con l'aggiunta di "informato", da assenso/autorizzazione al trattamento medico diventa diritto del paziente ad autodeterminarsi. La portata di tale cambiamento però non fu compresa dalla classe medica italiana che ancora per molto tempo rimase indifferente al nuovo modello di rapporto medico paziente che il consenso informato aveva introdotto. Solo alcuni medici, tra cui spicca, sicuramente, Aldo Pagni si resero conto, già agli inizi degli anni '80, che il consenso informato è un momento cruciale, rappresentando, il cambiamento del paradigma culturale e non certo una formalità da compiere per proteggersi da possibili contenziosi giudiziari. Il dr. Pagni è artefice e protagonista della rivoluzione culturale medica in quanto ha promosso il recepimento del nuovo modello di medicina basato sulla autonomia nel codice di deontologia medica. Questa nuova visione delle cose viene in parte recepita dall'edizione del 1989 del codice di deontologia medica, nel quale un intero capitolo – capo IV – viene dedicato a "Informazione e consenso del paziente". È la prima volta che, nel documento ufficiale della federazione italiana degli ordini dei medici, viene affermato il valore della autodeterminazione del paziente nella decisione clinica, anche se è in parte mitigato dalla discrezionalità, che è riconosciuta al medico, per il cosiddetto "privilegio terapeutico"⁷, di dire la verità al paziente circa il suo stato di salute e di far partecipare i famigliari, piuttosto che il paziente, alla decisione clinica. Tuttavia il Rubicone è varcato e, negli anni '90, grazie anche a Pagni, presidente della federazione degli Ordini professionali in quel decennio, il Codice Deontologico archivia definitivamente il paternalismo medico facendo suo il modello basato sull'autonomia. Pagni ha il merito di avere saputo cogliere il cambiamento rapido, e in continuo divenire, del sentire comune, il netto spostamento della giurisprudenza verso l'affermazione del diritto di autodetermina-

6 *Significati della parola "consenso":* 1. conformità di voleri, di giudizio. 2. il consentire a una richiesta, autorizzazione 3. Approvazione. N. 1. Sin. accordo, assenso, intesa 2. Sin. accettazione, adesione 3. Sin. acquiescenza, adesione, beneplacito. Dizionario Della Lingua Italiana F. Palazzi, G. Folena, Ed. Loescher 1995.

7 Il cosiddetto "therapeutic privilege", conservando al medico la discrezionalità di quanta e quale informazione dare al paziente, continua, in qualche misura, a reiterare il paradigma paternalistico. In proposito vedi Young R. *Informed Consent and Patient Autonomy*, in H. Kuhse, P. Singer, *Companion to Bioethics*, pag. 450.

zione e ha inoltre preso parte attivamente al dibattito bioetico. Tutto ciò ha portato, grazie al suo prezioso contributo, l'esigenza di un rinnovamento incalzante del Codice di deontologia medica che, nell'ultimo scorcio del ventesimo secolo, viene aggiornato per ben tre volte⁸. Al contrario di quanto era successo in precedenza, quando il mutamento dell'etica medica e del contesto socio culturale era stato così lento e graduale da rendere necessari solo pochi (3) aggiornamenti del codice⁹, dilazionati ampiamente nel tempo. Il Codice del 1995 e, soprattutto, quello del 1998, dove scompare il "privilegio terapeutico" del medico di non dire la verità al paziente mostrano come, almeno sulla carta, i medici abbiano fatto propria la visione della medicina basata sul modello dell'autonomia. Con l'affermazione del consenso informato diritti "vecchi" – diritto alla dignità, all'autodeterminazione, all'informazione, alla riservatezza –, per lo più formulati all'inizio del Novecento, rimasti per troppi anni solo enunciazioni di principio nelle carte costituzionali dei paesi occidentali e in molte normative sopranazionali e nazionali, vengono riscoperti e soprattutto diventano esigibili.

Tale direzione, impressa anche da Pagni, negli anni Novanta non era, sul piano teorico, ampiamente condivisa perché, secondo una linea di pensiero, l'Italia, paese mediterraneo con forte presenza e influenza della confessione cattolica, avrebbe avuto serie difficoltà a passare da una cultura, tradizionalmente ispirata al modello ipocratico-paternalista, a un'etica liberale o utilitarista con attenzione ai diritti individuali. Alcuni autori difendevano un modello differente da quello basato sull'autonomia che ritenevano più adeguato alla cultura mediterranea. Tale modello, definito della "alleanza terapeutica"¹⁰, propone una relazione medico paziente basata sul-

8 Edizioni del 1989, 1995, 1998.

9 Edizione del 1912 (elaborato dall'Ordine provinciale dei medici di Torino, che successivamente fu seguito dagli altri Ordini), edizione del 1953 (c.d. Codice Frugoni, elaborato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici), edizione del 1978, primo codice moderno, elaborato per rispondere alle nuove esigenze derivate dall'istituzione del sistema sanitario nazionale (l.833/78). Nell'evoluzione della deontologia medica non solo vi è un'accelerazione temporale significativa, ma anche dal punto di vista contenutistico il cambiamento è decisivo.

10 "Nella medicina ispirata all'alleanza terapeutica il consenso informato sarà più semplicemente l'esito finale di una relazione sanitario-paziente/parente che è prioritariamente rivolta a ricercare il bene del paziente nel rispetto di valori morali di riferimento condivisi da entrambi i poli della relazione, quali per esempio la tutela della vita, il rispetto del finalismo naturale come espressione del trascendente ...," L. Orsi continua affermando che tale modello di medicina è "troppo sbilanciato sul principio di beneficenza, che inevitabilmente finisce per entrare in serio conflitto con il principio di autonomia poiché tale modello ambisce a ispirarsi a un concetto di bene moralmente e socialmente preminente, o presunto tale, e quindi forzatamente aprioristico, troppo prudenziale e comunque limitativo della libera, consapevole e autonoma ricerca e definizione del bene del singolo individuo. Ne risulterebbe un mancato rispetto per il pluralismo etico che è invece dovuto in ossequio al principio di tolleranza, cui tutti dovrebbero sottostare, essendo forse uno dei punti più elevati dell'evoluzione delle civiltà a noi note." L. Orsi in "Bioetiche in dialogo", a cura di P. Cattorini, E. D'Orazio, V. Pocar, Zadig, Milano, 1999.

la fiducia e sull'empatia che lascia spazio, si potrebbe dire, ad una forma di "paternalismo morbido" in cui i famigliari continuano, in qualche misura, ad essere coinvolti nella decisione clinica e il medico non si espropria del tutto del "privilegio terapeutico" di poter graduare l'informazione da fornire al paziente. Ma questo modello, che continua ad essere suggerito¹¹, diventa sempre meno attuabile perché le cose stanno andando in senso contrario a ciò che esso propone: il codice deontologico corrente, la giurisprudenza¹², la legge sulla pri-

- 11 *Ancora oggi c'è chi si riconosce nel modello dell'alleanza terapeutica e sostiene che i dati relativi alla salute appartengono in buona sostanza al medico che decide quanti e quali dati dare al paziente, contribuendo in questo modo a mantenere un certo grado di paternalismo medico. "Pertanto, pur nell'ambito di una concreta onestà intellettuale – verso la quale esiste uno specifico obbligo d'impegno – il medico può ancora riservarsi un ragionevole spazio d'azione entro cui estendere o limitare la quantità e il tipo di informazioni che deve fornire."* G. Macellari "Il consenso informato" pag. 41 in *Bioetica chirurgica e medica*, L. Battaglia, G. Macellari, ed. Essebiemme, 2002.
- 12 *Breve rassegna di giurisprudenza relativa al consenso informato e al dovere di informare. Delle sentenze più efficaci si riassumono brevemente, laddove è possibile si riportano, le parti più significative per il tema trattato: Sentenze n° 3604 del 12.6.'82, n° 4394 del 8.8.'85; Sentenza della Cassazione Civile n° 364 del 15.2. 1997; Sentenza della Corte di Cassazione n° 3.599 del 1997: le informazioni relative a ogni persona appartengono, in primo luogo, a quella persona stessa ed il medico non ha alcun potere discrezionale nel decidere quali informazioni dare, anche se il corso successivo degli eventi è inevitabile; Sentenze della Corte di Cassazione, Sez.III Civile, del 30 aprile 1996 e Sez. n.364 del 15 gennaio 1997; Sentenza della Corte di Cassazione, Sez. II, 24 settembre 1997, n. 9374: "Nel caso di intervento chirurgico – e lo stesso è da dirsi per un accertamento diagnostico di tipo invasivo – è necessario che il paziente dia il proprio consenso al compimento sul suo corpo degli atti operativi, con la conseguenza che sussiste la responsabilità del sanitario in difetto di detto consenso, nonostante il fatto che l'intervento medesimo sia stato eseguito in modo corretto. ... E' specifico dovere del medico rendere edotto il paziente dell'intervento da eseguire al fine di ottenere un valido e consapevole consenso, informandolo altresì di tutti i rischi che l'effettuazione dell'intervento medesimo può comportare. ... Anche in difetto della identificazione del medico o dei medici che avrebbero dovuto adempiere all'obbligo di informazione, sussiste la diretta responsabilità della Pubblica amministrazione per il fatto illecito commesso dal dipendente se risulta provata la sussistenza del nesso di causalità tra il comportamento del pubblico dipendente e l'evento lesivo subito dal paziente"; Sent. Corte Cassazione, Sez. VI Penale, del 18 marzo '97 (Trib. Pordenone 18.3.92, Corte Appello Trieste 13.11.'96 e 1.7.'97). Nelle 4 pronunce delle Corti vengono affermati inequivocabilmente che: a) il medico ha un obbligo, non soltanto deontologico, bensì giuridico, penalmente sanzionato, di informare, e il malato ha il corrispondente diritto a conoscere il proprio stato di salute; b) il dovere di informare per il medico non si esaurisce nel momento dell'acquisizione del consenso al trattamento, ma permea l'intero percorso clinico, fino a configurare per il sanitario un dovere di diligenza professionale. In altri termini, l'informazione è doverosa anche quando non sia orientata all'ottenimento del consenso e, chiaramente, anche nei casi in cui non abbia diretto rilievo sullo stato psico-fisico del paziente; c) il comunicare al paziente il risultato di un esame diagnostico non costituisce un elemento accessorio ed eventuale ma fa parte del contenuto specifico della prestazione medica.*

vacy, la recente apertura ai *living will*, portano inequivocabilmente all'uscita di scena dei famigliari dalla relazione medico paziente e alla fine del "privilegio terapeutico". Al medico, sul piano teorico e delle norme appena citate, non viene più riconosciuta alcuna discrezionalità sul dire la verità, su quanta dirne e quando, ma solo, forse, sul come comunicarla. Il paziente è l'unico ed il solo titolare delle informazioni che riguardano la sua salute, mentre il medico le tratta nei limiti strettamente necessari e a lui concessi dal paziente. La decisione clinica non può prescindere, al di fuori dello stato di necessità, dall'apporto dialogico del paziente e/o del suo rappresentante legale.

Sebbene i segnali appena descritti sono indicativi che la strada intrapresa, anche grazie al contributo del dr. Pagni, va verso il modello basato sull'autonomia, ancora siamo molto lontano dalla sua piena realizzazione anzi, ci troviamo a vivere in una realtà, a macchia di leopardo o meglio "schizofrenica", in cui affermazioni nette e intransigenti circa l'imperativo categorico rappresentato dal consenso informato si scontrano con asserzioni, anche giurisprudenziali¹³, che vanno nel senso contrario. Mentre nel mondo anglosassone l'autonomia è sovrana e, in assenza di danni a terzi, trova confine esclusivamente nella *competence* della persona che esercita il diritto di autodeterminazione, nel nostro paese la questione è confusa e rimane aperta a soluzioni, spesso, contrastanti. In Italia, infatti, continua ad essere di attualità il dibattito circa i limiti posti, alla libertà dell'individuo di disporre del proprio corpo e della propria vita, dall'articolo 5 del codice civile. Limiti che a molti appaiono in contrasto con il principio personalista che informa la Costituzione che si traduce nella tendenziale prevalenza del diritto di libertà dell'individuo sull'interesse statale ad una generica preservazione della vita e della integrità della salute.

13 Nella Sentenza della Cassazione- Sezione IV penale (Up)- 9 marzo/ 12 luglio 2001, viene affermata l'opposto di ciò che era stato asserito nella sentenza Massimo: *l'intervento chirurgico infausto e senza consenso del paziente non è omicidio preterintenzionale*. "... Infine, sul complesso problema della qualificazione giuridica del fatto accertato, le due Corti hanno concordemente e motivatamente escluso l'ipotesi dell'omicidio preterintenzionale prevista dall'articolo 584 Cp formulata dal pubblico ministero e fondata essenzialmente sull'inesistenza del consenso informato della paziente sulla circostanza che, in mancanza di tale consenso, la condotta del medico chirurgo fosse intenzionalmente diretta, in una situazione caratterizzata dall'assenza di ragioni di urgenza riconducibili ad uno stato di necessità, a ledere l'integrità della Gentili. ... Sul consenso del paziente la Corte condivide la preoccupazione, espressa dal Procuratore generale nella memoria presentata in udienza, per una eccessiva enfaticizzazione di tale elemento le cui finalità sono in realtà diverse rispetto a quelle di legittimare interventi lesivi dell'integrità del paziente e la cui rilevanza non ha un ambito di applicazione generalizzato ove si tenga conto dei limiti posti dalla legge ...".

Vorrei concludere questo breve intervento sottolineando ancora una volta come l'evoluzione dei codici deontologici¹⁴ che si è avuta nel periodo in cui Pagni ha diretto la Federazione degli ordini dei medici ha comportato la transizione completa e definitiva dal tradizionale modello ippocratico paternalistico di rapporto medico paziente a quello basato sull'autonomia dove accanto al diritto all'autodeterminazione del paziente vi è la legittimazione delle sospensioni delle cure a fine vita e delle volontà del paziente divenuto incapace attraverso le direttive anticipate.

14 Sono stati presi in considerazione i codici del 1903 (Codice di Etica e deontologia dell'Ordine dei medici di Sassari), 1910, 1947, 1958, 1978, 1989, 1995, 1998, 2006. Ho tralasciato per ragioni di spazio la disamina del Codice dell'Istria (1897) di recente scoperto da Sara Patuzzo e pubblicato in Bioetica. Rivista interdisciplinare, XIX (2011), n. 4, pp. 565 – 581.

L'anticiarlatano

Giorgio Cosmacini

Storico della medicina, professore di storia della medicina, Università Vita e Salute San Raffaele, Milano

Medicina e ciarlataneria sono territori contigui: talvolta capita che l'una sconfini nell'altra. La prima è basata su modalità comunicative utilizzate anche dalla seconda. La medicina, infatti, si fonda sul dialogo (tra medico e paziente), sullo scambio verbale, su una efficiente ed efficace modalità applicativa di quella che oggi viene chiamata "scienza della comunicazione". Tale applicazione al rapporto interpersonale consta di parole trasmettitive di competenza e motivate da disponibilità; ma talora capita che le parole siano chiacchiere o ciarle.

Tre esempi storici, con varie sfumature, sono significativi al riguardo.

Il grande malato non immaginario Molière, divorato dalla tisi, al Re Sole che gli domandava "Che cosa vi consiglia il vostro medico?", rispondeva riassumendo la relazione interumana tra medico e paziente in due sole parole: "Sire, chiacchieriamo".

Il re di Spagna Filippo IV, volendo distinguere tra scienza vera (teologia) e scienza fittizia (medicina) annotava in margine a un suo documento, conservato nell'archivio storico di Simancas, questa frase: "Parlar di scienza è ciarlare".

Il medico Jean-Paul Marat, prima d'essere (con Danton e Robespierre) il padre trinitario della rivoluzione francese, pubblicò sul proprio giornale, *L'ami du peuple*, dodici lettere intitolate *Les charlatans modernes* e dirette contro il "ciarlatanismo accademico".

A proposito di ciarlatanismo medico, ha scritto il medico ed editorialista Roberto Satolli (*La salute consapevole*, Bari 1990, p.300): "Chissà se qualche lettore non faccia una divertente scoperta, trovando tracce o dosi consistenti di ciarlataneria anche in personaggi insospettabili, come medici famosi, primari d'ospedale o direttori d'istituto".

Sull'annosa questione dell'intreccio fra ciarlataneria e medicina – o della ciarlataneria in medicina – si fece carico fin dal 1910, anno della sua fondazione su scala nazionale, l'Ordine dei Medici. Ponendosi anzitutto quale coscienza sanitaria della nazione, l'Ordine neofondato aveva tra i suoi fini la lotta senza quartiere all'abusivismo e alla ciarlataneria, ovviamente al di fuori dei propri ranghi. Tale finalità ha conosciuto, nell'arco di un secolo, alti e bassi, venendo a confrontarsi anche con fatti non estrinseci, ma interni alla categoria; negli anni cinquanta il caso Bonifacio, negli anni sessanta il caso Vieri, negli anni novanta il caso Di Bella.

Quest'ultimo caso è esploso nel 1997. Il professor Luigi Di Bella, già docente di fisiologia nelle Università di Parma e di Modena, non era il primo venuto:

sapeva di scienza e tuttavia sottraeva la propria “multiterapia del cancro”, a base di somatostatina, alla regola aurea che esige per ogni trattamento medico il vaglio preliminare di una rigorosa sperimentazione scientifica e l’osservanza ineludibile del principio di precauzione.

La Cuf (Commissione unica per i farmaci) confermò che la “cura Di Bella” non aveva né credibilità scientifica, né utilità pratica. Tanto bastò per far scattare in molti incauti o sprovveduti opinionisti e in larga parte dell’opinione pubblica, assalita da notizie condite d’imprecisione e d’iperemotività, il sospetto di una persecuzione di casta da parte della medicina ufficiale nei confronti dell’anziano guaritore – un omino mite, per molti un sant’uomo – che prometteva ai malati di guarirli dal loro male inguaribile.

In più, la questione assunse una coloritura politica, partitica. Si assistette a una ondata emotiva cavalcata dalla “destra” a favore, in nome di una presunta “libertà di cura” e di un malinteso “diritto alla vita”, e dalla “sinistra” a sfavore, in nome della “responsabilità dei medici” e del loro rifiuto di ogni “ricatto verso i pazienti”.

Il disorientamento della classe medica, assillata da pazienti e dai loro familiari in trepidante attesa, era grande e non mancavano autorevoli esponenti di gran nome che invece di dire parole “chiare e distinte” si barcamenavano in chiacchiere o ciarle. A commento di tutto ciò, le riviste mediche internazionali *Lancet* e *Nature* parlavano senza mezzi termini di “commedia all’italiana”.

Fra i molti commedianti giunse, a fare chiarezza, la voce del neo-eletto presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici, portatore di una ritrovata vocazione ordinistica contro i guaritori con laurea atteggiati a profeti e contro i medici atteggiati a Soloni, ma incapaci o restii a una presa di posizione scientifica e umana.

Quel presidente, che apertamente mise in guardia l’opinione pubblica dalle rischiose illusioni favorite dalla cassa di risonanza mass-mediatica e che richiamò gli iscritti all’Ordine a un atteggiamento consapevole e responsabile, fu Aldo Pagni, “anticiarlatano” alle soglie degli anni Duemila.

L'evoluzione della medicina generale dagli anni '70 ad oggi

di Antonio Panti

presidente OMCeO Firenze, componente della Consulta Deontologica, Socio fondatore della Simg, già Segretario nazionale della Fimmg

Nonostante i fermenti ideali che animavano nel dopoguerra alcuni medici, in particolare il mondo degli igienisti influenzati dal Piano Beveridge, e che si erano sostanziati nel celebre progetto della Consulta Veneta del 1946, la sanità e la medicina italiana proseguirono ad operare, dopo le distruzioni conseguenti al conflitto mondiale, sulla base dell'organizzazione prebellica, senza rilevanti novità, nonostante che l'esplosione della tecnologia medica fosse fin d'allora percepibile. Il sistema sanitario era praticamente tripartito: la prevenzione allo Stato e ai Comuni, l'assistenza territoriale alle Casse Mutue che, in quanto istituti assicurativi, non avevano la prevenzione tra i loro compiti, l'assistenza ospedaliera prevalentemente affidata agli Enti di Beneficenza e Assistenza. In questo quadro la medicina generale era anch'essa nei fatti tripartita: l'assistenza ai poveri era erogata dai comuni, quella ai dipendenti pubblici e provati era erogata dalla Casse Mutue, infine esisteva una quota rilevante di libera professione. Ma il "medico della mutua", immortalato da Alberto Sordi in un ritratto che sconvolse noi giovani medici allora "mutualisti", ma che già ci sentivamo "medici di famiglia", non era una figura professionalmente definita, non esisteva la medicina generale come disciplina autonoma, e qualsiasi laureato in medicina poteva praticarla purché fruisse di un ambulatorio.

Quindi, al di là dell'eredità morale e professionale del medico condotto, che tuttora dominava l'assistenza extraospedaliera, specialmente nei piccoli centri e nelle campagne, l'attività di medico mutualista era assai frustrante sul piano professionale e defaticante sul piano burocratico, dovendosi tenere l'amministrazione dei propri proventi per una miriade di enti assistenziali piccoli o grandi, che compensavano i medici a prestazione alcuni, altri a quota capitaria, altri ancora secondo sistemi misti oppure a rimborso. Un quadro professionale del tutto insoddisfacente per noi medici di famiglia, che avevamo iniziato ad esercitare tra gli anni '50 e gli anni '60. Ma infine, negli anni '70, la crescita insostenibile del debito degli enti mutualistici e, di conseguenza, di quello degli ospedali, nonché la percezione degli scarsi risultati sanitari di un sistema così farraginoso, fecero precipitare la discussione nella società e nei palazzi della politica sull'urgenza di dotare anche l'Italia di un Servizio sanitario universale e ugualitario. Fin da allora fu chiaro che le aspirazioni professionali di noi giovani medici, tra i quali Aldo Pagni svolgeva fin da allora un importante ruolo di stimolo culturale, coincidevano con la progettualità politica e sociale volta a

istaurare in Italia un servizio sanitario unificato. L'idea chiave di un servizio che garantisse l'uguaglianza della tutela della salute a tutti i cittadini era l'unificazione territoriale di tutti i servizi sanitari (prevenzione, cura extraospedaliera e ospedaliera e riabilitazione) in unità locali di governo della sanità, le Usl. In queste il cittadino poteva vedere riunite in un unico percorso assistenziale tutte le sue esigenze di tutela della salute e, nello stesso tempo, la salute della collettività veniva ugualmente affidata alla stessa unità locale, realizzandosi così il dettato dell'articolo 32 della Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come diritto dell'individuo e l'interesse della collettività".

Scoprimmo allora, medici ed amministratori, quel che fu formalmente sancito dalla grande conferenza di Alma Ata nel 1978, e cioè che il collante di questo percorso unificato del cittadino e il garante olistico della salute non poteva essere altro che il medico di medicina generale. Con queste premesse teoriche si concluse un decennio di discussione e di leggi preparatorie e si addivenne alla promulgazione della Legge 24.12.78 n. 833, la Riforma Sanitaria. È chiaro che il ruolo che la L. 833 affidava al medico di famiglia poteva affermarsi soltanto rendendo coerenti due percorsi combinati tra di loro. Da un lato la definizione giuridica e contrattuale di questo ruolo, dall'altro un'evoluzione culturale di enorme portata che trasformasse in pochi anni il vecchio medico della Mutua e l'antico condotto nel moderno medico generale che segue secondo canoni olistici l'individuo e la sua famiglia per tutta la vita.

Questa evoluzione non nasceva dal nulla e già nell'immediato dopoguerra era stata fondata la Federazione Italiana Medici Mutualisti (FIMM) che oggi si chiama Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), il cui personaggio più rappresentativo fu il fiorentino Giovanni Turziani, maestro di vita e di professione di quasi tutti noi. In quegli anni, possiamo dire con una punta di orgoglio, emersero nella medicina generale alcune figure che seppero traghettare sul piano scientifico e professionale il medico della mutua nel medico di medicina generale. Tra queste figure, e ricordo Danilo Poggiolini, Mario Boni, Michele Olivetti, Angelo Pizzini, Otello Scartabelli, Paolo Mangani e tanti altri, oltre a chi scrive allora giovane apprendista, Aldo Pagni svolse il ruolo delicatissimo di leader della trasformazione culturale, partecipando con grande significatività al movimento di pensiero culminato nella fondazione della Società Italiana di Medicina Generale. A questa dobbiamo la definizione della medicina generale come disciplina peculiare, dotata di un corpus di dottrine specifiche e di un sistema formativo autonomo e di una autonoma docenza.

Altresì, sul piano giuridico, era evidente la necessità di rendere il più possibile omogenea l'attività dei medici di famiglia, definendo aree territoriali di acquisizione delle liste degli iscritti e un limite massimo sia al numero degli assistiti iscritti nelle liste di ciascun medico sia al numero dei medici inseribili in ciascun territorio. Inoltre era fondamentale definire un rigoroso sistema di incompatibilità per cui la medicina generale fosse, nella maggior misura possibile, appannaggio di medici a questa esclusivamente dedicati. Tutto ciò dette vita ad una stagione conflittuale notevolissima, forse non ancora del tutto cessa-

ta, perché storicamente il laureato in medicina veniva identificato senz'altro con il medico di famiglia. Mentre l'internista, suo omologo funzionale ospedaliero, aveva alle spalle una specializzazione e una società scientifica, queste mancavano al medico generale. Per questo fu intuizione fondamentale del nostro gruppo l'idea che anche i medici di famiglia si dovessero dotare di una società scientifica e di un ciclo di formazione specifico post-laurea. Così nel 1983 fondammo la SIMG, di cui Aldo fu Presidente e propulsore scientifico per molti anni, fino a quando lasciò questo incarico per assumere la Presidenza della Federazione nazionale degli Ordini.

Nello stesso tempo, nonostante difficoltà e contrasti con il mondo accademico ed il restante mondo professionale, riuscimmo ad applicare anche in Italia la direttiva comunitaria che prevedeva un biennio, poi diventato triennio, di formazione complementare specifica in medicina generale. Un importante successo, tanto più significativo se si pensa che proprio in quegli anni fallì il progetto dell'ospedale di insegnamento. Così tutti gli anelli erano concatenati gli uni con gli altri e, per quanto il periodo transitorio rispetto al vecchio ordinamento non sia ancora del tutto riassorbito, tuttavia oggi è universalmente chiaro che il medico di medicina generale è una figura professionale specifica, ben definita sul piano scientifico e culturale dai contenuti di una disciplina che viene insegnata nel corso di formazione post-laurea, superato il quale i discenti acquisiscono un diploma che permette l'inserimento delle graduatorie e quindi l'esercizio della professione di medico generale nel servizio sanitario nazionale. Vi è tuttavia un altro elemento fondamentale della costruzione del servizio sanitario, cui si è dedicato con competenza e visione anticipatoria Aldo Pagni. L'Unità Sanitaria, ora Asl, è una impresa complessa che comprende l'ospedale e il territorio. Se è chiara l'organizzazione fisica e tecnologica dell'ospedale, quella del territorio è tutta da inventare. Anche in questo caso, al di là delle varie teorizzazioni, vi sono state anticipazioni quali i consorzi tra Comuni per la prevenzione e la medicina della lavoro, presenti in Toscana ed in Emilia Romagna, e il servizio festivo di guardia medica unificata tra gli enti mutualistici, presente a Firenze e a Torino. Tuttavia, prima della legge di riforma, non vi era niente di organizzato nel territorio. Gli Enti Mutualisti e i Comuni garantivano soltanto spezzoni sconsiderati di assistenza. Quindi lo sforzo massimo del Servizio Sanitario sul piano organizzativo è stato proprio la costruzione dei distretti. Una necessità avvertita, proclamata, teorizzata e programmata ma non ancora del tutto compiuta. Le Asl non sono mai riuscite a sinergizzare e coordinare l'attività della medicina generale con gli altri servizi del distretto, la prevenzione, la salute mentale, le dipendenze, la fornitura di protesi ed ausili, la farmacia territoriale e, più che altro, quello che rappresenta il momento tipico dell'attività distrettuale, cioè il rilievo dei bisogni dei cittadini e la valutazione dei risultati in termini di salute, alla luce del budget assegnato.

Tutto ciò ha bisogno della costruzione di un vero e proprio presidio territoriale, non soltanto funzionale ma concretamente fisico, ove tutto questo possa svolgersi, integrandosi con quella che è una delle criticità principali del siste-

ma, cioè con l'assistenza sociale. L'infermiere territoriale e l'assistente sociale sono i naturali interlocutori dei medici di medicina generale, ma questa integrazione è ancora ben lontana dal realizzarsi, così come sono ancora spesso più conflittuali che sinergici i rapporti con gli specialisti. Le nostre intuizioni di allora hanno visto soluzioni alternanti e attuazioni lentissime, tuttavia possiamo dire con grande soddisfazione che il recentissimo accordo per la medicina generale, firmato in Toscana fra la FIMMG e la Regione (come è spesso accaduto la Toscana ha anticipato soluzioni nazionali) porta a compimento il pensiero maturato sin dagli anni '80. Infatti si costituiscono le Unità di Cure primarie, vere e proprie case della salute, presidi territoriali fisici in cui i medici di un determinato territorio (mediamente 20 o 30 per 20/30 mila abitanti) lavorano insieme disponendo di una segreteria unica, dell'apporto di specialisti territoriali, dell'assistente sociale e, conquista fondamentale, del supporto dell'infermiere territoriale che svolge un nursing programmato sulla base di percorsi assistenziali per le grandi patologie croniche degli anziani, precedentemente condiviso e concordato.

La somma delle Unità di cure primarie di un territorio predeterminato costituisce la struttura portante del distretto, dotato di autonomo budget e una direzione sanitaria. Così finalmente il medico generale potrà svolgere la sua attività, come si è delineata nel tempo in risposta alla trasformazione demografica e alla transizione patologica per cui oggi il grosso dell'assistenza (e della spesa sanitaria) è rivolto agli anziani portatori di molte patologie. In tal modo i medici potranno realmente superare la fase della medicina di attesa o di opportunità per entrare a pieno titolo nella fase della medicina di iniziativa, cioè dell'attenzione attiva, periodica e concordata con i pazienti cronici, per garantirne al meglio il mantenimento dell'equilibrio raggiunto nei livelli di salute di ciascuno. Già negli anni '80 si parlava di medicina di iniziativa e ora la si teorizza come essenziale per la sopravvivenza stessa del Servizio sanitario che altrimenti non reggerebbe ad un incremento anarchico della spesa rivolta ai costosissimi piccoli target di patologia cui ormai si dedica l'industria farmaceutica e quella dei dispositivi medici.

Già in quegli anni parlavamo anche di medicina generale e promozione della salute. Un tema sempre più attuale e importante. È chiaro che i cosiddetti determinanti di salute, cioè i rischi primari intesi nel modo più generale, e comprendendo quindi la povertà e l'ignoranza, influiscono pesantemente sulla piramide della salute. L'azione sui determinanti di salute concerne la politica generale di un paese se non della totalità dei paesi (vedi protocollo di Kyoto), ma nella collettività a lui affidata il medico di medicina generale può svolgere un compito essenziale nel rilievo dei bisogni e nell'azione di contrasto ad alcuni rischi sia sul piano individuale che di comunità. Un tema questo assai importante e difficile a cui la medicina non può sottrarsi.

Ma i problemi non finiscono mai. Sempre più si sente la necessità di trasformare l'ospedale in un luogo ad alta intensità assistenziale rivolto a patologie acute con brevi tempi di ricovero, esternalizzando il tempo di recupero del pa-

ziente prima del ritorno al proprio domicilio. Necessità cliniche che spesso si intrecciano con bisogni sociali di famiglie o piccole comunità inidonee ad accogliere persone non perfettamente autosufficienti. Si tratta delle cosiddette cure intermedie, cioè della istituzione di luoghi (piccoli ospedali, RSA, case di Cura o altro) che, erogando prestazioni secondo i costi dell'assistenza domiciliare e non dei DRG, consentano completare la terapia per quel numero di giorni, generalmente da 7 a 20, utili perché il paziente, già stabilizzato ma non guarito, possa essere dimesso dall'ospedale, ma curato prima del rientro al domicilio. Questa assistenza spetta al medico di famiglia, anzi al gruppo dei medici di famiglia che operano nell'unità di cure primarie nel cui territorio insiste quella struttura. Questo è un compito aggiuntivo che può essere portato a termine se, come prevede il recente accordo toscano per la medicina generale, si riassorbono i medici che operavano nella guardia medica, che non può che essere riassorbita nei compiti dell'unità di cure primarie, utilizzandoli nelle unità di cure primarie mediante una tipologia di rapporto orario che può garantire una serie di interventi aggiuntivi che completano l'assistenza dei medici generali in quella collettività.

Non ultimo è da citare che proprio in questi anni '80 iniziò all'interno della SIMG un grande lavoro per capire il supporto che l'informatica poteva dare alla medicina generale. Lo sviluppo incredibile di questa tecnologia offre adesso molteplici soluzioni che consentono di raccogliere in modo più consapevole i dati del paziente, connetterli con i dati della letteratura scientifica e favorire l'integrazione tra i professionisti impegnati nel percorso assistenziale attraverso la carta sanitaria del paziente stesso. In conclusione esistono oggi gli strumenti per poter garantire in concreto quella continuità assistenziale che rappresenta da sempre il più grande problema non risolto della sanità nell'interesse del cittadino. Anche in questo caso il medico di medicina generale rappresenta lo snodo fondamentale.

La panoramica finora descritta si sostiene sulla definizione di medicina generale che, adottata a livello internazionale, è stata elaborata a livello italiano dalla SIMG e che ne rappresenta forse il principale portato. Una medicina olistica, attenta ai determinanti di salute, che segue il paziente e la sua famiglia per tutta la vita, consapevole dell'ambiente di vita e di lavoro del cittadino, orientata alla medicina di iniziativa, alla promozione della salute, alla prevenzione, alla diagnosi e cura e alla riabilitazione nei limiti delle competenze generaliste del medico. Una medicina che deve operare all'interno di percorsi multi professionali e polidisciplinari propri della sanità moderna.

In quegli anni il gruppo dei medici raccolti intorno alla FIMMG e alla SIMG intuì e teorizzò molte proposte sulla medicina e sulla sanità pubblica e molte di queste furono realizzate. L'auspicio è che oggi, dopo un periodo di stasi, si riaccenda la capacità progettuale della medicina generale sul piano culturale professionale e organizzativo. Questa è l'unica garanzia perché i cittadini nel futuro possano godere di una assistenza universale il cui accesso e la cui fruizione sia uguale per tutti.

La mia storia personale si intreccia con quella di Aldo non solo sul versante dell'affermazione del ruolo degli Ordini professionali, non solo sul piano della storia di un momento magico del sindacalismo medico, ma, e più che altro, nell'evoluzione e nell'affermazione della medicina generale come disciplina autonoma, indispensabile conquista della sanità nell'interesse del cittadino. E ricordo, in questa brevissima sintesi, non soltanto la Società Italiana di Medicina Generale ma la copiosa pubblicistica di Aldo Pagni, e ricordo infine il ruolo e l'importanza di Firenze Medica, il giornale in cui si dibattevamo le tesi del gruppo fiorentino della FIMMG negli anni '70-'80, della rivista SIMG, della rivista della Federazione *Medico d'Italia*, di tante pubblicazioni specifiche sul Distretto e sulla Medicina generale dedicate al ruolo e alle competenze del medico di famiglia. Una sintesi di quello sforzo comune sarebbe interessante per storicizzare un periodo così rilevante nell'evoluzione della sanità italiana. Una attività infaticabile, coronata da molti successi pur nelle inevitabili battute d'arresto, da generose illusioni e sofferte delusioni, ma che, in una sintetica valutazione complessiva, ha portato un contributo concreto e determinante non solo alla storia della medicina generale italiana ma alla concretizzazione, affermazione e stabilizzazione del Servizio Sanitario stesso. È indubitabile che dobbiamo ad Aldo Pagni la elaborazione teorica di quella disciplina, allora nuovissima e ora affermata, che è la medicina generale. Il nostro arcaico sistema universitario non ne consente la trasformazione in vera e propria specialistica ma di fatta essa lo è per la peculiarità dei contenuti, la definizione del campo di intervento e la autonomia dell'insegnamento. L'augurio che faccio a noi stessi è che negli anni anziani della nostra vita, gli anni vecchi come li chiama Ungaretti, possiamo vedere sempre più affermato e riconosciuto il ruolo fondamentale di quella medicina generale che abbiamo con tanta passione contribuito a creare nel nostro paese.

Un sognatore con i piedi per terra

Maria Concetta Digiacomo

Medico di Medicina Generale, Consigliere Ordine Medici di Padova

“**A** Maria Concetta con affetto e stima per il suo impegno valoroso e indomito”. Questa bellissima e toccante frase è una dedica, a me indirizzata, su una foto che ritrae un’intensa espressione di Aldo, regalatami qualche mese fa dalla cara Maria Pia Pagni. Quando la guardo e rileggo queste parole, penso che mai avrei potuto immaginare che un giorno sarebbe stata lì sulla mia scrivania. Questa bella foto e queste parole, sentite e confortanti, sono a testimonianza che un affetto, una amicizia, un rapporto di conoscenza, anche se limitato nel tempo, possono essere forti e stabili nonostante la scarsa frequentazione e la comunicazione prevalentemente a distanza. Aldo mi ha sempre confortato e spronato nelle mie battaglie che agli occhi dei più possono sembrare illusorie e utopiche. Aldo mi ha sempre incoraggiato, così come fa un padre amorevole e premuroso, ma intelligente. Ha sempre risposto alle mie accorate mail e ai miei momenti di scoraggiamento che il nostro quotidiano di medici, sempre più insoddisfatti, ci porta ad affrontare. Aldo Pagni è un grande uomo che non ha mai avuto “peli sulla lingua” e ha sempre agito con coraggio e schiettezza, indubbie qualità non sempre apprezzate e che sicuramente gli hanno procurato non pochi nemici.

L’insofferenza per le ingiustizie fu causa di non pochi problemi già in giovane età, sin dai tempi del liceo, come da lui stesso raccontato nel bellissimo libro *Un medico di famiglia nel teatro della vita*. Raccontando degli anni scolastici, riferisce di un episodio in particolare. Avendo fatto una chiara richiesta di equo trattamento fra i vari studenti della classe, frainteso in pieno nelle sue intenzioni, fu deferito, per insubordinazione ad un insegnante, al Preside della Scuola, per un procedimento disciplinare. Le parole di rimprovero di quel preside molto bonario e paterno, ma chiaramente imbarazzato per la situazione, erano un accorato appello al rispetto delle “regole”: “*Tu sei come una bella donna con un neo peloso su un labbro. Devi togliertelo!*”. Per fortuna per noi tutti che lo amiamo, anche per questo motivo, quel “neo” deformante non riuscì mai a toglierselo, come da lui stesso orgogliosamente affermato.

Come ho conosciuto Aldo

Era fine ottobre del 2005 e a Modena, presso la sede dell’Ordine dei Medici, era stato organizzato un corso per formatori di Bioetica. Il consiglio direttivo del mio Ordine di appartenenza, cioè Padova, su suggerimento del Presidente, dottor Maurizio Benato, aveva segnalato me come persona idonea a seguire tale corso. Ricordo che a stento riuscii a nascondere la gioia di quel momento,

soprattutto per la fiducia accordatami. Rispetto a tante persone che ritenevo notevolmente più autorevoli di me, dover rappresentare il mio Ordine in quella circostanza, mi rendeva veramente orgogliosa. Partii quindi per Modena, in treno, il 23 novembre, arrivando la sera, al fine di poter essere presente già dall'inizio della sessione dell'indomani mattina. La mattina del ventiquattro, mi recai presso la sede dell'Ordine e dopo aver espletato le consuete pratiche burocratiche di registrazione, entrai in aula. Non conoscevo quasi nessuno, ma alcune persone presenti erano a me già note per la loro autorevolezza e per gli incarichi istituzionali che rivestivano. Mi sedetti in terza fila, in una posizione tale da poter seguire con attenzione i lavori del corso e avere una giusta visuale. Non volevo perdermi neppure una virgola di ciò di cui si sarebbe dibattuto. Sin da subito fui contenta del fatto che avrei conosciuto *de visu* il professor Spinsanti, del quale avevo letto parecchio, ma che avrei ascoltato dal vivo per la prima volta. Sapevo che avrei seguito anche un intervento del professor Leocata, che avevo avuto modo di conoscere, qualche mese prima, a S. Remo, in occasione della giornata del Codice Deontologico Europeo e di cui avevo condiviso gran parte dell'appassionato intervento dall'aula, sulla sperimentazione clinica in età pediatrica. Quel giorno, a Modena, avrebbe parlato di "ambiente e salute", un tema che già da allora mi appassionava. Ancora non sapevo che, qualche anno dopo, sarei entrata a far parte di ISDE (International Society of Doctors for the Environment), l'associazione dei Medici per l'ambiente, come referente per l'Ordine dei Medici di Padova. Avrei ascoltato il professor Filippo Boscia su "Fecondazione ed embrioni" e "Genoma". La professoressa Gardini avrebbe parlato di "trapianti". Il dottor D'Autilia di "consenso informato". E tanti altri relatori che non sto a citare per non dilungarmi. La relazione "di punta" fu quella del professor Spinsanti che ci parlò di "Principi e Biodiritto", con un affascinante *escursus* storico-evolutivo del rapporto medico-paziente, coinvolgendo attivamente l'auditorio, su tematiche quali "eutanasia", "testamenti di vita" e "accanimento terapeutico".

In quella stimolante circostanza, sopra ogni cosa, una mi rendeva assolutamente felice, avere l'opportunità di essere in un'aula a pochi metri da lui: Aldo Pagni. Ho sempre nutrito una particolare ammirazione per la sua autorevolezza, il suo parlare chiaro e senza "fronzoli", con il cuore e con la testa. La sua disarmante schiettezza, in tutti questi anni, mi ha lasciato sempre più ammirata. Credo che, pur restando un inguaribile sognatore, abbia sempre avuto i piedi ben piantati per terra e questa è una qualità che ho sempre apprezzato. Aldo Pagni rappresentava per me la figura del medico che avrei voluto emulare. Lo avevo ascoltato tante volte, con attenzione, in momenti diversi e in vari incontri e convegni medici, ma adesso avevo l'opportunità di potermi confrontare con lui su tematiche che avevo sempre sentito con interesse e passione e che per tanto tempo avevano stimolato in me quesiti e dubbi mai risolti. Si andò avanti per le due sessioni della mattina e del pomeriggio con argomentazioni veramente interessanti. Ricordo che la mia eccitazione, per gli argomenti trattati, era tale da rendermi difficoltoso prendere appunti in maniera adeguata. Timidamente ho

fatto delle domande e ho posto delle questioni sui vari temi di volta in volta affrontati. Aldo era lì a darmi la sua approvazione, a volte con lo sguardo, con un semplice gesto di annuire o con un accenno di sorriso fra il soddisfatto e l'ironico. Le sue aggiunte alle mie affermazioni, con argomentazioni precise e chiare, rendevano i miei timidi interventi molto, ma molto più avvincenti e incisivi. Seguendo il programma del corso, nella sessione del pomeriggio del 25 novembre, erano previsti due suoi interventi, su "Sistemi sanitari a confronto", "Federalismo sanitario" e "Ruolo dei media". Ascoltai con attenzione quanto ci argomentava e cercai di assorbire e fare miei i concetti e le riflessioni che venivano da un uomo e da un medico che, in quel momento elargiva saggezza, esperienza, cultura e passione. Un grande tesoro per me, ancora così acerba a certe tematiche e che muovevo i primi passi sui grandi temi della Bioetica.

Finito il corso, mi preparai a tornare verso casa, con un cuore emozionato e una mente affollata da quesiti e da dubbi, in parte non ancora risolti. Una cosa mi rese letteralmente felice: avrei fatto il viaggio di ritorno con Aldo Pagni! Quante cose avrei avuto da chiedergli, di quanti argomenti avrei potuto dibattere con lui, quanti dubbi, oramai inveterati, avrei potuto sottoporgli. Lui sarebbe stato d'accordo con me? Avrebbe condiviso le mie posizioni "estreme"? Ci tenevo alla sua opinione. Di certo non avrei voluto rischiare di deluderlo, ma nel contempo, non volevo essere ipocrita non esprimendo a pieno le mie idee. Parlammo a lungo di Testamento biologico, e di etica di fine vita. Aldo condivideva le mie posizioni! Parlammo della convenzione di Oviedo per la "protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina" e di tutte le questioni relative al fine vita e al Codice Deontologico. Le sue argomentazioni sul fine vita mi affascinarono a tal punto che, appena qualche anno dopo, decisi di promuovere, assieme ad altri autorevoli colleghi, presso l'Ordine dei Medici di Padova, un gruppo di studio su tematiche di Bioetica. Uno dei primi convegni ebbe come tema il *consenso del paziente inabile*. Ne sono seguiti altri sul *fine vita* e su *dichiarazioni anticipate*. Il gruppo di lavoro, negli anni, ha lavorato promuovendo incontri e dibattiti su questi temi, rivolti sia a colleghi medici, ma anche alla popolazione, dibattendo spesso con i cittadini sull'importanza e il significato del *consenso* e favorendo la conoscenza del nostro Codice Deontologico. Negli anni in cui il gruppo è stato più attivo, Aldo era il mio punto di riferimento, il mio faro sicuro e confortante, anche se lontano. Da lui ricevevo sempre preziosi consigli.

Quattro anni dopo quelle giornate di Modena, un'altra importantissima occasione ci fece incontrare nuovamente. Un evento storico che vide la partecipazione del 90% degli Ordini dei medici di tutta Italia, delle società scientifiche e dei rappresentanti dei cittadini, mi riferisco al convegno svoltosi a Terni nel giugno del 2009 e che portò alla realizzazione della Carta di Terni e di un preziosissimo documento sulle *direttive anticipate*. Anche in quella occasione ebbi modo di apprezzare l'intervento di Aldo, la sua passione e la sua fermezza nel difendere l'autonomia decisionale del medico, ma nel contempo il diritto

del cittadino all'autodeterminazione, in contrasto con l'*etica tradizionale paternalistica, non solo in medicina, ma anche nella famiglia, nella società e nell'esercizio del potere*, ricordando i *fondamenti etici della professione del medico: il rispetto della persona, il principio di beneficenza, di non maleficenza, di giustizia e di equità*. Quella stessa sera del giorno 11 giugno 2009, dopo il convegno, mi portai a casa un altro piccolo-grande regalo: un autografo e una preziosa dedica sul libro scritto da Aldo. *Un medico di famiglia nel teatro della vita*. Ero riuscita a leggerlo, tutto d'un fiato, durante il viaggio di andata, in treno, a Terni.

Ritorniamo a quella fortunata giornata (per me lo fu di sicuro, per le orecchie e la testa di Aldo forse un po' meno!) del novembre 2005: la *dea bendata* era proprio dalla mia parte. Per un problema di ritardi di treni e di coincidenze perse, ebbi la possibilità di avere a mia disposizione molto più tempo del previsto, per potermi godere quegli spazi di arricchimento, veramente impagabili e forse irripetibili. In quei felici momenti scoprii che Aldo Pagni era molto più vicino a me di quanto avessi potuto sperare! Molte delle idee che mi portavo nella mente e nel cuore, prendevano corpo e si abbellivano assumendo una cornice di autorevolezza e di concretezza di cui io non ero capace. Aldo riusciva a incanalare i miei pensieri affollati e disordinati, e tutto assumeva la giusta dimensione! Scoprivo, strada facendo, che entrambi sognavamo cose che ai più potevano sembrare irrealizzabili. Noi ci chiedevamo *perché no?* Durante tutto il viaggio, tra un argomento e un altro, quando la passione per certi temi mi prendeva particolarmente, Aldo mi riportava sempre in una giusta dimensione, realistica e concreta: in lui ho rivisto il mio amato padre, troppo precocemente sottratto al mio amore e al mio bisogno spasmodico di giustizia, di verità, di concretezza. Fra una fermata e un'altra, una verifica delle coincidenze e un controllo di biglietti, si toccarono tanti argomenti.

Un tema molto sentito da entrambi era l'Ambiente e l'inquinamento. Scoprimmo così che la difesa e la salvaguardia della nostra sempre più martoriata Terra ci appassionava molto e ci rendeva paladini in difesa di Gaia e delle creature che in essa vivono. La devastazione che un'unica specie, l'uomo, ha provocato nei soli ultimi cinquanta anni, è stata talmente impattante per l'intero ecosistema, da far sì che si coniasse il termine *antropocene*, per definire un'era in cui la nostra specie prevarica sulle altre e sull'intero pianeta in maniera miope e pericolosissima. Non ci si rende conto (spesso in mala fede) che non è certo la vita ad essere a rischio nel nostro pianeta. Gaia ha superato catastrofi incommensurabili e si è sempre ripresa con orgoglio, rinascendo anche là dove prima era solo devastazione. Con atavico coraggio e innata sapienza, tutte le creature ricominciano nuovamente a ripopolarla, ad abbellirla di profumi, di suoni, di canti, in perfetta armonia ed equilibrio. Ciò che invece dovrebbe farci riflettere, molto più seriamente di quanto non si faccia, è la consapevolezza che ad essere in serio pericolo è la specie umana, la sopravvivenza stessa dell'uomo! Sono centinaia di migliaia le sostanze chimiche con le quali veniamo in contatto quotidianamente e nell'arco della nostra vita, sin dall'utero materno. Nel nostro pianeta continuano a circolare, indisturbate, molecole dichia-

ratamente e inconfutabilmente pericolose per l'uomo e l'ecosistema. Ciò nonostante nessuna di queste viene ritirata dal commercio. Le rare volte in cui ciò avviene è spesso troppo tardi. Un esempio per tutti: l'amianto. Le conseguenze del fatto di non avere colto segnali di pericolo già noti, di non avere applicato il principio di precauzione, di aver dato retta a scienziati prezzolati e suadenti che hanno continuato a negare la pericolosità dell'amianto (come è attuale tutto ciò e con quante altre sostanze e imprese antropiche pericolosissime si continua ad avere lo stesso atteggiamento!), politici convinti a suon di denari (molto più di trenta!) a continuare a non modificare alcuna legge, a non prendere provvedimenti là dove necessari, ha portato ad un danno enorme di cui ancora non abbiamo visto l'apice. Il caso amianto è l'esempio di così detta "pistola fumante", il nesso di causalità fra agente nocivo e danno. Oggi non possiamo rischiare di aspettare la certezza assoluta della pericolosità di una certa sostanza al fine di non renderla più commerciabile o utilizzabile. Non possiamo permetterci questo lusso. Le migliaia di sostanze in circolazione non agiscono singolarmente, ma spesso il danno è provocato dall'effetto sinergico che provocano e in questo il laboratorio non ci aiuta. Il limite enorme dell'uso di un ventaglio di animali e ceppi diversi di una stessa specie, consente di testare una sola sostanza alla volta. Consente solo una approssimazione di risultato, difficilmente estrapolabile all'uomo. I risultati sono validi solo per quell'animale o ceppo utilizzato. Si rischia di protrarre a tempi indefiniti la dimostrazione della nocività della sostanze chimiche che continueranno indisturbate a circolare. Questo è uno dei motivi che porterà al sicuro fallimento di REACH, il regolamento Europeo per la registrazione, la valutazione e la regolamentazione delle sostanze chimiche. Sempre inerente a quanto discusso prima, ci soffermammo ad analizzare un altro aspetto molto delicato e sempre più di attualità: la sperimentazione selvaggia condotta sugli esseri umani, vere cavie di un ingranaggio perverso che troppo spesso è basato sul guadagno facile, su altrettanto facili carriere e su quanto le risorse economiche siano sprecate su ricerche non sempre utili all'umanità. Parliamo del "progetto genoma", di farmacogenetica, di farmacogenomica. Parliamo della medicina orientata alla malattia e del concetto cartesiano del corpo *macchina*, smontabile, misurabile, rimontabile (!?), riparabile in vari pezzi separati, mediante terapia farmacologica o chirurgica. L'approccio *riduzionistico* al malato non piaceva a nessuno dei due ed entrambi non nutrivamo particolari simpatie per Cartesio! Ci confortava però la consapevolezza che tale simpatia non fosse condivisa nemmeno da Spinoza, il cui pensiero era a noi molto più affine. Mi venne in mente in quel momento di riferire ad Aldo di quanto potesse essere stupida e priva di fondamento scientifico l'affermazione cartesiana sul fatto che gli animali, se picchiati o torturati, rispondessero come gli ingranaggi di una macchina. Il grande Hans Ruesch a tutta risposta, provocatoriamente, si chiedeva: se il cavallo e il carro sono entrambi macchine, che non provano dolore e sentimenti, perché allora frustare il cavallo e non il carro, quando non procede? Sorridemmo amaramente. Da questo commento il passo successivo fu un altro ar-

gomento, oggi sempre più dibattuto: la sperimentazione preclinica condotta sugli animali. Era già da qualche anno che avevo iniziato ad interessarmi della questione e potermi confrontare con Aldo mi importava moltissimo. Avevo da poco letto uno studio, di notevole interesse, pubblicato sul *British Medical Journal* (Pound P. et al. vol. 328, 28/02/2004) dal titolo molto eloquente: *Where is the evidence that animal research benefits humans?*. Gli autori hanno preso in esame i modelli animali di sei studi differenti, come ad esempio i calcioantagonisti nell'ictus o lo stress e le cardiopatie coronariche, evidenziando che, non solo *non è stata mai provata la validità scientifica dei modelli animali*, ma spesso questi sono applicati in maniera scorretta. Alcuni passaggi significativi: “Gran parte delle ricerche condotte su animali per cure che dovrebbero essere applicate agli esseri umani sono inutili perché condotte in maniera inadeguata e perché non valutate con verifiche sistematiche. I medici che si occupano dei malati e l'opinione pubblica partono in genere dal presupposto che gli esperimenti sugli animali abbiano dato un contributo alla cura delle malattie umane, ma in realtà questa opinione non è sostenuta da prove. Prove aneddotiche o affermazioni non suffragate da prove vengono spesso usate come giustificazione. Malgrado la mancanza di prove sistematiche della sua efficacia la ricerca di base sugli animali riceve, nel Regno Unito, molti più finanziamenti di quella clinica. Alcune prove cliniche sono state condotte contemporaneamente agli studi su animali, mentre altre sono state intraprese malgrado gli studi sugli animali avessero rivelato effetti dannosi. Questo dimostra che i dati ottenuti con gli animali sono stati considerati irrilevanti. Parecchi degli esperimenti su animali erano progettati male. Risultati distorti o imprecisi di esperimenti su animali possono avere come risultato la sperimentazione clinica di sostanze inerti o persino dannose, possono dunque essere causa di rischi superflui per i pazienti oltre che di uno spreco dei fondi per la ricerca. Una valutazione formale del contributo che gli esperimenti su animali recano alla pratica clinica è di estrema urgenza. Infine, è necessario confrontare i risultati delle ricerche su animali con quelle ottenute su esseri umani per vedere fino a che punto gli uni possono essere predittivi per gli altri”. I ricercatori concludono con un invito ben preciso: “Non si dovrebbero effettuare nuovi esperimenti su animali fino a quando non sarà verificata la loro validità e la loro trasferibilità al campo della pratica clinica”. Condivisi con Aldo le mie perplessità sull'attuale ricerca scientifica e una cosa su tutte mi irritava terribilmente: il fatto cioè che si continuasse, e lo si fa tutt'ora, a contrapporre, in maniera mistificatoria, la “scienza” agli “animalisti”. Si trascura, volutamente, di affrontare il fatto che esista, accanto ad un movimento antivivisezionista etico, oramai da decenni consolidato, un movimento di oppositori alla sperimentazione animale, rappresentato da medici, ricercatori, chimici, biologi, veterinari, tossicologi, che si oppongono a tale metodo di ricerca criticandolo dal punto di vista scientifico. Il movimento antivivisezionista scientifico ritiene che la ricerca condotta su animali sia antiscientifica, fuorviante, inaffidabile, pericolosa, inutile. Attualmente esistono metodi molto più innovativi, veloci, meno costosi e che vanno nella giusta direzione:

l'uomo. Avere metodi più affidabili in fase preclinica, metterebbe meno a rischio il volontario sano per primo e successivamente il malato. A questo punto una domanda ci ponemmo entrambi: perché entrare in un laboratorio di ricerca è impresa impossibile? Come mai non si può vedere come viene condotta una ricerca ritenuta lodevole e utile alla Scienza? Un esempio su tutti. Nell'ottobre 2004 i giornalisti di *Report* avevano realizzato una trasmissione dal titolo "Uomini e Topi". Per loro fu impossibile accedere ai laboratori dell'Istituto Superiore di Sanità, pur avendo concordato da tempo la visita e, cosa ancora più grave, pur essendo l'ISS un ente pubblico! Perché tanto riserbo? Altre furono le domande e le argomentazioni che sottoposi al mio saggio compagno di viaggio. Secondo la FDA, il 92% dei farmaci che supera le prove condotte su animali, viene successivamente scartato da prove condotte sugli esseri umani. Oltre il 51% dei farmaci in commercio presenta gravi reazioni avverse che non si erano evidenziate sugli animali (Moore T.J., Psaty B.M., Furberg C.D., *Time to act on drug safety*, JAMA, vol.279, pag.1571-1573, 1998) e per questo motivo, ogni anno, muoiono circa centomila cittadini statunitensi (Lazarou J., Pomeranz B.H., Corey P.N., *Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. A metaanalysis of prospective studies*, JAMA vol.279, pag. 1200-1205, 1998). Si studiano malattie cronico-degenerative su roditori che vivono al massimo 2-3 anni, inducendo malattie artificiali che nulla hanno a che fare con le malattie umane. Il campo psichiatrico ne è un esempio per tutti. Tantissime altre argomentazioni ancora ci misero a confronto. Ricordo che Aldo si appassionò tanto all'argomento che mi propose di scrivere un articolo da pubblicare sulla rivista *Professione*, da lui stesso diretta. Cercai di rispettare quell'impegno preso con il mio mentore, ma l'articolo che appassionò tanto Aldo non riscosse lo stesso plauso in redazione, le mie argomentazioni furono ritenute troppo "passionarie". Aldo riuscì a non deludermi anche in quella circostanza e dopo avermi aiutato ad ingoiare il rospo, accettò la mia proposta di pubblicare un articolo scritto da un collega, molto più autorevole di me, in tema di critica scientifica alla sperimentazione animale. Così, qualche anno più tardi (2010), fu pubblicato un articolo dal titolo *Sperimentazione animale o Scienza: una scelta*, scritto dal dottor Stefano Cagno, uno dei massimi esperti in tema di antivivisezionismo scientifico e autore di molti libri sull'argomento. Il tono più pacato, seppur forte nell'incisività delle argomentazioni, la meticolosità e la chiarezza nel riportare dati scientifici e pubblicazioni su riviste fra le più autorevoli (*Nature*, *BMJ*, nonché la recente posizione del National Research Council USA su "*Toxicology for 21° century*", *Nature* 2009) fece sì che l'impresa andasse in porto. Per non suscitare aspre polemiche si concordò con la redazione di pubblicare anche un articolo a firma del neurofisiologo professor Pepeu, a favore della ricerca condotta sugli animali. Per me fu comunque un grande successo in onore della ricerca e della verità. Finalmente migliaia di medici avrebbero potuto confrontarsi con le due posizioni contrapposte, e avvicinarsi, forse per la prima volta, ai fondamenti della critica scientifica al modello animale. Questo fu per me un altro prezioso regalo da parte di Aldo Pagni, e per

questo non finirò mai di essergli riconoscente.

A Bologna ci toccò aspettare in stazione la coincidenza per Venezia. Aspettammo parecchio tempo? Non lo so, non ricordo. So solo che a me non bastò mai e che quella attesa veniva a mio vantaggio: avevo Aldo Pagni con me e potevo parlare, parlare, parlare, ma soprattutto ascoltare, ascoltare, ascoltare...!

In un frangente più leggero e divertente, scoprimmo che un'altra cosa ci accomunava, riguardava la nostra data di nascita e quindi l'appartenenza allo stesso segno zodiacale (!?): il segno dell'Ariete. Gli astrologi dicono che i nati sotto tale segno sono impulsivi, avventurosi, ribelli e si infuocano con niente, ma nel contempo sanno essere ottimisti e vogliosi di realizzare l'impossibile. Sorridemmo su tutto ciò e, pur non credendo negli oroscopi, entrambi ci sentimmo orgogliosamente rappresentati da un segno zodiacale così audace e coraggioso! Ridemmo anche di tanti aneddoti che Aldo, da grande medico, mi raccontava. Io facevo tesoro di tutto ciò che potevo imparare. Poi mi parlò della sua famiglia. Gli occhi di Aldo, in quel momento, avevano una luce particolare, quella luce che solo un momento di delicata emozione può esprimere. In quel momento era un marito innamorato e un padre amorevole. In maniera a me del tutto inaspettata, riconobbi quella espressione, quella meravigliosa luce, era lo sguardo di mio padre quando si avvicinava a me per abbracciarmi dopo tanto tempo, o quando era costretto ad un distacco per le mie innumerevoli avventure e lunghi periodi di lontananza. Solo in un'altra circostanza ho rivisto quello sguardo negli occhi di Aldo. Era un momento conviviale, ci trovavamo a Padova, proprio quest'anno, in occasione di un convegno organizzato dall'Ordine dei Medici. Verso la fine del pranzo, Maria Pia Pagni prende la parola e pronuncia un discorso di ringraziamento nei confronti del caro amico Maurizio Benato e di tanti altri amici presenti a quel desco. Quelle parole, sentite e toccanti, ebbero il risultato di far commuovere fino alle lacrime Aldo. Era seduto proprio di fronte a me. In quel momento vidi, per la prima volta in tutta la sua espressività, l'uomo Aldo. Finalmente mostrava la sua meravigliosa fragilità e grandezza nel contempo. In quell'istante mi sono sentita più vicina a lui come non mai. Avevo conosciuto una parte di lui così intima e personale. Questo mi ha veramente toccato il cuore!

Tornando al nostro viaggio in treno del novembre 2005, ad un certo punto, non so come, finimmo a parlare di un'altra terribile piaga della storia dell'umanità: l'Inquisizione. Analizzando il fatto, quasi inspiegabile, che un fenomeno così terribile e folle, fosse durato per quasi quattro secoli, tentammo di argomentare delle considerazioni sulle possibili cause di tanta follia e crudeltà. Parlammo a lungo di un libro che avevo letto sui processi più importanti della caccia alle streghe. In questo libro veniva riportato che verso la metà del 1700 Giacomo Casanova, che per fortuna amava le donne, nelle sue memorie riporta un dialogo fra due sacerdoti suoi compagni di viaggio. I due prelati erano a domandarsi *se l'utero fosse un animale diabolico nascosto nel ventre femminile o se fosse parte intrinseca della natura della donna e quindi delle sue stesse viscere*. Questa assurdità, che turbava la mente dei togati, rispecchia la considerazione

che si aveva, in genere, della donna. Purtroppo, tra il disprezzo per la donna, considerata radice di ogni male (carestie, siccità, morie di animali, morti premature, malattie di cui non si conosceva ancora la natura e le cause) e la tortura fino alla morte atroce e allo sterminio, il passo fu molto breve. Le cause di tale persecuzione sono senza dubbio complesse. Gli storici ovviamente fanno fatica a trovare le radici che hanno portato a un tale massacro, anche perché i giuristi di quelle epoche (ricordiamo: quattro secoli!) sia laici che ecclesiastici, ritennero lodevoli, giustificate, indispensabili, necessarie, le condanne inflitte e nel nome della Croce! La maggior parte di queste donne sfortunatissime, erano guaritrici, erbaiole, levatrici. Avevano la colpa di essere intelligenti, spesso affascinanti e avvenenti, conoscitrici delle erbe e della loro funzione terapeutica, erano ricche. Le ricchezze erano motivo di appetiti da parte degli inquisitori. Per legge chi veniva accusato di stregoneria era privato dei propri beni e lo stato ne requisiva tutte le proprietà! Altro buon motivo per continuare le persecuzioni e che andava a ingrassare la causa dell'inquisizione. Ricordo che tra un annuncio di un treno o di una stazione ferroviaria, una sbirciata molto distratta fuori dal finestrino e il tentativo (fallito!) di Aldo di leggere un giornale, ci trovammo a commentare quanto, nelle varie epoche storiche, la diversità sia stata sempre perseguitata e condannata e nei processi alle streghe si è raggiunto l'apice della follia. E proprio l'apice di questa follia trovava il suo momento di catarsi nel trionfo del *Malleus maleficarum*, la *bibbia* in mano agli inquisitori. Un'accozzaglia di idiozie sessuofobiche e allucinanti contro le donne e tutto ciò che le rappresentava. Un insieme di deliranti indicazioni, con dovizie di particolari, su come impostare i più crudeli e terribili strumenti di tortura e su come far "confessare" le povere "malefiche" al di là di ogni umana pietà e sopportazione. Senza alcuna evidenza, suffragata da fatti concreti e dimostrati, l'inquisitore giudicava come verità le confessioni estorte durante i supplizi più atroci. Maneggiando un'arma così terribile come la tortura, l'inquisitore riusciva a denudare fisicamente la donna, togliendole ogni dignità, spogliarla della sua innocenza e consegnarla al rogo, rea confessata! Raccontai al mio prezioso compagno di viaggio di una cosa che avevo letto. Jule Michelet, lo storico francese che denunciò l'imbecillità crudele e la feroce stupidità degli inquisitori, narra di una strega che sotto tortura, confessò di avere rubato il cadaverino di un bambino, dalla tomba, per usarlo come componente per le pozioni magiche. Il marito della donna, nel disperato tentativo di salvarle la vita, convinse il giudice ad aprire la bara dove era stato sepolto il piccolo: nella bara venne trovato il cadavere del bimbo perfettamente intatto. "Ma il giudice – scrive Michelet – decise, contro la testimonianza dei propri occhi, che quel cadavere era una apparenza, un'illusione diabolica. Egli antepose la confessione della donna al fatto stesso. E così essa venne bruciata". Michelet attacca aspramente i tentativi di giustificazione di fatti così orrendi, da parte di studiosi e storici. Arriva schiettamente a disprezzare qualsiasi dotta analisi, prendendo le difese delle donne torturate e condannate: "(...) furono trovati supplizi apposta per loro; inventati dolori a loro strazio. Venivano giudicate in massa, con-

dannate per una parola”. Eppure quegli uomini erano tutti giuristi, filosofi, uomini di cultura, persone di fede, ma appena in odore di strega, entrando in quelle stanze di tortura e in quei dotti tribunali, dove si doveva a tutti i costi sconfiggere ed esorcizzare il *maligno*, lasciavano fuori dalla porta la testa e il cuore, fieri di tanta arroganza, ottusità e ferocia. Arrivavano ad essere addirittura vanitosi delle proprie crudeltà. Il giudice della Lorena, Nicholas Remy, che intorno al 1550, ebbe il primato di mandare al rogo da solo ben ottocento streghe, così si esprimeva: “La mia giustizia è così eccellente che molte in carcere riescono ad uccidersi per strangolamento, impiccandosi, ritenendo oramai inutile il mio verdetto”. Forse la caccia alle streghe nasconde sì la follia di cui l’umanità è capace, ma nasconde frustrazione, terribili paure e la fobia delle catastrofi, di cui l’uomo stesso è artefice, in un continuo tentativo di esorcizzarle. Per noi della nostra epoca, fatti così efferati possono sembrare assurdi e ci confortiamo dell’illusione che sono lontani nel tempo. Il filosofo John Stuart Mill, esprime questo concetto in una bellissima frase: “Avviene spesso che la credenza universale di un’epoca, dalla quale nessuno era libero senza uno sforzo straordinario di genialità o coraggio, diventi in un’epoca successiva un’assurdità talmente evidente che l’unica difficoltà è di capire come tale idea fosse mai potuta apparire credibile”. Anche nei nostri giorni si verificano catastrofi terribili sotto gli occhi di tutti, nella quasi totale indifferenza. Basta pensare ai milioni di persone che muoiono di fame. Nella sola Somalia ogni giorno muoiono oltre duemila persone. Le crisi umanitarie dimenticate sono una vergogna per l’intera umanità. Jean Ziegler, per anni incaricato speciale per le nazioni unite per l’approvvigionamento al cibo, dice che ogni 5 secondi un bambino muore di fame e quel bambino è stato assassinato! I motivi per cui la grande fame non potrà mai essere risolta sono tre: utilizzo di cereali per produrre biocarburanti, speculazione finanziaria sul cibo e utilizzo enorme della gran parte del raccolto mondiale di cereali che finiscono negli allevamenti industriali. Una ecatombe di animali ridotti a vere e proprie macchine, allevati prima in maniera completamente snaturata, smembrati poi in catene di smontaggio terribili, disumane e crudeli, finiscono a produrre carne per una fetta di umanità privilegiata che lascia senza cibo la solita fetta di umanità da sempre dimenticata. D’altro canto se i soli cinesi dovessero nutrirsi come un occidentale medio, non basterebbero tutti i cereali prodotti nel mondo per andare a ingozzare fino allo sfinimento gli animali a loro destinati. La Terra è una e il sistema attuale di produzione industriale di cibo è insostenibile.

Arrivò il momento di salutarci. Ringraziai il mio compagno di viaggio così prezioso, con immensa gratitudine. Ci scambiammo gli indirizzi di posta elettronica e i recapiti telefonici, con la promessa di mantenerci in contatto. Forse per Aldo quel commiato fu salutare. Sarebbe riuscito a riprendere fiato e a leggere il suo giornale più volte aperto, ma solo sbirciato? Io ero talmente nel pallone che dimenticai sul treno tutti i miei appunti. Da buona “arietina” però riuscii a recuperarli, anche se l’impresa non fu per niente semplice.

Ho sempre fatto tesoro di quanto ho avuto la fortuna di imparare da Aldo Pa-

gni. In questi anni mi è stato di stimolo per approfondire i grandi temi della Bioetica. Così qualche anno fa, accettai di far parte del Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica dell'Istituto Oncologico Veneto. Anche in questa occasione grazie alla fiducia e all'incoraggiamento da parte di un'altra figura per me importante in questi anni di esperienza ordinistica, il mio Presidente dell'Ordine dei Medici di Padova, Maurizio Benato. La ricca e corposa attività svolta all'interno del Comitato Etico è stata fonte insostituibile di arricchimento culturale, scientifico, etico. Qualche mese fa in occasione di un convegno organizzato proprio dall'Istituto Oncologico Veneto sul tema *Mass Media, Oncologia, Etica*, fui invitata a parlare portando la mia esperienza come medico di famiglia esprimendo la voce della Medicina Generale come importante e essenziale fonte di informazione per il cittadino. Fui contenta di partecipare ai lavori del convegno perché la tematica era attuale e rilevante. In un'occasione così stimolante, andai a cercare scritti di Aldo che sicuramente mi sarebbero stati di aiuto. Così nella mia presentazione ho fatto riferimento a parole e concetti di Aldo oramai diventati anche i miei. Di seguito alcuni passaggi.

“La sanità riflette il mondo in cui oggi viviamo, ed è un mondo di relativismo culturale, di grandi incertezze, in cui i valori condivisi sono davvero pochi. C'è frammentazione, segmentazione fra settori e fra le componenti del tessuto sociale alla base delle incertezze. Anche perché sono finiti e sono caduti molti miti, da quello ideologico a quello scientifico. I grandi progressi inarrestabili della scienza annunciati dai positivisti in buona parte sono stati delusi perché la scienza ha creato sì progresso, ma ha creato anche tanti inconvenienti e adesso siamo costretti a ripensare al modo in cui riorganizzare la vita...siamo di fronte ad un mondo di incertezze e avremmo bisogno di certezze”.

“(...) l'industria della tecnologia, l'industria del farmaco e tutta un'operazione consumistica e di marketing ha creato le condizioni per cui il paziente vive un suo modello di malattia e tenta a volte di imporlo al medico. Attraverso ritagli di giornale, enciclopedie, notizie incontrollate e varie campagne massmediatiche, il paziente tenta di imporre al medico modelli che gli derivano non da una educazione alla salute, ma da un'informazione sulla malattia che è un'informazione consumistica”.

“La professione del medico di famiglia è la più difficile, ma non priva di fascino perché permette di instaurare nel tempo un profondo e intimo legame di conoscenza e di amicizia con le persone nel teatro della vita reale (...)”.

Con queste parole che esprimono tutta la grandezza del medico, concludo il mio modesto scritto, ringraziando per l'opportunità, nella speranza di aver contribuito a scaldare il cuore di un grande Amico.

Con immensa stima, gratitudine e affetto

*“Un futuro che è già presente”
Divulgazione scientifica e biotecnologie farmaceutiche
nel pensiero di Aldo Pagni*

di Sergio Dompé

Presidente della Dompé farmaceutici

*Ciò che è veramente inquietante non è che il mondo
si trasformi in un completo dominio della tecnica.
Di gran lunga più inquietante è che l'uomo non è affatto preparato
a questo radicale cambiamento del mondo.
Martin Heidegger*

L'amicizia con Aldo Pagni è di lunga data e si è andata costruendo nel tempo con scambi epistolari – spesso fitti – con telefonate, incontri. Un'amicizia originata dall'insaziabile curiosità di Aldo, una curiosità di scienziato, acuto e intelligente, sempre sensibile alle novità, alle nuove scoperte. Un'amicizia fatta di domande, di richieste di approfondimento, di verifiche di dati e di intuizioni, di scambi di opinioni e di idee prospettiche. Aldo è una di quelle persone che ha il dono, raro, di infondere a chi ha la fortuna di frequentarlo una fiducia e un entusiasmo per il futuro incrollabili.

Non c'è da stupirsi allora se il primo paragrafo del manuale per i medici di base che Aldo Pagni scrive nel 2002 sulla prescrizione dei farmaci è interamente dedicato alle biotecnologie¹, un ramo del sapere scientifico rivolto per sua natura al desiderio di scoprire nuovi approcci terapeutici, sapendo affrontare l'inesplorato con la solidità dell'innovazione. Si tratta di un volume voluto da un “medico pratico” per un “medico pratico”, da un medico di famiglia per i medici di famiglia. Perché allora aprire un volume che si pone come uno strumento “di consultazione” – come si legge nella prefazione – e per di più rivolto innanzitutto ai medici più giovani, con una serie di pagine dedicate all'ultima frontiera della ricerca farmacologica? Perché non riservare a un tema tanto complesso, e tutto sommato per allora ancora molto lontano dalla pratica medica quotidiana, uno spazio in appendice come approfondimento sull'attualità?

Il libro è stato scritto più di dieci anni fa. Le biotecnologie sono un settore giovane e un decennio è un periodo lunghissimo, potremmo dire che si tratta di un'era. Solo oggi le statistiche ci dicono che nel mondo sono oltre 350 milioni i pazienti curati con farmaci biotecnologici, che rappresentano il 20 per cen-

¹ A. Pagni, C. Manfredi, *La prescrizione dei farmaci. Manuale per il medico pratico*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, 2002.

to di tutti quelli in commercio, il 40 per cento di quelli di nuova registrazione e il 50 per cento di quelli in fase di sviluppo. Solo oggi possiamo affermare con maggiore ottimismo di un tempo che in molti casi i trattamenti frutto della ricerca biotecnologica sono una delle poche, se non l'unica, possibilità di trattamento per patologie rilevanti e diffuse nonché la soluzione per rispondere ai bisogni ancora in gran parte insoddisfatti dei pazienti affetti da patologie rare e orfane di cura.

Con il consueto entusiasmo che lo contraddistingue, Aldo Pagni scrisse quel paragrafo con un preciso obiettivo. Il suo programma lo esplicitò chiaramente in una lettera nella quale volle generosamente anticiparmi il piano dell'opera e la sua idea di aprire il volume proprio parlando di biotecnologie farmaceutiche. Per Pagni si trattava infatti di "un argomento in continua e rapida evoluzione dove non è facile dall'esterno, per i non addetti ai lavori, distinguere le prospettive delle ricerche dalle applicazioni pratiche dei suoi risultati".

In queste poche righe credo si possa sintetizzare il "programma" di Aldo Pagni, la sua idea di medicina fatta innanzitutto di pratica, di confronto quotidiano con il malato più che con la malattia. Come chiarisce in una sua *lectio magistralis*:

La visita deve rimanere un insostituibile 'incontro' tra due persone, una che soffre e un consigliere esperto che ha il compito di aiutarla, avvalendosi senza pregiudizi degli strumenti che l'organizzazione della tecnologia scientifica moderna gli mette a disposizione².

Una medicina che tuttavia, cosciente della propria storia e della sua funzione sociale, deve tenere il passo con l'innovazione senza per questo diventare mera tecnica.

Alla fine, se è vero che il metodo clinico più classico e tradizionale non ha più un suo ruolo per l'aumento delle conoscenze, la frammentazione specialistica, la medicina basata sull'evidenza, la tecnologia, la computerizzazione delle diagnosi, le linee guida, le note sui farmaci, gli algoritmi e gli alberi decisionali dei 'sistemi esperti', ciò non significa che tanta dispersione di energie, di competenze e conoscenze non debba essere ricomposta utilmente con i nuovi strumenti di un futuro che è già presente³.

Ecco dunque delinearsi il pensiero di Aldo Pagni sull'innovazione in medicina. Quale assiduo frequentatore dei primi convegni di Assobiotec, ha intuito da subito la portata rivoluzionaria che le biotecnologie avrebbero avuto nei tempi a venire. Già nel 1997, appena eletto nuovamente e all'unanimità alla presidenza della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, nel suo programma le biotecnologie facevano parte dei "grandi temi di

2 A. Pagni, *Dalla condotta medica alla medicina telematica, Lettura Magistrale in occasione del convegno "Dalla Sanità Elettronica alla Medicina Telematica. Il Futuro è adesso"*, Firenze, 8-9-10 aprile 2010 <http://www.ordinemedicilatina.it/node/16313>.

3 *Ibidem*.

carattere etico e morale a cui la Federazione è chiamata a dare risposte autorevoli e vincolanti per la professione medica⁴”.

Nella seconda metà degli anni Novanta le biotecnologie facevano prepotentemente il loro ingresso nel dibattito pubblico. Il confronto fu da subito vivace, non di rado aspro. Erano anni in cui si affrontavano i nuovi problemi posti dalla bioetica, altra parola nuova per l'opinione pubblica. Si discuteva di biotecnologie insieme a temi quali la fecondazione assistita e la clonazione. Oggi per molti aspetti questa sovrapposizione di argomenti appare quasi anacronistica, la riflessione è andata avanti e le biotecnologie, almeno per quello che riguarda il settore farmaceutico, non scontano più il pregiudizio ideologico di vent'anni fa. Se questo progresso culturale è stato possibile, lo dobbiamo anche al contributo di pensiero e al ruolo di instancabile divulgatore svolto proprio da Aldo Pagni.

Che la figura di Aldo Pagni abbia incarnato e incarni tuttora la perfetta figura di mediatore culturale presso la classe medica è un fatto innegabile e per nulla scontato. In un paese come l'Italia, in cui purtroppo il dibattito pubblico sulla scienza è ciclicamente afflitto da pregiudizi antiscientifici e da ideologie contrapposte, figure come quelle di Aldo Pagni sono indispensabili e svolgono un ruolo fondamentale perché il dialogo resti aperto e vivo.

Aldo Pagni, con grandissima lungimiranza, ha compreso prima di altri quanto fosse importante impostare da subito la discussione sulle biotecnologie su basi solide, quanto fosse determinante coinvolgere i medici, i medici di base in particolare. Non poteva però non inserire questo argomento nel contesto più ampio della deontologia professionale e dell'etica medica. A tale proposito ha scritto di recente:

La medicina di ieri costava poco e, nella pratica, non “produceva molto di nuovo”, ma aveva fini eticamente indiscutibili: “Curava spesso, guariva qualche volta e consolava sempre”, e la deontologia professionale, fino agli anni '90, poteva limitarsi a dare indicazioni per una prassi medica moralmente onesta, corretta e decorosa⁵.

Il confronto con l'opinione pubblica diventa oggi necessario per le mutate condizioni culturali e sociali. La classe medica non può sottrarsi al dibattito:

La medicina tecnologica di oggi è invece molto costosa, ha conseguito notevoli successi e ha dilatato il suo potere, andando oltre le regole della natura, e questa impresa è divenuta sempre più spesso oggetto di discussioni pubbliche sul piano etico. In questa prospettiva la deontologia è stata chiamata a riflettere sul rapporto dialettico tra fini e mezzi, tra responsabilità e conseguenze, e tra fatti e valori. L'apertura al “diritto” del cittadino di essere coinvolto nelle decisioni del medico, ha com-

4 *Medici: Aldo Pagni confermato presidente FNOMCEO, ADN Kronos Salute, 18 marzo 2007* http://www.adnkronos.com/Archivio/AdnSalute/1997/03/18/Sanita/MEDICI-ALDO-PAGNI-CONFERMATO-PRESIDENTE-FNOMCEO_183300.php.

5 *Biodiritto, giurisprudenza e deontologia sui temi bioetici in “Parma Medica”, Atti del convegno del 28 ottobre 2012* http://www.omceopr.it/fileUpload/Cms/files/ydt2WJi77Q_44.pdf.

portato la conseguenza che la riflessione deontologica dei medici non potesse più esaurirsi nell'ambito esclusivo della professione, ma dovesse confrontarsi anche con l'opinione pubblica come momento della politica etica della professione. La coscienza morale individuale, infatti, non corrisponde soltanto a un astratto profilo morale privato della persona, ma si modella sulla cultura di una data epoca e sulle condizioni civili di una società⁶.

Questa “riflessione deontologica”, innescata dalla lucida analisi delle possibilità e al tempo stesso dei rischi di una “medicina tecnologica”, va al di là dei confini della pratica medica e si estende al pensiero scientifico in generale e alle sue ricadute pratiche nella quotidianità degli individui.

Negli anni della mia presidenza presso Assobiotec, ricordo i fitti carteggi che hanno consolidato la nostra conoscenza e fatto nascere poi la nostra amicizia, la sua passione che non esito a definire civile. Fu Aldo Pagni a suggerire che fossero i medici di base i destinatari di un opuscolo dedicato alle applicazioni delle biotecnologie in agricoltura. Fu un'idea a suo modo rivoluzionaria. Ma perché i medici di famiglia dovevano essere messi al corrente del dibattito ancora oggi accesissimo sugli organismi geneticamente modificati?

Perché come volle scrivere nella lettera di accompagnamento a un opuscolo informativo che firmai con lui, Aldo Pagni considerava “insostituibile il ruolo del medico di famiglia nella informazione personalizzata ai suoi pazienti sulla qualità della vita e dell'ambiente e sulle regole della sana alimentazione”. Quell'opuscolo doveva essere un altro tassello a supporto della pratica professionale quotidiana e nel dialogo senza pregiudizi con i cittadini. In una sua lettera rilevava: “la situazione delle biotecnologie in Italia è caratterizzata da una spiccata ambivalenza: favorevole per quanto riguarda le applicazioni nel settore salute e in costante antagonismo in ambito agroalimentare”. Da uomo di scienza non poteva tollerare questa dicotomia e non poteva ammettere che la classe medica fosse in qualche modo a sua volta espressione di questo strabismo della razionalità.

Come ci ricorda la massima di Heidegger con la quale ho voluto aprire questo mio modesto contributo e che ho tratto proprio dalla *lectio magistralis* già citata, l'uomo rischia di non essere preparato alle evoluzioni rapidissime imposte dall'innovazione. Al pessimismo del grande filosofo tedesco credo di poter sostenere che faccia perfettamente da contraltare l'ottimismo e l'entusiasmo di Aldo Pagni che da sempre sono parte integrante della sua missione. Una missione civile, la missione di un divulgatore che mi onora con la sua amicizia vera e sincera.

Nella dedica che ha voluto rivolgermi, proprio nel manuale che ho citato in apertura, Aldo ha scritto “gli amici veri non si scelgono a caso ma per passione”. Sottoscrivo pienamente e spero che queste pagine esprimano il mio modo di ricambiare questo affetto.

⁶ *Ibidem.*

La prescrizione dei farmaci

Carlo Manfredi

Presidente OMCeO Massa Carrara, medico di famiglia, farmacologo clinico

È una domenica mattina, sto ri-leggendo con un sottile piacere intellettuale l'editoriale dal titolo "*I fondamenti etici della decisione in medicina*" di Aldo Pagni (1), una mirabile sintesi nella quale mi riconosco. La suoneria del mio cellulare, impostata in modalità "arpa", m'inonda con la sua melodiosa armonia. Rispondo. L'interlocutore, la cui identità, per motivi di riservatezza, non posso rivelare, dopo aver svolto alcune considerazioni positive sul convegno del giorno precedente del quale eravamo stati protagonisti, mi raccomanda in modo deciso o, anzi, forse m'intima: "Devi consegnare entro martedì!". Eccomi al lavoro per portare a termine l'impegno di scrivere un contributo in onore di Aldo Pagni in occasione del suo ottantesimo compleanno.

Aldo Pagni ha contribuito in modo decisivo alla trasformazione dell'ormai decadente medico della mutua nel più evoluto medico di medicina generale (m.g.) che pratica una disciplina che è diventata oggetto d'insegnamento e di apprendimento perché aggiunge conoscenze specifiche e abilità peculiari alla preparazione di base del medico.

La medicina generale come disciplina

Il medico di m.g., nella sua attività clinica, entra in relazione con singole persone ciascuna delle quali ha una identità complessa, frutto non solo la variabilità biologica ma anche altri elementi derivati dalla sua realtà fisica, soggettiva, culturale e sociale. L'idea della vita, i valori e la spiritualità sono diversi nei vari individui così come il concetto di salute o di benessere e quello di malessere o di malattia, di guarigione e di trapasso. Il paziente, nel raccontare al medico la propria "storia di malattia", descrive il significato soggettivo che i segni e i sintomi hanno per lui, esprime i suoi stati d'animo, le sue esperienze interiori, spesso distorte dalla sofferenza, e comunica le sue aspettative per il futuro. Il medico di m.g. svolge un ruolo strategico nel seguire e indirizzare il paziente lungo l'intero *continuum* assistenziale e per soddisfare i suoi bisogni di conforto, di rassicurazione, di calore umano, di soccorso e di consolazione.

La variabilità dei bisogni e delle aspettative della persona implica la necessità continua di scomposizione e ricomposizione della *techne* del medico in un processo di adattamento della conoscenza scientifica alla soggettività delle persone e alla molteplicità di presentazione delle malattie mantenendo inalterata la capacità relazionale in un rapporto di condivisione esistenziale e di comunicazione autentica.

Il rapporto fra medico di m.g. e paziente è contraddistinto da un divenire continuo non solo perché cambiano il paziente, il medico e la loro relazione, ma anche perché si modifica l'ambiente intorno a loro.

Scienza e persona, uomo e tecnica non sono antinomici nell'ambito della medicina generale, ma concorrono al raggiungimento di un fine primario. Il fine ultimo dell'agire del medico è rappresentato dal perseguimento del bene del paziente. Il medico pertanto, sordo a ogni altro richiamo, deve fare tutto ciò che è in suo potere per migliorare il destino e la condizione di vita del proprio paziente (2).

Farmaci e terapie nelle cure primarie

Aldo mi ripeteva spesso di aver notato che i medici, specie i più giovani, conoscono abbastanza i farmaci, ma non le terapie e non hanno capacità critiche riguardo l'informazione scientifica. La prescrizione dei farmaci è una delle attività quotidiane più comuni della pratica medica corrente. Mancare di una visione strategica che permetta di inserire i farmaci nel momento più giusto e nel modo più utile nel decorso della malattia è sicuramente limitativo, ma anche l'incertezza nell'attribuire il vero valore terapeutico alle nuove molecole ha delle ricadute sfavorevoli nei comportamenti prescrittivi.

Aldo Pagni era stato nominato membro della Commissione Unica del Farmaco (CUF), un organo consultivo e tecnico costituito presso il Ministero della Sanità, chiamato a selezionare, in conformità a criteri di efficacia e sicurezza ma anche di costo efficacia in relazione al tetto di spesa programmato, i farmaci essenziali e quelli per le malattie croniche rimborsabili interamente dal Servizio Sanitario Nazionale. Furono inoltre redatte note limitative della prescrivibilità di alcuni farmaci di classe A a carico del SSN in determinate indicazioni sulla base della loro reale efficacia documentata da studi clinici controllati su esiti clinici rilevanti per i pazienti (morbilità e mortalità specifica e per tutte le cause). La responsabilità di stabilire quale paziente avesse diritto a ottenere il farmaco in regime assistenziale competeva, come adesso, al medico prescrittore. L'azione della CUF portò ad un vero e proprio "*disboscamento*" del Prontuario Terapeutico. La parte più attenta della professione auspicava da tempo un intervento di rigorosa pulizia del prontuario e difese con passione la base metodologica e scientifica che aveva ispirato le scelte della CUF. Quest'operazione, invece, fu attaccata duramente dall'industria farmaceutica spalleggiata dalla parte meno evoluta dell'accademia e dei medici. L'industria si trovò anche nella necessità di gestire il devastante effetto collaterale prodotto sulle aziende che basavano i loro listini su molecole non ancorate ai nuovi paradigmi di valutazione dell'efficacia terapeutica. La struttura dell'industria farmaceutica italiana fu messa in crisi da questo sconvolgimento epocale ma alcuni coraggiosi industriali, indotti dalla necessità di sopravvivere, quasi sull'orlo del baratro, appresero la lezione e seppero imprimere una decisa sterzata alle loro imprese verso la Ricerca & Sviluppo di nuove molecole fondate su più solide evidenze. Il risultato fu che riuscirono a dare nuovo impulso alla loro attività imprenditoria-

le dalla quale sono state generate nuove opportunità terapeutiche. Esattamente quello che si aspettano sempre medici e pazienti. In quello stesso periodo io, medico di famiglia, avevo fatto la specializzazione in farmacologia clinica per approfondire la metodologia della ricerca e della valutazione dell'efficacia e tollerabilità dei farmaci per poterli utilizzare in modo più avveduto nella mia pratica professionale. Al tempo stesso mi ero impegnato in attività formative prevalentemente orientate al medico di famiglia per diffondere le conoscenze di base per valutare criticamente e in modo indipendente la letteratura scientifica. Solo così i medici di famiglia avrebbero avuto gli strumenti di base per stabilire il vero valore terapeutico dei farmaci senza subire le influenze interessate del mercato. Molti studi clinici sono disegnati e realizzati non per aumentare il livello di conoscenza scientifica, ma per ottenere risultati favorevoli da riversare nelle attività promozionali. Il medico deve sapersi sottrarre a queste insidie e a questi attentati alla sua autonomia professionale. In quella fase ho collaborato alle attività di formazione promosse dall'Associazione degli Informatori Scientifici del Farmaco (AIISF) per i suoi iscritti. L'AIISF da tempo era impegnata a ottenere dal legislatore il riconoscimento di un albo professionale a garanzia di un'attività d'informazione sui farmaci più aderente ai fini etici e sociali che deriva dalla loro prescrizione.

Aldo Pagni era già in quel periodo una fra le figure più autorevoli della medicina italiana, come Presidente di Ordine lo avevo sostenuto attivamente e mi ero battuto invano per evitare che fosse estromesso dalla *Presidenza* della FNOM-CeO. Ai suoi occhi, ero un collega dal carattere un po' ombroso, ma, lo ringrazio di cuore, competente e appassionato. È stato facile ed entusiasmante immaginare e progettare con Aldo Pagni un libro per approfondire in modo sistematico la prescrizione dei farmaci (3). Il nostro sodalizio è, in seguito, proseguito con la collaborazione alla rivista *Professione* da lui diretta, ora confluita in *Decidere in Medicina*. Per la rubrica da me curata avevo proposto il titolo "*i farmaci fra scienza ed etica*" da Aldo accolto molto favorevolmente. Successivamente ho collaborato anche alla stesura di un capitolo del *Manuale della Professione Medica* del 2011 del quale Pagni è stato uno dei due curatori (4).

Attese del paziente e orientamenti del medico

Il paziente percepisce la malattia come una "*ferita*" psicofisica irrimediabile e talora insopportabile della propria integrità che lo rende insicuro e timoroso perché avverte che su di lui incombono disabilità, sofferenza e morte. Per questo, si rivolge fiducioso al medico consapevole delle sue abilità e del fatto che la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica mettono a disposizione sempre nuove opportunità per migliorare gli esiti di molte malattie. Al tempo stesso chiede al medico di essere considerato come una persona sofferente intensamente bisognosa di compassione, di altruismo e di empatia e non come un oggetto passivo sul quale riversare il sapere scientifico.

Infine, auspica e pretende che il medico pratichi la sua professione senza condizionamenti e conflitti lesivi della sua autonomia decisionale (3,4).

Gli orientamenti prescrittivi del medico sono influenzati dalla sua preparazione, dall'esperienza clinica, dalle suggestioni scientifiche, dalla mole d'informazioni disponibili, dai nuovi farmaci e dal desiderio di provarli. Stabilire un rapporto di feconda comunicazione bidirezionale nella fase di definizione e di successiva gestione della scelta è indispensabile perché l'esito della prescrizione non dipende solo dai contenuti scientifici ma anche dall'interazione fra il sistema di valori, verità, sensibilità, convinzioni e credenze del medico con quelle del paziente. La cura, sebbene attinga alla conoscenza scientifica deve essere "pensata" considerando tutti gli aspetti della vita di una persona che vanno oltre la realtà biologica del corpo vivente e della malattia. Il medico, attraverso la sua persona fisica, la sua cultura, la sua capacità relazionale ed empatica, diventa prescrizione di se stesso ed elemento decisivo dell'esito del trattamento. L'attenzione alla personalità del malato, alle condizioni del suo vivere, alla sua volontà di guarigione e al suo progetto di vita permette di dispiegare pienamente l'azione del farmaco che diventa mezzo ed espressione del "prendersi cura" da parte del medico (2,3). Il farmaco è un investimento affettivo, una promessa variamente modulata nella cultura delle diverse persone, una parola "magica", un incantesimo biologico o un "miracoloso tocco salvifico". Questo aspetto, difficilmente accessibile alla quantificazione e all'oggettivazione, presenta dei correlati neurobiologici corrispondenti agli effetti del placebo che, mentre devono essere neutralizzati nell'ambito della ricerca sull'efficacia dei farmaci nelle popolazioni, diventano un utile elemento che si genera nel contesto della relazione di cura dei singoli casi. Abdicare alla forza della comunicazione favorisce invece l'accesso al farmaco come dispendioso surrogato e scorciatoia puramente chimica della relazione con il paziente e della cura. La responsabilità condivisa della scelta permette di estendere il processo terapeutico, attraverso il conseguimento del benessere del singolo, al bene della società. L'atto prescrittivo coinvolge il medico nella responsabilità della gestione di risorse economiche attribuendo preziose valenze *civili ed etiche* al suo operato che, per essere orientato al bene comune, deve considerare l'uso appropriato delle risorse (3,4).

La prescrizione nelle cure primarie

Nell'assistenza primaria prevalgono patologie sfumate spesso autolimitantesi e di breve durata. Il quadro clinico appare spesso caratterizzato da una costellazione di segni e sintomi indifferenziati e disorganizzati e di disturbi nei quali elementi fisici, funzionali, psichici, sociali e comportamentali sono variamente intrecciati ed embricati fra loro. Spesso la malattia è osservata nella sua fase iniziale prima che il quadro clinico possa mostrarsi in tutta la sua completezza. Le situazioni più sfumate di malessere o di disagio soggettivo prevalgono sulle malattie nosograficamente definite. Il paziente ha un suo "modello profano di malattia" che condiziona il potere di negoziazione che esercita nel corso della consultazione con il medico (2,3). Il medico di famiglia deve spesso semplicemente comunicare ai pazienti che si aspettano un rimedio per ogni sintomo

mo, che *molto disturbi si autolimitano e non richiedono alcun intervento farmacologico*. Le prescrizioni finalizzate a soddisfare il bisogno psicologico e di rassicurazione di chi la richiede e di chi la prescrive, sono spesso insoddisfacenti, potenzialmente a rischio di reazioni avverse e fonte di sterile dilatazione della spesa. Anche quando la diagnosi è accurata e il trattamento univoco e universalmente accettato, non devono essere trascurati gli aspetti soggettivi del paziente e la relazione medico-paziente per evitare che una scarsa accettabilità e aderenza al trattamento possano depotenziarne o vanificarne l'efficacia.

La conoscenza scientifica come base della terapia

La terapia fonda le previsioni sugli esiti che i trattamenti potranno avere nei singoli pazienti sulle conoscenze derivate dalla sperimentazione clinica. Il RCT (Randomized Controlled Clinical Trial) ben disegnato e condotto rappresenta lo strumento metodologicamente più valido per ottenere la prova, entro i limiti di probabilità assegnati, che un trattamento è in grado di modificare favorevolmente il decorso naturale di una malattia in termini di riduzione della mortalità per tutte le cause e della morbilità causa specifica. La terapia trasferisce le conoscenze di carattere generale, ricavate su popolazioni selezionate, al singolo individuo che è un universo a sé stante, diverso da tutti gli altri, portatore di una storia localizzata nel tempo e nello spazio. La terapia è pertanto una scienza tecnologica e storica o idiografica che realizza una sintesi fra i contenuti della conoscenza scientifica e le peculiarità della storia e della realtà clinica dell'individuo per decidere qual è la strada migliore da seguire per lui (3,6).

Il RCT si colloca all'apice della gerarchia delle prove di efficacia (tabella 1) perché, rispetto ad altri disegni di studio, si caratterizza per un rigore metodologico nelle fasi di pianificazione, conduzione e analisi dei risultati che rendono minimo l'effetto dei *bias*. Il *bias* o distorsione, è un errore sistematico che, introdotto consapevolmente o inconsciamente in qualsiasi stadio dell'inferenza, modifica una o più condizioni dell'esperimento in modo tale da condurre a conclusioni diverse da quelle verso le quali si dirigerebbe se l'unica differenza fra i gruppi fosse rappresentata dai trattamenti a confronto (5,6).

Gli studi ben disegnati e realizzati da ricercatori qualificati in condizioni organizzativo-assistenziali ottimali che confrontano il trattamento attivo con il placebo o contro il trattamento di riferimento (il cosiddetto *gold standard*) per quella indicazione su popolazioni molto selezionate e omogenee (ad es. limitando l'arruolamento a ristretti ambiti di gravità della malattia, eliminando i pazienti più "complessi" per comorbilità e/o polifarmacoterapia, oppure i soggetti in condizioni generali scadute, gli anziani, le donne in gravidanza o che allattano e i bambini), si caratterizzano per un'elevata validità interna che dimostra l'efficacia del trattamento in condizioni sperimentali ideali (*efficacy*, tabella 1) (3,6).

Le conclusioni degli studi di *efficacy* sono generalizzabili esclusivamente a pazienti simili a quelli ammessi allo studio che sono però scarsamente rappresentativi dell'universo dei pazienti affetti dalla malattia. Pertanto la loro

Tabella 1 - Differenze tra studi clinici di *efficacy* e di *effectiveness*

	Studio di efficacy	Studio di effectiveness
<i>Disegno dello studio</i>	RCT	RCT, Studi Osservazionali Caso Controllo e di Coorte
<i>Assegnazione dei pazienti</i>	Randomizzata	Randomizzata (RCT), decisa dal curante (Studi Osservazionali)
<i>Setting</i>	Standard organizzativo-assistenziali ideali (Università, Ospedali, Istituti di ricerca)	Contesto assistenziale "reale", Cure primarie
<i>Professionisti Ricercatori</i>	Specialisti con addestramento ed esperienza elevati	Medici delle cure primarie
<i>Popolazione</i>	Più omogenea	Più eterogenea
<i>Pazienti</i>	Altamente selezionati e motivati Esclusione dei pazienti complessi	Praticamente tutti Criteri di esclusione limitati
<i>Trattamento di Controllo</i>	Placebo o terapia standard	Qualsiasi, anche assenza di trattamento o trattamento non farmacologico
<i>Modalità di trattamento</i>	Definite da un protocollo rigoroso (più standardizzate)	Più variabili e flessibili secondo i criteri della pratica corrente
<i>Misure di esito</i>	Surrogate (modifiche di parametri strumentali e di laboratorio) o clinicamente rilevanti (morbilità e mortalità)	Cliniche (morbilità e mortalità) Soggettive del paziente Costi diretti e indiretti, individuali e sociali
<i>Attendibilità</i>	Elevata per outcome clinici	Elevata per outcome soggettivi
<i>Conclusioni</i>	Causalità	Causalità (RCT), Associazioni, correlazioni e stime (Studi osservazionali)
<i>Validità interna</i>	Elevata	Inferiore
<i>Validità esterna</i>	Inferiore	Elevata e rilevante per il paziente Fornisce indicazioni per l'allocation delle risorse
<i>Generalizzabilità</i>	Limitata ad una popolazione specifica e selezionata	Ampia per molti pazienti
<i>Costi di esecuzione</i>	Generalmente alti	Variabili, ma relativamente bassi

validità esterna, ossia la trasferibilità delle loro conclusioni a popolazioni differenti e in contesti assistenziali diversi, è molto limitata. Gli studi di *effectiveness* (tabella 1) valutano invece l'efficacia dei trattamenti in popolazioni molto più simili a quelle che s'incontrano nelle condizioni assistenziali correnti. I *pragmatic trial* si prefiggono di dimostrare se un trattamento dotato di *efficacy* è anche efficace in condizioni assistenziali simili al *setting* dell'as-

sistenza primaria (*effectiveness*) (3,6).

Questi studi hanno criteri di inclusione meno selettivi che rendono i pazienti arruolati molto simili a quelli della pratica corrente, confrontano regimi terapeutici più flessibili e gli sperimentatori che li eseguono operano in modo comparabile a quello che vige nella realtà assistenziale abituale. Le conclusioni dei pragmatic trial sono più facilmente generalizzabili ai pazienti esterni agli studi. È spesso difficile tracciare una linea netta di demarcazione fra studi di *efficacy* e di *effectiveness*. In effetti, quasi sempre coesistono nello stesso studio caratteristiche di entrambe le metodiche che risultano di volta in volta più o meno accentuate (6).

Efficienza farmacologica, efficacia clinica

Gli *end point* degli studi clinici più rilevanti per la pratica terapeutica, detti anche *hard end point*, sono rappresentati dalla riduzione della mortalità per tutte le cause, dal prolungamento della sopravvivenza, dalla riduzione degli eventi clinici legati alle complicanze indotte dalla malattia di base (ad es. infarto, reinfarto, ictus, fratture etc.), dalla capacità del paziente di mantenere uno stile di vita attivo (assenza di limitazione dell'autonomia e di disabilità), dalla qualità della vita e da un minore ricorso al ricovero ospedaliero o alla chirurgia. I trials che studiano gli *end point* clinici sono definiti terapeutici o di *efficacia clinica*. Gli studi che adottano parametri di *efficienza farmacologica*, surrogati rispetto a quelli primari o clinici, ad es. l'aumento della massa ossea e non l'incidenza di fratture, la riduzione della pressione arteriosa o del colesterolo piuttosto che una minore incidenza degli eventi cardiovascolari fatali e non fatali, sono detti *conoscitivi* o di *efficienza farmacologica* e portano a conclusioni più fragili. Infatti, anche se alla luce delle conoscenze dei meccanismi fisiopatologici della malattia e delle osservazioni epidemiologiche le loro conclusioni appaiono spesso ragionevolmente affidabili, non sempre esiste un rapporto lineare fra l'*end point* surrogato e quello primario e quindi non sono necessariamente predittivi della capacità di ridurre l'incidenza degli eventi clinici che s'intende prevenire o rimandare.

La scelta del farmaco

Il medico, per scegliere razionalmente il trattamento da proporre ai suoi pazienti, non può oggi prescindere dalla valutazione critica dell'esito dei vari trattamenti attuati in precedenza in pazienti con le stesse caratteristiche nei trials clinici disponibili. I dati derivati dalla conoscenza scientifica sono alla base di ogni decisione sensata. Il clinico deve conoscere i trial e selezionare quelli che, dotati di validità interna, sono generalizzabili ad altri pazienti. Naturalmente si deve accertare che gli strumenti utilizzati per definire la diagnosi, per dosare la terapia o per stabilire l'efficacia del trattamento siano disponibili laddove si intende utilizzare il trattamento in esame, bisogna dunque che anche l'ambiente nel quale si è svolto il trial, sia simile a quello in cui si intendono applicare i risultati. La generalizzazione al singolo paziente, anche se corretta e utile, rasso-

miglia più ad una speculazione che ad una deduzione, ma è esattamente questa speculazione che il clinico è chiamato a fare per decidere se applicare i risultati di un RCT al suo singolo paziente, senza trascurare la libera espressione, da parte del paziente, delle sue preferenze nei riguardi di scelte alternative che il medico deve prospettargli esaurientemente affinché possa esprimere un punto di vista informato ed autonomo. È questa l'essenza della terapia intesa come scienza tecnologica e storica.

La medicina generale e l'appropriatezza prescrittiva

Il Sistema Sanitario rimborsa i trattamenti sulla base della dimostrata efficacia in studi clinici e di criteri economici. In altre parole sceglie i farmaci che dimostrano un vantaggio su popolazioni selezionate a prezzi accettabili. Il medico di m.g. è pertanto chiamato a valutare a norma e a decidere se la soluzione più appropriata per la sanità pubblica è applicabile alla realtà clinica del singolo malato. Se il paziente soddisfa queste caratteristiche, il trattamento è prescrivibile e rimborsabile, cioè ritenuto giusto e corretto. Si chiede dunque al medico di m.g. di svolgere il ruolo politico di controllo dell'applicazione rigorosa di ciò che la sanità pubblica ritiene più appropriato e meno costoso e lo si priva della gestione autonoma degli scarti esistenti fra conoscenza ideale e realtà clinica in quanto questa eventualità non viene nemmeno formalmente riconosciuta. La m.g. condivide la razionalità scientifica sulla quale si fonda la medicina basata sulle prove di efficacia ed apprezza il fatto che sia stata adottata come metodologia per la selezione dei farmaci e delle loro indicazioni terapeutiche. È tuttavia ben consapevole che essa costituisce solo di uno degli strumenti utili per esercitare la sua disciplina. Aspira pertanto a sottrarsi ad una applicazione meccanicistica dei suoi contenuti probanti sia che ciò avvenga per scelta autonoma sia che derivi dal condizionamento autoritativo della sanità pubblica per evitare di ledere e deformare il contenuto della sua *techné*. La variabilità biologica, infatti, si esprime molto spesso in quadri clinici diversi da quelli dei pazienti arruolati negli studi clinici che hanno concorso a definire la rimborsabilità di un farmaco. Il medico di m.g. impatta spesso in ampie zone grigie nelle quali le prove di efficacia sono troppo fragili o mancano del tutto. I trattamenti di documentata efficacia vengono prescritti per periodi di tempo molto più prolungati rispetto alla durata degli studi clinici in assenza di documentazioni adeguate. L'elevata incidenza di comorbidità spesso porta ad utilizzare più farmaci senza che sia dimostrato se l'associazione è benefica ed in che misura o se i vantaggi dimostrati dai farmaci impiegati singolarmente si sommano quando vengono utilizzati insieme. Ciò che va bene per una malattia non è detto che sia sempre la migliore soluzione per il malato e nessuno è in grado di prevedere se il singolo paziente rientrerà fra coloro che trarranno reale beneficio. Il paziente ha una sua idea su ciò che è bene e ciò che è male per lui che deriva dalla sua personalità e dalla sua cultura. Può pertanto respingere un trattamento nonostante sia proposto come appropriato dal sistema sanitario (7). Al medico di m.g. deve essere però concesso un margine di scelta clinica qua-

lora i trattamenti rimborsabili non siano applicabili, non siano accettati o siano inefficaci perché anche questa è una funzione politica che discende dalla tutela del diritto alla salute. Integrare i dati locali della storia personale del paziente con quelli desunti dalla conoscenza scientifica e imposti dalla sanità pubblica è indispensabile per decidere in modo motivato e documentato in base alla singolarità delle persone e alla loro polimorfa realtà (7).

Conclusioni prospettiche

Caro Aldo, i miei circuiti cerebrali implicati nell'emotività, nella percezione estetica e nell'empatia, ma anche quelli della razionalità, sono sempre in uno stato di alta tensione. Con il Tuo aiuto, ho esercitato i primi, fra l'altro, per rischiarare il mio carattere ombroso e i secondi per mantenermi al passo con l'evoluzione dell'etica, della metodologia e della conoscenza scientifica. Se da tutto quello che mi hai insegnato o che abbiamo imparato insieme ho appreso qualcosa, l'editoriale su "*I fondamenti etici della decisione in medicina*" è solo la stesura sintetica più avanzata e più evoluta, ma pur sempre provvisoria, che dovrà ulteriormente rivedere e rielaborare con la Tua consueta maestria non appena si renderà necessario. Aspetto la prossima, rinnovata versione. C'è posto sulla mia scrivania per ospitare la rivista fresca di stampa con il nuovo editoriale che scriverai, ma ce n'è, ancor di più, nel mio cuore, per salutarlo con l'affetto dovuto, e nella mia mente per "fagocitarlo" ed elaborarlo a livello cognitivo!

Bibliografia

- 1) Pagni A., *I fondamenti etici della decisione in medicina*, in *Decidere in Medicina* 2013; XIII, numero 4, pagg. 3-6.
- 2) Manfredi C., *La prescrizione e l'utilizzazione dei farmaci: ruolo e responsabilità della Assistenza Primaria*, in Guzzanti E., *L'assistenza primaria in Italia*, Cap. 6.2 pag 383-407. Ed Iniziative Sanitarie - GISAP, Roma, 2009.
- 3) Pagni A., Manfredi C., *La prescrizione dei farmaci. Manuale per il medico pratico*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche Torino, 2002.
- 4) Pagni A., Fucci S. (Eds), *Manuale della Professione Medica. Deontologia Etica Normativa*, C. G. Edizioni Medico Scientifiche Torino, 2011.
- 5) Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R., *Evidence based medicine*, BMJ 1995;310:1085.
- 6) Waldman S.A., Terzic A, *Pharmacology and therapeutics. Principles to practice*, Saunders 2009, Philadelphia.
- 7) Manfredi C., *L'appropriatezza fra clinica ed economia*, in *Decidere in Medicina* 2006, n°4.

L'informatica in medicina generale

Franco Del Zotti

Medico di medicina generale, Verona

Ho conosciuto Aldo Pagni qualche anno dopo la mia laurea, nel 1983. Era relatore a Roma in un importante convegno in cui si discuteva di Cartelle cliniche orientate per problemi e di protocolli diagnostici terapeutici. Mi ero mosso verso Roma da un paese del sud ove lavoravo per la passione che mi accomunava allora ad Aldo. L'obiettivo era quello di piegare e "illuminare" la carta delle cartelle con le "ragioni" di un gruppo di irrequieti medici di frontiera.

Poco dopo arrivò il computer e l'informatica e bruscamente molto cambiò: si trattava di inserire nei grossi PC da pochi "neuroni" di allora il massimo di logica; la passione sarebbe stata recuperata in un secondo tempo.

Nei mesi successivi incontrai Pagni e i primi pionieri della società da lui fondata, la SIMG, in un convegno a Sirmione. Si analizzavano le prime cartelle computerizzate, nate da una collaborazione tra mmg e CNR. Aldo, pur se cinquantenne, condivideva con noi trentenni l'entusiasmo del neofita. In quegli anni i mmg che si lanciavano nel nuovo mondo delle cartelle computerizzate sopportavano software imperfetti e dalle funzioni primordiali e spese tipiche delle primizie: si spendevano anche 10 milioni di lire per un PC infinitamente meno potente dei PC attuali. Cosa teneva accesa la fiamma della nostra attenzione culturale? La debolezza tecnologica di quelle prime soluzioni era compensata dalla vivacità del dibattito metodologico: stimolati da Pagni e dalla sua vasta cultura professionale e umanistica, in maniera parallela sviluppavamo riflessioni e strumenti concettuali legati ad algoritmi, protocolli, procedure cliniche e relazionali; e dall'altra parte tentavamo di capire come sistematizzare tutto ciò nelle cartelle.

Negli anni '80 esplose in campo medico sia nuovi dati clinici e strumentali sia nuove metodologie, e tra queste soprattutto l'epidemiologia e l'EBM. La SIMG dei primi anni svolgeva il ruolo di incubatrice e melting point per la cultura interdisciplinare del mmg.

La grande speranza era di unificare, analizzare e sintetizzare il tutto attraverso il Pc. Per fare due soli esempi: in collaborazione con informatici e ingegneri universitari provavo ad adattare all'Italia e alla MG studi di avanguardia che mostravano che, con calcolatori che usavano linguaggi di intelligenza artificiale (Lisp), era possibile matematizzare in un'unica pagina tutti gli eventi che intervenivano in un ricovero: con un sistema di compressione logico-grafica si raccoglievano anche dieci giorni di valori dei test, posologie, andamenti delle variabili cliniche venivano raccolte in unico diagramma di una sola videata.

Nello stesso periodo, stimolato da Aldo e dalla SIMG, collaboravo con studenti di informatica; creavamo prototipi di software, in linguaggio “micro-pascal”, in grado di fornire aiuto consulenziale ed educativo ai pazienti per sintomi minori, il che fungeva da alternativa alle rigide enciclopedie cartacee. Uno di questi sistemi, ad esempio, insegnava in maniera interattiva ai pazienti con insonnia ad utilizzare una serie di step: modificare lo stile di vita (ad es: meno caffè serali), tornare dal software, compilare altri spezzoni di questionario interattivo; solo dopo tutto ciò il software, in assenza di soluzione del problema, consigliava di andare dal mmg. In effetti, solo alla fine di un percorso i pazienti andavano dal mmg con il “dischetto” ove restava traccia dell’interazione tra software e paziente.

Sono passati 30 anni e devo testimoniare che la passione disinteressata, le originalità di questa prima informatica medica non sono state mai più eguagliate. Certe idee, nate in quei laboratori interdisciplinari della prima Simg, non sono state ancora realizzate.

L’informatica della prima SIMG caldeggiata da Pagni era inoltre una delle modalità per permettere ad un gruppo di professionisti sia un proprio concreta identificazione professionale sia un salto culturale. Prima di Pagni e della SIMG i medici di medicina generale erano “medici della mutua” che si vivevano come individui autonomi economicamente ma nello stesso tempo come “dipendenti” dalla attenzione clientelare verso il volere dei pazienti, delle mutue o verso i “comandi” dalle decisioni degli specialisti. Con le discussioni sulle cartelle cartacee prima e computerizzate poi, Pagni spingeva un gruppo coeso di mmg verso la fondazione di una disciplina autonoma con un suo rigore metodologico e una sua definizione di regole relazionali finalmente orizzontali rispetto ai gruppi specialistici e universitari.

Una delle tappe, sulla via dell’orgoglio era il farsi carico di processi di cura ingiustamente sottratti dai centri Specialistici. Allora svilupparammo con la “job description” tutta una serie di protocolli con cui il mmg colto e volenteroso si poteva cimentare. Allora emerse un’idea: i mmg, armati da questi protocolli, potevano addirittura ambire a premi contrattuali supplementari.

Un altro segno di indipendenza del gruppo dei mmg emerse quando, grazie a corsi di formazione SIMG, scoprimmo che qualche volta potevamo invertire le parti: potevano essere i mmg a “insegnare” agli universitari una metodologia di lavoro. La prima SIMG, grazie a buone relazioni con i migliori pedagogisti francesi e britannici, non poche volte stimolava il docente universitario di contenuto ad abbandonare le lezioni “frontali” e ad aderire alla metodologia di lavoro basato sull’apprendimento nei “piccoli gruppi” e sull’audit.

Lo spirito di gruppo veniva poi ulteriormente alimentato dai Congressi e incontri nazionali, organizzati da Pagni con rigore metodologico, ma anche con un gusto ed uno stile “toscano”. Le bellezze dei luoghi (Firenze, Artimino in primis), la raffinatezza degli eventi congressuali e la prepotente e affascinante oratoria di Aldo restavano impressi nei cuori e nelle menti dei soci, che così velocemente si compenetravano in un’unica atmosfera culturale e spirituale.

Era difficile per noi mmg “scalzi” e isolati nelle varie periferie italiane resistere al fascino unificante della personalità di Aldo Pagni, un uomo dal netto profilo culturale; un uomo, maturo ma non anziano (di almeno 15 anni più avanti negli anni dei tanti leaders di allora), che persino nel profilo fisico emanava il richiamo di una leadership sicura e tranquillizzante. Aldo era un po’ più anziano e molto più autorevole di noi ed in più non era un barone universitario. Combinazione più unica che rara.

D’altra parte, Aldo aveva una forte propensione a coinvolgere anche il singolo mmg più periferico, purché egli individuasse nel giovane buona volontà o qualche spunto di passione o originalità. Io stesso posso esserne testimone: venni dopo pochi mesi dall’iscrizione invitato a partecipare alle riunioni della giunta esecutiva e alle segreterie dei Congressi nazionali a cui mi recavo con entusiasmo da un paese della provincia di Bari (allora lavoravo lì; poi nel 1993 mi sono trasferito poi a Verona). Senza questo coinvolgimento e stimolo di Aldo, non avrei avuto né l’opportunità di entrare in contatto con i massimi rappresentanti europei della MG, né la forza di continuare per decenni ad interessarmi di metodologia della MG.

Dopo questi resoconti, potete dedurre che per me e per tanti altri mmg, Aldo Pagni incarna la figura dell’eroe mitologico della MG italiana. E come per tutti gli eroi, anche per Aldo sono ad un certo punto intervenuti seri ostacoli lungo il cammino. Tra gli ostacoli esterni posso annoverare un certo modo italico di chi guida le istituzioni, gli ospedali e l’università: resistenza se non opposizione sia ai giovani sia alle giovani discipline; e tra queste ad una MG che voleva emergere, lungo il solco del riscatto della primary care nel nord Europa. Tra gli ostacoli interni posso citare la tendenza di un gruppo non piccolo di leader culturali e sindacali ad opporsi nei fatti i allo spirito di Aldo: una mente culturale indipendente da rigide griglie manageriali, dal realismo delle esigenze delle “public relation” che contano.

Pagni è stato un grande organizzatore, ma prima di tutto un leader riconoscibile come “persona”. La stessa informatica della prima SIMG poggiava su relazioni personali e fiduciarie: il programma computerizzato della MG non sarebbe nato se non ci fosse stata la generosità personale e famigliare di un mmg, il dottor Osvaldo Sanesi, che non a caso era mmg e lavorava nello stesso paese di Pagni (Empoli).

Aldo orgogliosamente ha detto no anche alla stessa Società che ha fondato: non poteva e non può accettare che le società professionali tendano a basarsi su criteri simil-manageriali.

Egli inoltre dissente da una tendenza: le strutture delle società culturali maggiori della MG tendono a basarsi su quadri principali che hanno un ruolo formale e pratico di mmg con “special interest”, che possono sì sviluppare più armoniose relazioni con i gruppi specialistici che “contano”, ma che nello stesso tempo rischiano di perdere per strada l’orgoglio della diversità dei metodi culturali della MG.

Sono sostanzialmente in accordo con le tesi di Aldo. Le associazioni culturali

della MG non dovrebbero limitarsi a focalizzare le loro attività sul perfezionamento di oggetti concreti: un software, un certo tipo di corso di formazione, ecc. Esse non dovrebbero avere come obiettivo principale quello di convincere un maggiore numero di mmg ad utilizzare le suddette produzioni. Spero invece che esse, nel solco dell'insegnamento di Pagni, mettano in discussione continua l'informatica o la telematica così come è o la formazione così come è. In merito alle cartelle computerizzate, bisognerà andare oltre un attuale rischio: l'uso della cartella per registrare dati e accumularli, in una logica a metà strada tra la statistica e l'economia.

L'informatica delle attuali cartelle computerizzate e la logica della telematica dei server istituzionali dell'INPS, dei ministeri e delle regioni non poche volte sembra spingere i mmg a valorizzare la stringatezza dei codici e la presunta potenza dei numeri con virgola, da introdurre poi nella logica rigida delle caselle predeterminate, magari allo scopo di uno scambio (sharing) dei dati: il che è insieme un'opportunità, ma anche uno rischio di snaturamento della professione del mmg.

A questo proposito, preme ricordare che, all'epoca della dirigenza di Pagni, come suoi discepoli abbiamo sottolineato che il cuore della MG non è tanto in quei codici e in quei valori numerici, ma nelle qualità più difficilmente quantizzabili: nel disegno e immagini delle relazioni e "danze" famigliari e biopsicosociali. Tutto ciò non è "visione nostalgica" di Aldo e di un gruppo di "dissidenti"; si tratta invece di istanze che erano e restano profondamente innovative, e, ahinoi, irrealizzate. È necessario riprendere e approfondire, con nuovi strumenti e metodologie, le antiche riflessioni sul processo diagnostico decisionale, sui contesti comportamentali, famigliari e biopsicosociali.

Bisogna riprendere la fiaccola pagniana iniziale: la tensione verso l'evoluzione dei metodi, del linguaggio e della stessa "passione" e "orgoglio" dei nuclei forti della disciplina.

Aldo è uscito dallo stesso schema che aveva creato. Con la presidenza FNOM e con il distacco dalla stessa sua creatura (la SIMG) è diventato leader di tutti i medici. Dall'alto dei suoi 80 anni e dalle vette che ha raggiunto è più che mai in grado di indicarci la strada da percorrere.

Il progetto di formazione permanente e la nuova ECM

Luigi Conte

*Segretario Generale della FNOMCeO, Componente della Commissione nazionale ECM
Coordinatore della IV Sezione Obiettivi Formativi e Dossier*

Aldo Pagni ha sempre avuto “il pallino” della formazione continua e complementare: uomo e medico di profonda e multiforme cultura, nei diversi importanti ruoli ricoperti nel tempo nella professione e per la professione, è stato sempre in prima linea per proporre un’innovazione che portasse un fattivo contributo al miglioramento culturale dei professionisti della salute. Come scrive in una bella pagina di un suo libro:

“La Formazione Complementare in Medicina Generale, voluta non a caso da una Direttiva Europea e recepita dai Governi dell’Unione Europea, rappresenta un completamento logico e funzionale degli studi universitari particolarmente complesso e impegnativo. Il “sapere” acquisito nel corso universitario di base necessita, infatti, di una didattica ulteriore e specifica, più attiva e più pratica della precedente, che consenta di imparare a “saper fare” e soprattutto a “saper essere”. Essa ha il compito di trasformare un neolaureato in un professionista, traducendo le competenze in competenze e performance, e di renderlo capace di mettere in atto interventi e prestazioni adeguate in un setting particolare, come un ambulatorio e il domicilio, in risposta a una domanda di salute diversa da quella delle corsie o degli ambulatori specialistici.

Alla Formazione Complementare dovrà poi seguire, in permanenza, la Formazione Continua per il mantenimento e l’acquisizione di nuove conoscenze e abilità, nonché l’adeguamento della preparazione professionale all’evoluzione scientifica e tecnologica della sanità, alle necessità sociali e alle nuove opportunità gestionali e organizzative della professione”.

(A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade. Medici, medicina e società*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2007, p. 128-9).

Come contributo alla sua opera, cerco qui di delineare l’evoluzione della nuova ECM cui Pagni ha sempre prestato grande attenzione.

Premesso che ogni professionista sanitario di qualità deve acquisire e possedere moderni strumenti di conoscenza per garantire l’efficacia e l’appropriatezza delle pratiche professionali, la buona gestione di complesse relazioni professionali ed umane e l’efficienza di costosi fattori produttivi, diventa indispensabile che tutta la formazione e l’aggiornamento si articolino in un processo, continuo ed integrato, “long life”, che parta dall’accesso agli studi di medicina e si concluda al termine della vita attiva professionale.

E per questo nasce e si propone, accanto ed in aggiunta alla formazione acca-

demica, il progetto di educazione continua in medicina.

Sono trascorsi oltre 12 anni da quando nel nostro paese è nato il sistema di formazione continua e dal bilancio di questa esperienza emergono luci ed ombre di cui si è cercato di fare tesoro per l'attuale progetto che è partito per il triennio 2011-2013. Quello che doveva essere uno strumento di mero supporto alla gestione organizzativa del sistema ECM è diventato il fine prevalente di un buon numero di organizzatori di eventi e, successivamente, di qualche provider e di professionisti – discenti. Il burocratismo distributivo dei crediti non è stato modulato ed ha minato la valutazione effettiva della qualità educativa degli eventi formativi, mentre i professionisti della salute hanno spesso palesato senza reticenza l'unica aspirazione ad accumulare il numero obbligato di crediti. Abbiamo riscontrato che c'è stato un quasi esclusivo ricorso ad eventi residenziali e molti organizzatori di eventi pur di garantirsi "audience" hanno chiesto e chiedono l'accreditamento per garantirsi un certo numero di crediti da distribuire. Una riflessione critica dell'esperienza maturata nel periodo sperimentale ECM deve tener conto di un dato presente in letteratura, secondo il quale, in ambito sanitario, un sistema di formazione permanente fondato quasi esclusivamente sulla sistematica implementazione ed aggiornamento delle conoscenze degli operatori, manifesta una bassa efficacia quando rapportato ad indicatori di qualità di processo e di esito. La *Formazione Continua ECM non può essere pensata solo come un banale trasferimento di conoscenze più o meno aggiornate né come semplice "manutenzione tecnica" ma deve essere intesa come supporto allo sviluppo di "sistemi di competenze", che è riduttivo connotare esclusivamente come "tecnico-professionali", e che deve invece ricomprendere tutta la gamma delle attività richieste in contesti sociali continuamente mutevoli e complessi e sfociare nello sviluppo professionale continuo.*

Va riconosciuto al sistema ECM il grande merito di aver prima sollecitato e poi mantenuta alta l'attenzione del management e dei professionisti sul valore della formazione permanente. L'aumento dei soggetti che si occupano del problema ECM ha consentito che nuove soluzioni intelligenti venissero proposte e sviluppate e quindi la pedagogia, o meglio l'andragogia, si è potuta arricchire ed aprire alle nuove tecnologie, tanto che la C.N. ECM ha bandito un concorso per lo sviluppo e la ricerca sulle metodologie innovative nella formazione continua nel tentativo di collocare in una giusta dimensione un "didatticismo" esasperato, astratto, "fine a se stesso", autoreferenziale. Sicuramente l'apertura al mercato in senso lato può comportare alcuni rischi quali l'inevitabile riduzione del livello medio, una forte tendenza all'omologazione e la standardizzazione acritica dei processi. Ma la vigilanza che si vuole perseguire con le nuove regole deve mirare a valorizzare "l'andragogismo". Infatti un formatore deve avere competenze didattiche ("i ferri del mestiere"), ma deve essere anche ben consapevole che queste vanno subordinate alla capacità prioritaria e cruciale, di saper individuare, esplicitare e quindi lavorare sugli obiettivi formativi, generali e specifici e sui contesti per cancellare una standardizzazione acfeala di formatori di massa o, peggio ancora, distributori di crediti. *L'accredita-*

mento diretto dei provider non identifica una diversa procedura burocratica ma ribalta il principio di responsabilità ed autonomia dei produttori di formazione, chiamati a dare garanzie non su singoli eventi ma su tutta la propria attività, con profili conosi di organizzazione (statuti, contabilità, centri di responsabilità), di offerta formativa (piani formativi), di trasparenza (contratti di sponsorizzazione). E questo significa in prospettiva offrire al bisogno di formazione continua di tutti i professionisti sanitari non un frammentato e disorganico universo di soggetti a vocazione formativa, non sempre trasparenti, efficaci ed indipendenti, ma solo quanti possono invece garantire lo sviluppo e la continuità di un sistema affidabile di offerta di attività formative. Sono state fissate regole certe e stringenti per l'accreditamento dei Provider Nazionali e Regionali, l'obbligo di rendere trasparenti i rapporti di sponsorizzazione, l'obbligo di evitare o rendere pubblici eventuali conflitti di interesse, l'obbligo della valutazione non solo dei discendenti, ma anche dei docenti e degli approcci didattici. È stato stabilito che ogni Provider accreditato deve allestire un progetto formativo annuale / pluriennale quale frutto di un'autentica progettazione educativa ed un'attenta riflessione sui processi formativi.

Così facendo l'obiettivo è di non avere più una formazione occasionale, "a spot". Le domande a cui un provider ECM è chiamato a rispondere nel programmare un piano formativo ed i relativi eventi sono:

- Quale operatore sanitario vogliamo formare?
- Con quali competenze?
- In quale contesto? e Perché?
- E, prima di tutto, qual approccio didattico utilizzare?

Con queste premesse il credito ECM diventa strumento per attestare l'avvenuta formazione e non il fine stesso della formazione.

Abbiamo detto "No" a modelli burocratici, inquisitori e sanzionatori di controllo, ma è stato costituito l'osservatorio nazionale e regionale per la valutazione dei provider e degli eventi al fine di garantire qualità, efficacia ed efficienza al sistema ed è stata data la disponibilità delle Professioni (Ordini/Collegi/Associazioni) a dare i loro osservatori.

Con il nuovo sistema ECM si è cercato di valorizzare FAD e FSC, nella consapevolezza che la formazione continua non può essere tutta e solo residenziale. Si è cercato altresì di affermare l'esigenza primaria di adattare le metodologie didattiche ai bisogni formativi e ai contenuti e sono stati definiti 29 nuovi obiettivi formativi, tarati sulle esigenze dei singoli professionisti e delle organizzazioni nelle quali operano.

Il Dossier formativo individuale e di gruppo

Una importante innovazione è rappresentata dal Dossier Formativo Individuale e di Gruppo che *si propone come un luogo fisico dove progettare un percorso di sviluppo professionale in grado di creare un legame tra i bisogni professionali dell'individuo, la "mission" del gruppo e le attese dell'Organizzazione.*

L'Accordo Stato-Regioni del 1 Agosto 2007 definisce il Dossier formativo: "stru-

mento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (individuale) o del gruppo di cui fa parte (equipe o network professionale). Non è, quindi, un portfolio delle competenze, ma ne può essere considerato un precursore ed è comunque correlato al profilo professionale e alla posizione organizzativa”.

Il DF valorizza il diritto/dovere del professionista della sanità di acquisire crediti Ecm su tematiche coerenti con il proprio lavoro, profilo professionale e posizione organizzativa.

Gli obiettivi individuali o di gruppo/gruppi troveranno collocazione nel dossier formativo ricomposti in un disegno complessivo che ripercorre la programmazione, la realizzazione / evidenze e la valutazione.

Pertanto il dossier non può configurarsi come una semplice raccolta statica di informazioni ma deve costituirsi come strumento di accompagnamento del professionista in grado di:

- rendere esplicito e visibile il proprio percorso formativo;
- programmare e contestualizzare la formazione individuale nel gruppo e per il gruppo;
- valutare la pertinenza e la rilevanza delle azioni formative erogate e frequentate in rapporto al proprio lavoro ed alla mission clinico-assistenziale del gruppo.

Anche per l'organizzazione (Azienda/Dipartimento/UO/), responsabile del governo strategico della formazione, il dossier rappresenta un'occasione per orientare efficacemente le scelte formative, valorizzare i singoli professionisti, realizzare una puntuale analisi del fabbisogno formativo e monitorare le attività formative stesse.

I diversi livelli che si intersecano nella formazione, in questa fase, vanno tenuti distinti: vi è infatti un livello relativo alla valutazione della performance, conseguenti ad un efficace intervento formativo, che si inserisce nella più complessa gestione/valutazione del personale; e vi è un altro livello – quello del Dossier Formativo – relativo alla valutazione della coerenza tra la formazione programmata/realizzata e i bisogni individuali/di gruppo/aziendali dei professionisti.

Il Dossier formativo si pone l'obiettivo di coniugare la dimensione organizzativa ed individuale e/o di un gruppo o gruppi di appartenenza tracciando la storia formativa del professionista. Esso presenta due livelli di utilità:

Per il professionista:

- pianifica nel tempo lo sviluppo professionale personale;
- mantiene e sviluppa le conoscenze e competenze professionali;
- documenta il percorso per il mantenimento e sviluppo delle conoscenze e competenze professionali;
- identifica aree di forza e aree da migliorare in relazione agli obiettivi professionali;
- responsabilizza a diagnosticare i propri bisogni di apprendimento e a verificarli con il contesto di appartenenza;

- accompagna e supporta il professionista nei cambiamenti organizzativi e professionali;
- supporta i processi di auto-valutazione del personale ed allena al suo utilizzo.

Per l'azienda/professione:

- rappresenta un strumento che contribuisce al governo della formazione;
- dichiara e orienta la formazione attraverso la definizione e declinazione degli obiettivi formativi;
- fornisce feedback sui percorsi formativi e sul “patrimonio” professionale disponibile;
- orienta chi, a diversi livelli, progetta ed eroga interventi formativi;
- è strumento di negoziazione;
- è strumento che rende esplicito e trasparente l'investimento formativo.

Sezioni del Dossier Formativo Individuale

Il Dossier deve essere ancorato all'anagrafica dei professionisti sanitari italiani e permettere di verificare dati anagrafici, titoli di studio e percorso formativo effettuato dal professionista nel corso degli anni. Esso si avvale di quattro specifiche sezioni documentabili:

- 1ª sezione. Anagrafica:** con l'indicazione del profilo professionale, della collocazione lavorativa (posizione organizzativa) e del curriculum.
- 2ª sezione. Programmazione:** il fabbisogno formativo individuale definito:
 - a) in rapporto al profilo e alle aree di competenza dell'operatore e
 - b) in rapporto alle caratteristiche dell'attività clinico-assistenziale svolta.
- 3ª sezione. Realizzazione/Evidenze:** le evidenze relative all'attività di formazione effettuata (documentazione, crediti, tipologie di attività) e alle altre attività considerate rilevanti (docenza, tutoraggio, ricerca).
- 4ª sezione. Valutazione:** la valutazione periodica (da parte del singolo professionista, dell'Azienda, degli Ordini etc.).

Struttura del DF individuale e di gruppo sulla base di una matrice delle competenze

Sulla base di un approccio che tenga conto della possibilità di rappresentare la multidimensionalità e la specificità delle professioni sanitarie, si propone un sistema semplificato, ma che si ritiene esaustivo, per classificare le competenze e le conseguenti attività formative a queste correlate, suddiviso in tre macroaree descritte in tabella.

Le tre macro aree di competenze

Competenze tecnico specialistiche

Competenze medicospecialistiche e delle diverse professioni sanitarie (di cui ai decreti ministeriali) esercitate sia individualmente (come liberi professionisti) sia negli ambiti organizzativi previsti dal 229/99, dai CCNLL delle diverse aree contrattuali, e dagli atti aziendali.

Competenze generali sanitarie clinico e assistenziali relative al proprio profilo professionale.

Competenze di processo relazionali/comunicative

Competenze relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione (colleghi e Direzioni) con soggetti esterni (istituzioni), con i cittadini e con gruppi di lavoro.

Competenze di sistema organizzativo/gestionali, situazionali e di ruolo

Competenze relative alle modalità con cui le competenze tecnico professionali vengono applicate nel proprio contesto di lavoro.

In questo ambito vanno ricomprese le competenze generali sanitarie clinico e assistenziali relative al codice deontologico, alla conoscenza delle norme generali, e del contesto organizzativo nel quale si opera.

Attività formativa (e crediti formativi)

Rientrano in questa area le attività formative effettuate in accordo a linee guida stabilite dalle Società Scientifiche relative agli specifici ambiti professionali e in rapporto all'evoluzione tecnologica e scientifica.

Rientrano in questa area le attività formative relative al mantenimento/aggiornamento delle competenze cliniche e assistenziali di base del proprio "core" professionale.

Attività formativa (e crediti formativi)

Rientrano in questa area le attività formative relative al lavoro in équipe, ai processi di integrazione e comunicazione interna ed esterna, alla comunicazione con i parenti, i pazienti etc.

Attività formativa (e crediti formativi)

Rientrano in questa area le attività formative/i relative alla declinazione del proprio agire professionale nei contesti operativi, relative alla gestione della sicurezza del paziente, all'appropriatezza, alla organizzazione e gestione dei contesti organizzativi e finalizzate alla qualità dei servizi e delle cure.

Razionale allocazione delle risorse.

Rientrano in questa area le attività formative relative al mantenimento/aggiornamento delle conoscenze in tema di deontologia, etica professionale, conoscenza della legislazione e del contesto.

Introdurre la cultura e la valorizzazione della documentazione dei percorsi formativi significa non solo responsabilizzare il singolo professionista, ma significa anche introdurre nuove modalità per la valutazione del fabbisogno formativo e la verifica periodica di processo.

Queste nuove modalità dovrebbero essere svolte attraverso appositi Audit all'interno delle specifiche articolazioni organizzative aziendali per ciò che riguarda i professionisti dipendenti (es. specifici audit improntati alla "valutazione tra pari" e guidati dai responsabili del gruppo o della struttura o del dipartimento o suo delegato per la formazione), o in appositi Audit professionali presso gli Ordini, i Collegi, le Associazioni, per ciò che riguarda i liberi professionisti.

Struttura del dossier formativo di gruppo (DFG)

Il DFG si articola nelle seguenti sezioni.

Sez. 1 – Elementi di contesto/struttura del servizio

- a. Mission di servizio
- b. Caratteristiche dell'attività clinico - assistenziale
- c. Professionalità coinvolte
- d. Definizione della tipologia di pazienti - utenti destinatari dell'attività professionale
- e. Sistema delle relazioni interne ed esterne
- f. Negoziazione di budget

Sez. 2 – Obiettivi formativi di gruppo in riferimento ai problemi clinico-assistenziali, organizzativi, relazionali del proprio contesto/struttura (cioè agli elementi della 1a sezione), all'analisi del fabbisogno formativo e alla rilevazione delle competenze del gruppo. Programmazione formativa di gruppo:

La programmazione formativa dovrà tenere conto:

- A. delle aree e dei campi di apprendimento specifici e caratteristici della UO o del Dpt,
- B. dei bisogni individuali e professionali espressi nei dossier individuali
- C. delle tre aree delle competenze previste nel Dossier
- D. delle Aree di miglioramento necessarie
- E. della negoziazione di budget e degli indirizzi del management aziendale

La Programmazione delle attività formative conseguenti sarà declinata in un Piano Formativo di Gruppo di periodo annuale o pluriennale.

Sez. 3 - Realizzazione/Evidenze

La documentazione delle attività formative realizzate sarà registrata in un "Report di Gruppo" che dovrà indicare:

- A. le attività formative realizzate nell'arco di tempo previsto dal Piano (tipo-

- logie formative utilizzate);
- B. le aree di competenze maggiormente presidiate attraverso la formazione;
 - C. le aree di miglioramento realizzate;
 - D. n° di professionisti coinvolti nelle attività formative.

Sez. 4 – Verifica periodica (annuale/triennale) di processo

Si articola in due diverse fasi:

- *verifica iniziale*, riguarda l'analisi dei fabbisogni di formazione e il Piano di Formazione di Gruppo.
- *verifica annuale/pluriennale*, riguarda il Report di Formazione di Gruppo.

Il Dossier Formativo è creato e gestito solo su supporto Informatizzato messo a disposizione dal Cogeaps.

Proposta operativa per la “costruzione” del dossier sul portale CO.Ge.A.P.S.

Ogni professionista sanitario , sottoposto all'obbligo ECM, accede all'applicazione collegandosi a <http://application.cogeaps.it/DF/login.ot> , entra nell'area riservata utilizzando *login* e *password*. Le *password* iniziali sono tutte *passwor-*



[Home](#) | [Performance](#) | [Tabellone](#) | [Pannello](#) | [Logout](#)



[Home](#) | [Modifica](#) | [Cancella](#) | [Nuovo](#)

 **INCONTRO FINANZIARIO**

Finanziamento della

Dati generali

Codice fiscale:

Descrizione:

Data:


Data prevista (per fine lavori):

Affiliazioni

Esclusione:

Aut. provvedimento:

Stato:

 **INTEGRA DOMESTICA**

Riferimento

Definizione domini

Obiettivi formativi tecnico-professionali

Obiettivi formativi di processo

Obiettivi formativi di impresa

* Per poter procedere è necessario che la somma delle percentuali sia al meno il 20% e al massimo il 60% e che, nel dettaglio, si confermino l'eventuali degli obiettivi.

dtest e possono essere cambiate in autonomia.

Ogni altro futuro accesso per i professionisti potrà avvenire direttamente allo stesso indirizzo, con *login: codice fiscale* e la *password passwordtest* di libero cambiamento. Ogni utente è invitato a modificare la password al primo accesso inserendone una personale.

Compilata la parte anagrafica e professionale si procede alla costruzione del dossier cliccando sul link "nuovo dossier", si aprono le tre aree:

Si ritiene ancora una volta ribadire che la costruzione del proprio dossier formativo viene lasciata alla libertà, autonomia e responsabilità del singolo professionista che dovrà rilevare ed indicare la percentuale di bisogno formativo per ciascuna area.

Per ciascuno dei tre item si aprirà un file a tendina con gli obiettivi formativi specifici coniugabili coerentemente all'interno di quella area.

Per l'area delle competenze tecnico professionali specialistiche:

- Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute. (ob.10a)
- argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato. (17)
- contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. Malattie rare. (18)
- medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà'. (19)
- trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione. (21)
- fragilità' (minori, anziani, tossico-dipendenti, salute mentale): tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali.(22)
- sicurezza alimentare. (23)
- sicurezza ambientale. (26)
- sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate.(27)
- sanità veterinaria. (24)
- farmacoeconomia, farmacovigilanza.(25)
- implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto.(28)
- innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Health technology assessment.(29)
- tematiche speciali del ssn e ssr ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla cn ecm e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie.(20a)

Per l'**area delle competenze di processo, relazionali e comunicative:**

- documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza -profili di cura. (0b.3)
- appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. (4)
- integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale. (ob.8)
- integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera. (9)
- management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali (vedi nota I). (11)
- aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione delle cure. (12)
- la comunicazione efficace la privacy ed il consenso informato. (7)
- metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria. (13)
- accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità'.(14)
- multiculturalità' e cultura dell' accoglienza. Nell' attività sanitaria.(15)
- tematiche speciali del ssn e ssr ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla cn ecm e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie.(20b)

Per l'**area delle competenze di sistema, organizzativo/gestionali, situazionali e di ruolo:**

- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebm - ebn - ebp). (ob.1)
- linee guida - protocolli – procedure. (ob.2)
- principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie.(5)
- la sicurezza del paziente. Risk management.(6)
- epidemiologia - prevenzione e promozione della salute.(10c)
- etica, bioetica e deontologia.(16)
- argomenti di carattere generale: informatica ed inglese scientifico di livello avanzato; normativa in materia sanitaria : i principi etici e civili del ssn.(17)
- tematiche speciali del ssn e ssr ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale ecm e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie.(20c).

Il numero in parentesi corrisponde alla posizione nell'elenco generale degli obiettivi formativi previsti dall'accordo della Conferenza Stato/regioni.

È di tutta evidenza che ci deve essere coerenza tra la percentuale di bisogno formativo identificato ed il numero di obiettivi formativi selezionati. In automatico la registrazione dei crediti attestati dai provider con quell'obiettivo formativo e per quel professionista entrerà a far parte del suo dossier formativo. Ed alla fine di un triennio l'Ordine dei Medici potrà rilasciare la competente certificazione che quel professionista è in regola con l'obbligo ECM.

Aldo Pagni: attento al piccolo e al grande

Amarita Frullini

*Coordinatrice Osservatorio FNOMCeO della Professione Medica-Odontoiatrica ,
Componente del Consiglio OMCeO di Pescara*

Ebbi occasione, nei seminari di approfondimento voluti dalla Federazione (presente perché invitata o per sete di conoscenza), di ri-incontrare Aldo Pagni, collega sempre desideroso di confronto.

Successi spesso dopo il 2010, quando Amedeo Bianco e il Comitato Centrale deliberarono, per colmare l'oggettivo gap fra composizione e rappresentanza, di allargare la partecipazione nella vita della Federazione ad alcune donne medico, accogliendo sia le richieste dell'Osservatorio FNOMCeO della Professione Medica-Odontoiatrica Femminile sia il mutato sentire.

Nel contesto, quasi esclusivamente maschile dei Consigli Nazionali, percepivo una autentica curiosità da parte di Aldo verso le poche donne alle quali era, finalmente, permesso di cimentarsi con impegni e responsabilità nell'ambito della Federazione. Sapevo bene che Aldo Pagni era un past president FNOMCeO, che aveva ricoperto prestigiosi incarichi. Senza timidezze, sempre certa dell'uguale dignità delle persone, ho interagito con lui. Facilitata anche dal suo nome a me caro e familiare, perché così si chiamava mio padre, così si chiama il mio primogenito.

Solo ora che ho meglio conosciuto Aldo Pagni, anche attraverso la generosità dei tanti che hanno voluto raccontare di lui, sento, un po' intimidita, l'asimmetria di questo rapporto.

Questo libro, curato con passione e nel quale sono capitata per circostanze casuali, è certo insufficiente cornice per la persona, la storia e la sua produzione. Mi auguro che sappia guardare solo al nostro affetto.

Un'amicizia oltre la tastiera

Parto dalla corrispondenza email con Aldo di questi anni. Nel febbraio 2010 iniziai ad inviargli email. Era l'anno dedicato alle celebrazioni del Centenario della Professione Medica. E io pensavo oltre, verso i primi anni del nuovo secolo da attraversare. Volevo costruire un racconto collettivo che ci accompagnasse nell'affrontare il futuro, dando voce ai medici.

Avevo avuto l'idea parlando con Gabriele Proietto di Pescara, persona impegnata già negli esordi della Società italiana di Medicina Generale, che Aldo ricordava affettuosamente. Volevo che da queste storie di medici emergesse l'essenza dell'arte medica, quel nucleo centrale che, appreso nel quotidiano, indenne attraverso i cambiamenti, si vorrebbe trasmettere. Pensavo come strutturare una griglia per testimonianze perché medici, avidi di quel passato che dà forza al futuro, ascoltassero con passione colleghi capaci di rievocare.

Aldo rispondeva: "progetto entusiasmante, c'è una storia in gran parte ancora da scri-

vere. C'è cronica assenza di contributi dall'interno della categoria, pervasa da una diffusa indifferenza per il suo passato e carente di fili diretti fra tutti noi".

Io gli dicevo di quanto potesse essere importante sapere che il professore Antonio Gasparrini, archiatra di due papi, docente di clinica medica a Bologna, sul finire degli anni Cinquanta dicesse: "Fate attenzione a quando incontrate un paziente: se parlate con lui e lo ascoltate, voi lo avrete curato per il 75%. Il restante 25% dipenderà dalle medicine che prescriverete, se ci prendete". O come fosse bello sorridere con il mio amico Andrea Tranquilli, cattedratico cinquantenne, sulle competenze, apprese con fatica, oggi quasi del tutto inutili: "Le mie dita sanno sentire un prolasso di funicolo a membrane integre. Ho imparato come avere sensibilità per cose che oggi hanno perso significato".

Il volume nel prendere "anima" cresceva anche nelle ipotetiche dimensioni. Difficile portare avanti l'idea con strumenti che "non" avevamo. Rimase un desiderio solo abbozzato.

Mi piace pensare che le testimonianze raccolte oggi intorno ad Aldo siano partite da questa storia di "tastiera" nata progettando testimonianze. Potrei forse ancora proporre ad Aldo di realizzare un volume intitolato 1946/2016, che indaghi su come il medico possa assumere su di sé la responsabilità del divenire e su come si viva una formazione mai conclusa.

Rimproverata da alcuni per la lunghezza della mie mail, a più colori, con poca punteggiatura e senza maiuscole, fui travolta dall'abitudine che Aldo prese, quasi subito, di inviarmi documenti. Li introduceva con diverse formule che posso sintetizzare così: "lo presenterò al prossimo convegno"; "te lo mando in anteprima"; "in via riservata e personale per il desiderio di fartele conoscere"; "per un giudizio spassionato"; "così, se vuoi, puoi leggerla con calma".

Aldo poco accetta il tempo limitato delle esposizioni orali e si attrezza perché "coloro che ne hanno voglia possano leggere". Molti degli articoli inviati in questi anni sono stati poi pubblicati.

Mi inviava consigli anche per le mie esposizioni che diceva belle, appassionate e ricche di citazioni. "Ricorda che le citazioni recitate in pubblico hanno indubbia efficacia, ma rompono il ritmo e la continuità della pagina scritta. Le citazioni più significative possono essere inserite riquadrando a lato dello scritto".

"Nel caso ti fosse sfuggito" era il suo modo per accompagnare l'inoltro di articoli interessanti su tematiche al femminile.

Apprezzavo molto il suo essere capace di sintesi e chiarezza. Mi sono sentita destinataria privilegiata di frasi che lo svelano e rivelano come: "Sono nato nell'epoca delle carrozze dell'inchiostro e del pennino, le mie figlie in quella della Bic e i miei nipoti vivono l'era della dipendenza tecnologica".

Amo il porre domande per ermeneutica socratica e per Jostein Gaarder e il suo "*Una risposta è il tratto di strada che ti sei lasciato alle spalle. Solo una domanda può puntare oltre*".

Aldo, rispondendo con generosità, aggiungendo riflessioni scritte ai pensieri scambiati in convegni e riunioni, moltiplicava le mie domande. Trovavo titoli di lavori che avrei voluto leggere: "hai scritto nel 2006 un pezzo, *Disease management per la*

continuità assistenziale tra ospedale e territorio per il volume Etica, qualità e umanizzazione in Sanità. Me lo mandi?”. “Cercherò l’articolo che mi chiedi del quale, ti confesso di non ricordarmi. Ne ho scritti troppi in vita mia. Dopo aver diretto in successione, in 40 anni, il *Medico d’Italia*, *Federazione Medica*, *Simg* e da dodici anni *Professione&Clinical Governance*, non ho tenuto il conto delle centinaia di articoli che ho scritto. Una piccola parte sono stati pubblicati nel volume *Il Sileno di Alcibiade*. Se proprio ti serve posso rivedere e cercare . . . ma non puoi farne a meno?”. Aldo ha continuato a scrivere sulla complessità dei problemi, per sollecitare i medici a confrontarsi, senza fermarsi a cercare vecchi pezzi.

Aldo conserva una stupefacente capacità di meravigliarsi e di gioire. A Kos, nel giugno del 2011, quattordici delegazioni si sono incontrate per approvare la Carta dei Principi Europei di Etica Medica. Con Roberta Chersevani avevamo deciso che non potevamo non esserci. Fu l’occasione per conoscere una nuova dimensione di Aldo. Era affascinato dalla ricostruzione dell’Asclepion e dalla storia di Kos, perché lì si era sviluppata l’osservazione dei segnali del corpo, prima con il leggendario Asclepio, figlio di Apollo e della ninfa Coronide, allievo del centauro Chirone, che ebbe dagli dei il compito di guarire le malattie degli umani, poi con Ippocrate che proprio a Kos, nel V secolo a.C., elaborò le basi della professione medica.

Aldo aveva preparato il viaggio a Kos, ri-studiando le Scuole Mediche greche più conosciute e famose: quella di Cnido, penisola dorica in Asia Minore, e quella dell’isola di Kos, separate, nel blu dell’Egeo, da poche decine di chilometri.

La Scuola di Cnido classificò le malattie sistematicamente, vincolate e localizzate, nelle singole sedi nelle quali si manifestavano e valorizzò lo studio dell’anatomia sugli animali.

Nel *Corpus Hippocraticum*, attribuito ad Ippocrate, si trovano contributi riferibili anche alla scuola di Cnido, che entrò in decadenza dopo il trionfo della scuola ippocratica.

Aldo analizzava il contrasto fra le scuole, felice nel ricordare che nella terra di Kos, per la prima volta, la patologia venne intesa come affezione generale, non limitata ad un singolo organo. Scriveva: “E se l’organismo non è la somma delle sue parti, nemmeno la malattia è la somma degli stati e dei processi patologici locali, e quindi riguarda l’organismo nel suo insieme”.

Va anche ricordato che il bastone serpentario di Esculapio, semplice bastone con un solo serpente attorcigliato, era divenuto simbolo grafico della FNOMCeO negli anni della presidenza Pagni. Prima si usava senza distinguerlo dal caduceo di Mercurio, sormontato da due piccole ali con, simmetricamente, avvolti due serpenti che vicini e non in lotta, rappresentano il simbolo della concordia e del commercio, possibile in tempo di pace. Il serpente era simbolo di guarigione perché associato alla rigenerazione per la sua capacità di mutare pelle.

Nel 1997 in FNOMCeO, dopo la segnalazione di un collega, sulla base della documentazione di esperti in materia di mitologia, Esculapio dio guaritore sostituì Mercurio messaggero degli dei.

Ricordo una riunione del dicembre 2012 sulla formazione. Da poco nominata Coordinatrice Osservatorio FNOMCeO della Professione Medica-Odontoiatrica Fem-

minile ero ospite.

Si discuteva su come allargare i confini della formazione. Luigi Conte, preso nella costruzione del dossier formativo, voleva, nella grande quantità di offerte, meglio identificare i bisogni dei medici. Aldo, ancora convinto che l'esperienza si possa e si debba insegnare, ribadiva la necessità di motivare il medico a riscoprire il linguaggio della comunicazione e dell'ascolto, perché tecnologia e informatizzazione inducono a parlare sempre meno. Diceva che non ci può essere piena consapevolezza di quello di cui si ha bisogno quando si è sul campo. Ci lesse una citazione: "I medici rimpiangono una funzione irrimediabilmente perduta; formati come scienziati altamente specializzati ed efficienti, sono impreparati ad affrontare soprattutto problemi etico sociale ed economici. Essi hanno scritto a proprio beneficio una visione mitica sentimentale e romantica della storia della loro professione, alla quale si aggrappano e che condiziona i loro comportamenti". Poi ci svelò data ed autore del pezzo: 1941, Henry Sigerist.

In quella riunione chiedevo se formassero i medici alla conoscenza di una economia sanitaria, come scienza sociale per massimizzare il benessere della collettività, per avere strumenti che impediscano il prevalere di considerazioni legate ai meri costi.

Orientata, come Aldo, verso tematiche specifiche ero sulla linea di Luigi Conte per far emergere necessità formative dai protagonisti della sanità.

Potrebbe apparire quindi Aldo oggi come uomo poco inserito nei tempi? Credo che Aldo sia versatile, flessibile e non facilmente definibile. Ha seguito con interesse lo scorrere dei lavori di indagini conoscitive nelle quali la FNOMCeO ha investito in questi mesi.

Nella Indagine per "generi e generazioni", voluta perché i medici possano esprimersi anche sul tipo di sanità dove lavorare, per meglio rispondere ai bisogni di salute delle persone e della società, Aldo, mostrando capacità di motivare e ascoltare, ha così scritto per invitare i colleghi alla partecipazione: "Conoscere, per riconoscersi. Per identificarsi nella cultura di appartenenza, come preziosa espressione di memoria collettiva, in una società che diviene sempre più multietnica e multiculturale e tremendamente complessa".

Aldo Pagni nella storia della FNOMCeO

Ho chiesto ad Aldo di spiegarmi le dinamiche della Federazione dagli anni della sua presidenza ad adesso. Per soddisfare quella che chiamava la mia legittima curiosità storica mi dava sempre maggiori dettagli: "Tra l'altro spero che ti siano utili per capire meglio il mondo degli uomini di potere, e perché da quello che fai e scrivi mi è parso che tu sia un idealista come me, e ti assicuro che non è una qualità molto apprezzata in giro. La vita è fatta d'esperienze positive e negative ed io, alla soglia degli 80, sono felice di averne potuto farne molte, delle une e delle altre. Forse non ho mai imparato abbastanza, e mi sono chiesto spesso se il motivo era da ricercarsi nella mia incapacità congenita o nella voglia di non cambiare".

Da questi frammenti, sempre più grande diventava la voglia di capire chi fosse stato Aldo Pagni nella storia della Federazione e quale fossero i punti cardinali della storia di questa istituzione.

Chi erano stati gli altri e soprattutto quale ruolo avevano avuto i presidenti di Federazione, o la stessa Federazione fra la tutela dei medici e dei cittadini e la difesa dei valori della professione?

Molto si è detto nel 2010. In me rimanevano lacune sulle comprensioni di quegli anni. Difficile dare una identità ai primi presidenti della Federazione usando il solo strumento del web. È impossibile trovare su wikipedia l'elenco dei presidenti FNOM-CeO (e questo è un segno indiretto di quanto poco l'argomento susciti interesse!). Ho potuto, grazie ad una galleria d'immagini collocate nella stanza dove si riunisce il Comitato Centrale, ricostruire questo elenco, dal '46 ai nostri giorni, a partire da Luigi Silvagni primo presidente della Federazione.

Sotto la presidenza di Tullio Lazzè medico chirurgo in Roma, presidente per due mandati dal 1946 al 1952, rinasce anche la FNOM, parallelamente agli Ordini provinciali.

Si è tornato a votare per il rinnovo dei Consigli degli ordini nel 1950, "sotto il segno della generale indifferenza" dice Maria Malatesta con una con una percentuale di votanti che si aggirava intorno al 30 per cento degli iscritti agli Albi (!). Negli anni successivi la classe medica partecipò alle consultazioni elettorali degli ordini con l'ottanta per cento degli iscritti.

Troviamo notizie su Raffaele Chiarolanza nel *Dizionario Biografico degli Italiani* della Treccani. Napoletano, fece parte del Comitato Centrale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici dal 1946 al 1967, ne fu presidente dal 1952 al 1964. Dal '53 al '68 fu deputato al Parlamento e fu primo presidente ENPAM nel 1957. Di Ugo Peratoner, medico docente universitario, presidente per un solo mandato, da un premio ricevuto scopriamo che è stato una presenza friulana a Roma.

Ferruccio De Lorenzo, personaggio dalla lunga vita, fu parlamentare dal '63 al '76, sottosegretario di Stato alla Sanità nel secondo Governo Andreotti (30 giugno 1972/07 luglio 1973), presidente di Federazione dal 22 marzo 1970 al 1° aprile 1977.

I successivi presidenti di Federazione sono viventi.

Eolo Parodi dell'OMCeO di Genova, presidente FNOMCeO dal '77 al '92, presidente ENPAM dal '93 fino al 2012, parlamentare europeo dal 1984 al 1999, e deputato al parlamento italiano dal 2001 al 2006.

Danilo Poggiolini, dell'OMCeO di Torino, Segretario Nazionale della FIMMG. Divenne Presidente per le dimissioni di Eolo Parodi l'11 aprile 1992 e si dimise a sua volta il 18 maggio 1996. Fu dal '83 al '92 deputato italiano e parlamentare europeo dal '94 (attenzione: non confondiamo Danilo Poggiolini con Duilio Poggiolini).

Aldo Pagni è stato presidente FNOMCeO dal 18 maggio '96, per le dimissioni di Poggiolini, poi fu eletto nel '97, confermato all'unanimità il 26 marzo del 2000, sfiduciato dal Comitato Centrale il 15 settembre 2000, in carica, per la normale amministrazione, fino alla elezione il 22 dicembre 2000 di Giuseppe Del Barone, 74 anni presidente OMCeO di Napoli, già parlamentare dal '96 al '97.

Del Barone rimase in carica fino al febbraio 2006, quando si dimise a seguito dell'annullamento delle elezioni del 2003 da parte della Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

Aristide Paci, presidente OMCEO di Terni, ha gestito la transizione fino all'elezio-

ne del nuovo Comitato Centrale della FNOMCeO del marzo 2006.

Circa la presidenza di Amedeo Bianco dal 2006 ad oggi mi limito a riportare, pienamente condivisa, questa considerazione di Aldo Pagni: “La presidenza Bianco è caratterizzata da due fattori: la bravura e la capacità mediatrice di Amedeo, e la sua costante attenzione alla politica e alle dinamiche interne della professione. Amedeo è una persona seria, responsabile e conosce bene i problemi della professione. In questi anni ha dimostrato di riuscire a conciliare le diverse ‘anime’ dei medici italiani, senza dimenticare l’indipendenza laica della professione, con la necessaria prudenza ed equilibrio”.

Dal Web ho ricostruito solo queste informazioni, forse perché il motore di ricerca Google, il primo per utilizzo al mondo, ha compiuto 15 anni il 27 settembre 2013.

Mi chiedo tuttavia come sia possibile che un presidente della FNOMCeO lasci così poche tracce e perché l’essere presidente assumesse, nella storia della persona, quasi un ruolo secondario.

Ricostruire la sequenza dei presidenti FNOMCeO, forse cronaca e non ancora storiografia, cosa mi ha aggiunto di Aldo Pagni, del suo specifico apporto? Quanto accaduto negli anni della sua presidenza ha ancora ricadute sulla nostra professione? Ha senso in un libro in onore parlare anche dei periodi difficili del festeggiato?

Sono certa che Aldo capirà come il parlare di lui aiuti a comprendere la professione medica e gli interventi della politica e dello Stato nella gestione e nell’organizzazione sanitaria. Ancora oggi molti dei temi affrontati nella presidenza Pagni sono irrilevanti. Impossibile riproporre le sue soluzioni, il tempo scorre, altre persone hanno raccolto il testimone. Riflettere criticamente su fatti accaduti, però, può aiutarci a capire la ciclicità di alcuni ricorsi che si presentano immutati, in diversi contesti.

Credo che oggi come allora i medici nelle loro esperienze professionali e di vita siano inascoltati e sottovalutati e che le misure politiche siano spesso varate senza confronto e senza consenso.

È del 27 maggio 1997 l’ultimo numero del *Medico d’Italia*. La prima pagina è riportata nel volume *1946/1996 per una storia degli ordini dei medici*. Vi è scritto: “Aldo Pagni eletto alla guida della FNOMCeO subentra al dimissionario Danilo Poggiolini. Il Comitato Centrale della FNOMCeO ha votato all’unanimità il direttore del nostro giornale”. E più in basso: “Aldo Pagni da molti anni membro del Comitato Centrale della FNOMCeO, con l’incarico di responsabile della formazione professionale e della politica del farmaco, nonché direttore de il *Medico d’Italia*”. Dichiarava Aldo Pagni: “In questa fase di crisi e di profonda trasformazione dell’organizzazione sanitaria e della professione se si vuole contribuire a progettare il futuro c’è bisogno di un ampio e sereno confronto delle idee e delle proposte di tutti, nell’interesse comune”.

Nella stessa pagina vi era notizia del rinnovo dei vertici del governo Prodi: Rosy Bindi era il nuovo Ministro della Sanità.

Aldo Pagni non è mai stato presidente di Ordine e venne eletto per la prima volta in Comitato Centrale il 5 maggio 1985.

Uso, autorizzata, le parole di Giovanni Maria Righetti, presidente OMCeO di La-

tina, per definire il sentire di molti presidenti che non hanno voluto/potuto scrivere la loro testimonianza: “Aldo Pagni è stato un punto di riferimento fondamentale per la mia formazione professionale e per l’attività ordinistica. Un maestro, per me anche un amico. Ha contribuito in maniera determinante alla costruzione della figura moderna del medico di medicina generale. I ‘giochi’ sindacali non gli hanno concesso il tempo sufficiente per trasferire a pieno i suoi saperi ai medici italiani, nel ruolo di Presidente della FNOMCeO. Sono convinto che potrà, ancora per molto tempo, interpretare e ‘leggere’ per tutti noi l’evoluzione del pensiero scientifico medico e della professione, con l’umiltà che contraddistingue le persone veramente colte”.

La storia personale di Aldo è per alcuni aspetti indistinguibile dalla storia della professione medica e da quella della Federazione. Lo testimonia il fatto che Aldo nella vita della Federazione e degli Ordini provinciali, intesi nel bene e nel male come grande famiglia, sia figura presente coinvolto in incontri locali o nazionali.

Anche nella storia del Codice Deontologico Aldo Pagni è figura portante. Nelle cinque revisioni del Codice di Deontologia Medica dal ‘78 al 2006, ha partecipato alle ultime quattro edizioni del codice, quando il testo del codice era proposto da cinque o sei componenti esperti e omogenei. Dice Aldo: “Nel 1998, seguì la stesura del codice con attenzione senza mai imporre le mie opinioni perché ero presidente”. L’ampia partecipazione, oggi voluta per la stesura del nuovo Codice Deontologico, coglie il senso del presente attraverso la discontinuità con il passato.

Per comprendere il ruolo della Federazione, ripercorro alcuni passaggi dell’assistenza sanitaria dopo il 1946.

Dopo la guerra avviene una progressiva mutualizzazione dell’assistenza medica. Difficili in quegli anni i rapporti fra Federazione e sindacati. La Federazione passò, nel giro di pochi anni, dallo svolgere un ruolo attivo nelle trattative con le Mutue ad una definitiva estromissione. Dice Aldo: “La presenza dei sindacati rivelò l’ambiguità di un Ordine che da un lato, per legge, era un’istituzione pubblica ausiliaria dello Stato, e dall’altro era destinato ad un corpo privato di professionisti che solo nei sindacati potevano far sentire la loro voce. L’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, si realizzò in anni d’espansione economica e occupazionale, sul presupposto del diritto di tutti alla salute/benessere e alla gratuità delle prestazioni”.

Con il Trattato di Roma, firmato da sei stati nel 1957, nacque la Comunità economica europea, per costruire un libero mercato per beni, servizi, capitali e lavoratori. Si discusse presto come collocare prestazioni intellettuali in un modello di mercato economico. Ci si chiese se le professioni dovessero trovare regole all’interno del libero mercato o se potessero avere proprie regole e principi d’identificazione. Lo scambio di beni immateriali fu una tematica nata in quegli anni.

Negli anni della presidenza Pagni l’Antitrust, sosteneva che, in base alla legislazione europea, la professione medica pur mantenendo gli obblighi della professione (come il rispetto del Codice Deontologico) dovesse considerarsi un’impresa, perché ogni opera prestata con corrispettivo economico va considerato “impresa”. Chiedeva che gli Ordini fossero disciolti perché “vincolo” verso il cittadino che doveva essere messo in grado di scegliere liberamente. La FNOMCeO fu condannata al pagamento

di una pesante sanzione, per una circolare inviata ai presidenti degli Ordini provinciali nella quale, in base alla legge vigente, li s'invitava a vigilare sul rispetto delle "tariffe minime" nei contratti proposti da alcune Casse mutue volontarie e private, e ad opporsi alla prevista arbitraria istituzione di albi "chiusi" dei colleghi che aderivano, stabiliti discrezionalmente dai dirigenti di quegli enti.

Tutti i medici pensavano che l'Antitrust fosse in errore. Diverse furono le possibilità di reazione. Aldo Pagni, fu ritenuto troppo remissivo nei confronti del Garante della concorrenza, nel suo accettare la sanzione, pur senza condividerla. Inutilmente Pagni chiese che fosse il legislatore, con un'adeguata riforma degli Ordini, a distinguere la professione intellettuale dall'impresa. In quel periodo, nel secondo governo Amato, era ministro della Sanità Umberto Veronesi (dal 25 aprile 2000 all'11 giugno 2001).

All'interno della FNOMCeO il clima divenne conflittuale e la vicenda dell'Antitrust forse usata come pretesto. Aldo Pagni era accusato anche di avere trasformato la Fnomceo "in un salotto intellettuale" e di voler troppo distinguere le rivendicazioni sindacali dai compiti di un organismo ausiliario dello Stato.

Solo anni dopo – nel 2006 – si tornò, nell'Unione Europea, al concetto di bene pubblico per i servizi di interesse generale come quelli sanitari, abbandonando l'idea di equiparare le prestazioni mediche ad imprese.

Tuttavia ancora oggi l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato sembra considerare le prestazioni mediche come beni di consumo. È recente la notizia di una istruttoria avviata dall'Antitrust verso la FNOMCeO, con la quale si vuole stabilire se le norme del Codice Deontologico, che limitino l'accesso alla pubblicità, abbiano, in violazione delle norme comunitarie, "effetti restrittivi della concorrenza". Ho ripreso liberamente alcune frasi del Presidente Pagni da testi e riviste dell'epoca, forse non le migliori, non quelle che uno storico sceglierebbe, ma quelle che Aldo potrebbe dire ancora oggi, forse semplicemente le frasi che mi piace accogliere.

"L'antitrust potrebbe stravolgere il senso della nostra professione vedendola come impresa, accreditando la tesi che la prestazione del medico non è una prestazione intellettuale ma economica.

Siamo un Ordine professionale, nato per tutelare i cittadini attraverso la qualità della professione, l'unico che non gestisce direttamente l'esame d'abilitazione professionale.

La Federazione dovrà fare una politica professionale per la qualità e il ruolo, in collaborazione, ma separata dai sindacati.

Ieri la qualità era giudicata dal medico e oggi la qualità che conta è quella percepita dal cittadino/paziente, ma non per questo possiamo rinunciare al nostro ruolo.

Non ci si può opporre alla libertà di cura del paziente, ma egli non può decidere per noi quello che deve essere fatto da noi.

La nostra legislazione non ha mai definito i confini dell'atto medico. Dimentica che il medico opera in condizioni di probabilità: si dice che si coltiva una scienza e si pratica un'arte.

Vi è un paradosso socioculturale nella medicina moderna: sembra che se si soffre, ci si ammala, se si muore qualcuno deve esserne, per forza responsabile.

Siamo di fronte a profondi cambiamenti della professione, ci troviamo di fronte ad un cittadino informato, ma non educato alla salute e indotto a consumare sanità. Il codice richiederà una lettura attenta da parte di tutti i medici per diventare diffusa coscienza dei principi e doveri pratici”.

Aldo Pagni e gli atti dei convegni

Degli anni della presidenza di Aldo cari mi sono gli atti dei convegni.

La prima riunione di studio che Aldo come Presidente coordinò era sul tema: *Altra medicina: pratica complementare o alternativa alla medicina?*.

Mesi prima aveva realizzato gli atti del convegno *La qualità in medicina tra etica ed economia*, dove aveva partecipato anche come relatore.

Occorre aggiungere anche *Il rischio in medicina oggi e la responsabilità professionale*.

Penso che il già citato *1946/196* sia un libro di grande valore. Leggendo l'elenco degli autori ritroviamo il senso di un lavoro fatto in casa con semplicità e passione.

Il libro affianca ad esperti sulle tematiche storiche della sanità (Giorgio Cosmacini, Marco Soresini, Massimo Baldini, Esther Diana, Donatella Lippi) dirigenti e funzionari della Federazione (Marco Raimondi, Sergio Biondi, Rossella Procino, Marco Poladas, Stefano Villeggia). Annunziata Puglia, del Settore Legale della Federazione, ricostruisce la storia dell'Ordine dei medici e l'Antitrust. Vi è anche un articolo di Lorenza Sassi, medico, della “Commissione Permanente per lo studio dei problemi della donna medico ed odontoiatra”.

Il curatore dei testi è Elzeario Capecchi, un amico dei Pagni dai tempi di San Miniato.

Dice Capecchi: “La famiglia Pagni mi ha dato una spinta, una spinta grossa, perché io non volevo curare il volume. Ricevetti dalla Federazione il rimborso dei pochissimi viaggi-treno fatti a Roma per il mio essere ‘curatore’. Perché le piace sapere del pagamento? In che senso un pagamento, o un non pagamento, ‘cambia’ rispetto alla qualità di un lavoro? E se non cambia per la qualità, per che cosa cambia?”

Penso che nel volume ci sia forte l'entusiasmo e il senso dell'appartenenza di una generazione.

Imperdibili sono gli ampi articoli di Aldo Pagni.

L'Omceo di Latina, nella ricorrenza del “Centesimo anniversario della istituzione degli Ordini dei Medici”, ha ristampato, e reso disponibile online, una parte di quegli articoli che su “iniziativa del suo Presidente Aldo Pagni, La Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, pubblicò nel 1996”.

Voglio ricordare anche il volume realizzato per gli atti del seminario di studio svoltosi, nel novembre 1998, a Venezia nella cornice della Scuola Grande di San Giovanni Evangelista: *Gli ordini dei medici per la qualità della professione*.

Aldo in quel caso affidò il progetto editoriale a Enzo Del Monaco, l'organizzazione redazionale e il progetto grafico a Sesto Francia e Anna Rita Mascolini era segretaria di redazione.

Ancora una volta un lavoro realizzato con competenze interne alla Federazione.

Sappiamo come negli anni gli stili di leadership siano cambiati e come situazioni e interazioni determinano, nel gruppo, produttività e clima sociale. Certo è legittimo

pensare che Aldo abbia saputo, in quel gruppo di lavoro, creare consenso e condivisione di obiettivi, favorire partecipazione e distribuire responsabilità. Credo che l'arte del dettaglio, essenziale per muoversi nella relazionalità quotidiana e nella complessità delle organizzazioni, fosse ben nota ad Aldo.

In quel libro Aldo sostiene il valore della tradizione. “Sono convinto che la formazione più idonea per un medico sia quella che si fonda sulla conoscenza dei classici, della loro storia, della loro cultura e della loro lingua. In una parola quello che si fonda sulla “tradizione”. Il senso del termine, nel suo etimo indica trasmissione consegna, passaggio “da” “a”, e non è possibile, come afferma un antico proverbio orientale, sfuggire ad una tradizione più di quanto sia possibile andare oltre la propria ombra. La tradizione non ha un valore assoluto da condividere in toto quanto piuttosto l'utilità di conservare quanto essa contiene in termini di valori. Se l'Uomo è esso stesso tradizione, si può comprendere quanto sia indispensabile a chi si propone di prendersi cura dell'Uomo, il possesso degli strumenti idonei per comprenderne e conoscerne le radici”.

E ri-propone una frase di Galeno: “il medico che si fa anche filosofo è simile a un Dio”.

Pagni e le donne medico

Mi sono lasciata coinvolgere nella istituzione Ordini Provinciali/Federazione, che per anni, come molti, ho misconosciuto perché donna.

Pensando che un luogo privo di donne non potesse rappresentarmi, mi sono attivata perché altre entrassero nei Consigli Provinciali. Io preferivo rimanere all'esterno e quando dopo molti anni non potei continuare a restare “fuori dall'uscio”, dissi: “Voglio essere supplente, revisore supplente”.

Nel volume 1946-1996 Lorenza Sassi, nell'articolo *Donne medico, prospettive di pari opportunità*, scrive di un sondaggio/indagine sulla professione femminile, *Donna medico, conosciamoci!*, pubblicato sul *Il medico d'Italia*, allora organo di stampa della Federazione, per fare il punto sulla reale situazione delle donne medico e mettere in evidenza proposte, problemi e attese. Il questionario fu la prima iniziativa della Commissione per lo studio dei problemi delle donne medico istituita dal presidente Danilo Poggiolini nel 1995, quando Aldo Pagni era membro del Comitato Centrale. Aderirono 96 ordini e risposero 1.400 colleghe da tutta Italia. Documenti in-trovabili perché l'archivio cartaceo della Federazione è stato da tempo trasferito.

I risultati del questionario furono presentati nel Seminario *Pari Opportunità FNOM-CeO: le leggi e le esperienze. Gli aspetti metodologici del processo di cambiamento*. Fu in assoluto la prima manifestazione, a livello nazionale, al femminile, dalla costituzione degli Ordini e della Federazione. Si svolse a Roma il 29 maggio 1999 nella Sala Borromini, archivio Storico Capitolino nato come Oratorio della Congregazione dei Padri Filippini. Piera Faggella e Luisa Mosso, coordinatrice e componente della commissione FNOMCeO per le Pari Opportunità, dai dati del questionario, evidenziarono come le difficoltà, anche nella professione medica, fossero dovute alle fatiche di armonizzare tempo lavoro e tempo famiglia.

Presentato anche lo scopo della Commissione Pari Opportunità: promuovere

sempre più una politica di genere sulla base delle competenze acquisite ed essere presenti sul territorio.

Negli atti dell'incontro anche la Presentazione del Comitato Centrale: "La manifestazione è stata occasione di un primo fattivo incontro tra colleghe iscritte agli Albi, primo passo di un cammino che si preannuncia lungo e non privo di difficoltà, ma sicuramente ricco di spunti formativi, sia per l'evoluzione delle professioniste che per le donne medico nella loro individualità. È pur vero che nel corso degli ultimi decenni le donne medico ed odontoiatre sono diventate una realtà numerosa e in crescita, ma è altrettanto vero che la loro visibilità in termini di luoghi e di potere decisionale è ancora tutta da costruire; è necessario, pertanto, incentivare una sempre maggiore partecipazione e presenza delle colleghe negli organismi di vertice, ancora quasi esclusivamente in mani maschili".

Aggiungeva Aldo Pagni: "Pari opportunità sta a significare la messa in atto di concrete iniziative per rimuovere tutti gli ostacoli sia nel lavoro sia nella vita quotidiana e sociale (...). I processi culturali non si fanno né per legge, né per circolari, né per lettera: i cambiamenti di costume avvengono soltanto per una consapevolezza diffusa e distribuita. Un'inevitabile femminilizzazione della professione porterà, ovviamente, mutamenti organizzativi (...). Bisogna impegnarsi per portare donne nei Consigli degli Ordini, affinché questa presenza possa creare un confronto permanente (...). È indubbio che il movimento femminista ha fatto da enzima ad una società statica che, se non avesse uno scossone ogni tanto, non si rinnoverebbe".

Laura Balbo, ministro per le Pari Opportunità, fu presente al seminario ricordando che non si poteva più prescindere dal patrimonio, di ricerca e di cultura, al femminile accumulato negli anni.

Può essere utile rileggere alcuni dei messaggi pervenuti dalle autorità.

Massimo D'Alema, allora Presidente del Consiglio, interagiva con Aldo Pagni: "Gentile Presidente (...) condivido pienamente la sua analisi sul condizionamento che gli oneri derivanti dalla gestione della famiglia possono operare sulle scelte professionali delle donne, ma sono certo che l'interesse e la partecipazione delle stesse, uniti all'impegno del governo nel settore sociale, potranno rendere più agevole la giusta affermazione femminile nelle professioni".

La ministra per la Solidarietà Sociale, Livia Turco, scriveva: "Sono certa che l'iniziativa sarà un interessante momento di riflessione sugli ostacoli che le donne impegnate nella professione incontrano per il pieno raggiungimento dei traguardi e un corretto sviluppo della propria carriera".

Maria Del Pesce, allora presidente dell'OMCeO di Ancona, diceva: "L'auspicio è quello di andare oltre le pari opportunità. Oggi professionalmente non dobbiamo quasi più dimostrare la nostra competenza. Ma è importante, se vogliamo andare 'oltre' dimostrare una nostra 'specificata' competenza".

A Roma nel 1999 ringraziai Aldo Pagni per la realizzazione del convegno. Ringraziare è un modo per valorizzare il presente e ipotizzare costruzioni future. Ricordo il senso della sua risposta: "Non posso non ascoltare, ho una moglie che mi aiuta a capire ed accogliere le vostre richieste".

Qualche mese dopo si svolgerà ad Ancona il convegno *Sanità, quando le donne fan-*

no la differenza con interventi dai titoli significativi: l'attenzione alla differenza di genere nella ricerca scientifica e nella cura; decidere insieme: consenso e pari dignità nei saperi; la donna porta al centro la voce della persona malata; la conoscenza di sé e l'energia femminile. A testimoniare l'attenzione che vi era verso il pensiero femminile l'OMCeO di Ancona, con una lettera firmata Fulvio Borromei diventato presidente e Maria Del Pesce consigliera, già presidente per un solo mandato, ritengono utile divulgarne gli atti, inviando una copia a tutte le CPO attivate all'interno degli ordini.

Diceva Laura Balbo in quegli anni: "Le donne, quando arrivano ad una posizione di potere ci restano poco, molto spesso trattate come transitorie. Normalmente gli uomini hanno una progettualità, magari si fermano e poi ripartono. Fra le donne c'è meno accumulo di esperienze e di contatti: di solito rimangono in posizioni marginali e di passaggio. Su di loro non s'investono le risorse dell'organizzazione".

Aldo Pagni inviò, nel marzo 2000, a tutte le dottoresse componenti di Consigli degli Ordini e componenti delle CPO, il volume degli atti Seminario Pari Opportunità FNOMCeO.

Ne aveva curato il progetto editoriale con Maria Castellini, responsabile per l'organizzazione redazionale e il progetto grafico. Maria Castellini era in quegli anni il punto di riferimento per la Commissione Pari Opportunità in Federazione. Aldo Pagni con la sua sagacia toscana diceva: "Credo che questa commissione, sia pure con qualche difficoltà, rappresentata anche dalla vetustà dell'Istituzione pubblica, abbia svolto un lavoro estremamente interessante".

Nel volume degli atti ringraziava la signora Castellini che lavora "senza avere resistenze da parte degli uomini, ma diciamo la verità, anche senza avere grandi aiuti". Scriveva nell'inviare il volume: "Mi auguro che questa nostra iniziativa possa essere anche di stimolo per una maggiore presa di coscienza delle donne medico e odontoiatre, circa l'importanza del loro ruolo nell'ambito della sanità, in qualche modo diverso, ma complementare rispetto a quello svolto dai colleghi uomini e dalle necessità di una più attiva partecipazione alla vita ordinistica".

Il 20 luglio Pagni nominò la nuova commissione Pari Opportunità. Il numero passava da sette a sedici colleghe. Aldo scriveva: "Ho chiamato a farne parte numerose colleghe, in considerazione anche del crescente numero della professioniste iscritte agli ordini. La Commissione Nazionale Pari Opportunità della Federazione oltre a promuovere un'effettiva integrazione fra uomini e donne iscritti agli albi, non più e non tanto tesa alle pari opportunità, ma alla valorizzazione delle differenze di genere vuole creare una rete capillare che abbracci tutto il territorio nazionale, attraverso il coinvolgimento delle colleghe che fanno o faranno parte della commissioni provinciali di PO. Vi sarò particolarmente grato se vorrete favorire la realizzazione di tale obiettivo, portando a conoscenza della Federazione, qualora non l'aveste già fatto, l'avvenuta costituzione della commissioni provinciale e i nominativo delle componenti delle stessa".

Credo che queste frasi, scritte fra le tante nell'esercizio delle funzioni di presidente, svelino sia la convinta considerazione del punto di vista femminile sia la scarsa fiducia che questo potesse essere pienamente accolto.

Ho ricostruito con Aldo Pagni, per il portale della FNOMCeO, gli anni dei primi gruppi al femminile. Pagni era, come tecnico, al fianco del ministro della sanità Elio Guzzanti quando fu creata la prima Commissione in Federazione. Racconta: “Diventato presidente nel nominare una nuova commissione, nel 1997 decisi di cambiarle nome e la trasformai in Commissione nazionale FNOMCeO per le pari opportunità: ero sostenuto da un desiderio corale di modificare il ‘paternalismo’ insito nella prima denominazione. Quando, nel 1999, si svolse così a Roma il seminario sulle Pari opportunità era aumentata la sensibilità alle differenze di ‘genere’ ed avevo ricevuto molte denunce da parte di colleghe del disagio professionale nel quale operavano.

La mia esperienza mi ha convinto che le donne, in genere, sono molto più determinate, brave, serie, affidabili e più leali degli uomini, ma per garantire loro pari opportunità è necessario che questa società riscopra il valore del merito, superi i molti pregiudizi atavici che persistono sulle donne-oggetto, strutturi i contratti di lavoro tenendo conto dello ‘specifico’ femminile, liberi i concorsi dal peso del familismo privilegiato e delle ‘contiguità’ con la politica. Il problema era ed è come vivono oggi la professione le donne, come fanno (o non fanno) carriera. Questa ‘femminilizzazione’ della professione medica (un termine che voi donne non gradite) richiederà un cambiamento dei contratti di lavoro e delle convenzioni con le professioniste (...). Certamente oggi una donna fa molta più fatica degli uomini a progredire nella carriera, per i tanti impegni familiari ai quali è sottoposta, ma bisogna che le donne medico facciano sentire di più la loro voce anche negli Ordini. In parte ciò sta accadendo in alcune provincie, anche se quest’istituzione reclama un impegno sempre più gravoso...e non retribuito!”.

Ritorno sul volume degli atti del 1999 con un fugace senso d’ibernazione. Colpisce che ieri come oggi si usino le stesse parole, si parli delle stesse vicende. Presente persino un analogo episodio di morte sui luoghi di lavoro: allora Maria Monteduro a Lecce, oggi Paola Labriola a Bari.

Tutto sembra essere rimasto uguale, nonostante le tante energie investite. Credo che in quest’apparente immobilismo molte cose siano cambiate.

Viviamo in un periodo in cui non ci sono certezze ma solo trasformazione continue, spesso silenziose a volte dirompenti. Aldo Pagni ci ha dato il pretesto per ri-costruire questa memoria storica, con vicende che hanno le caratteristiche di un anno zero nella professione medica femminile. Non una semplice rivisitazione di documenti storici ma spinta ad interrogarsi, momento per rinnovate prese di coscienza arricchite da misura del sé in rapporto agli altri, esperienza e qualità relazionali. La differenza sessuale è, tra elementi impari e dispari, momento necessario di mediazione perché non rimanga prigioniera di schemi apparentemente egualitari e di penalizzanti scelte dicotomiche. Nell’ascolto reciproco, nella capacità di sostare nel conflitto e di utilizzarlo, si potranno mettere in campo discontinuità per modificare quelle strategie che non hanno prodotto la trasformazione auspicata.

Anche usando strumenti diversi, come suggerisce Iris Murdoch: “L’immaginazione è una forma di libertà, una sempre rinnovata capacità di percepire ed esprimere la verità”.

E per favore, come dice papa Francesco, non lasciamoci rubare la speranza: “Scommettete su ideali grandi per rendere fecondi i vostri talenti”.

Al fianco di Aldo, da sempre Mariapia Albano Pagni

Ho visto in questi anni Mariapia anche ascoltare, con interesse, convegni medici. Ci salutavamo con simpatia e fui stupita per la sua telefonata con la quale mi propose di partecipare a questo progetto. Mi spiegò come avesse scelto i nomi da coinvolgere. Stava telefonando a persone che Aldo nominava con stima e affetto. Ebbi la sensazione che mi stesse proponendo per un Nobel! Successivamente Maurizio Mori mi chiese di dargli una mano.... come dire di no?

Ho avuto modo così di sentire più volte con piacere Mariapia e ho imparato a conoscerla come Mariapia Albano Pagni.

Poco sappiamo di Mariapia Albano Pagni e dei suoi interessi. Mariapia è nata a Taranto. Aldo nell'estate del '54 fu ospite di un amico, studente tarantino di medicina a Pisa. Conobbe così Mariapia e si sposarono, a Taranto, nel settembre del '62.

Lei, laureata in storia e filosofia, diplomata in violoncello, lo seguì ad Empoli.

Posso immaginare, da come scrivono figlie ed amici, una vita serena, un'autonoma dimensione lavorativa. Ha insegnato discipline filosofiche e storiche al liceo classico Virgilio e divenne presidente del centro studi musicali Ferruccio Busoni.

Chiamata dal sindaco Vittorio Bugli, dal maggio '95 al giugno '99 fu Assessore alla cultura e al turismo al comune di Empoli.

La gestione complessa della vita familiare (Aldo, presidente FNOMCeO dal '96 al 2000 continuò fino al 2003 a vivere a Roma) non le impedì di realizzare molte iniziative in quel suo assessorato. Di alcune parla con particolarmente fierezza ancora oggi. Ad Empoli vi erano sei scuole superiori statali e due parificate: Mariapia realizzò in ogni scuola dei cori. Voleva che tutti potessero fare musica e l'unico strumento, per tutti, sempre disponibile è la propria voce.

Dai documenti di quel periodo possiamo leggere sue dichiarazioni e percorsi: “per prima cosa ho compiuto una ricognizione di quanto già è stato fatto entrando in mondi ricchi e pulsanti di energia creativa. Come obiettivi vorrei il più possibile coinvolgere la gente nelle iniziative culturali, stimolando il senso di appartenenza, la conoscenza dei tesori di Empoli e dei suoi personaggi più illustri. Vorrei provare a sollecitare le classi imprenditoriali che operano nella zona perché contribuiscano alla crescita culturale, nella convinzione che la cultura non rappresenti un aspetto separato della società, ma, al contrario, come diceva molto tempo fa Adam Smith, ne condizioni, insieme alle istituzioni, la vita economica”.

Se le si chiedeva quale politica culturale caratterizzasse il suo incarico, rispondeva: “penso una Cultura come formazione; un processo intenso, meno eclatante ma graduale e profondo, con l'obiettivo di dare alla popolazione gli elementi fondamentali per sviluppare interesse verso la cultura. Non vi saranno ‘grandi eventi’, che io ritengo effimeri e troppo costosi. Ho creato con poca spesa nelle scuole di Empoli la cultura dei cori, l'iniziativa *Allo stadio e al museo*. Ho promosso la volontà di collaborazione fra più Comuni perché dia dei risultati di grande importanza, e possa quindi ottenere dei successi che altrimenti da soli, sin-

golarmente, sarebbe difficile conseguire”.

Il Comune di Empoli ricorda ancora le iniziative realizzate in quegli anni: vi furono mostre, rassegne cinematografiche, teatrali, musicali e nuova forza ebbero il Centro studi musicali Ferruccio Busone e il premio letterario Pozzale Luigi Russo.

Dalla biblioteca pubblica di Empoli nasce il progetto di *Bibliodonna 1999*, un'agenda di proposta di letture rivolta alle donne, strette tra le esigenze di lavoro e cura familiare, alle quali *Bibliodonna* ha inteso fornire alcune chiavi di lettura all'insegna dell'espressività e della titolarità dei destini individuali.

Mariapia Albano Pagni partiva dalla convinzione che la promozione della lettura potesse essere leva essenziale per riflettere sulla propria condizione personale e accrescere l'abitudine di confrontarsi con altre culture. *Bibliodonna* sottolineava il valore strategico della risorsa tempo nella vita delle donne, rivendicando per loro un tempo di qualità, nel quale ci fosse spazio anche per la lettura. Nel progetto erano promosse iniziative per la riappropriazione dei tempi della città (*Banca del tempo*) e per un impiego più consapevole del tempo libero (*Bibliodonna* e incontri con autrici). *Bibliodonna* si concluse nella Sala della Sacrestia di Palazzo Valdina a Roma, premiato in presenza di numerose parlamentari.

Aldo ben conosceva e utilizzava le competenze di Mariapia: troviamo un articolo di Mariapia Albano titolato *L'unità d'Italia e il federalismo su Professione & Clinical Governance* n. 2/2011.

Ricordo Mariapia, presenza attenta in tutto il convegno *Dialogo e comunicazione in Sanità* a Pescara, dare il senso delle oltre dieci ore di confronto con il suo dire: “Ho visto relazioni seguite e tempo dedicato al confronto. Cosa rara, positiva e molto utile perché se le cose non vengono colte e prese è come se non ci fossero. Lo diceva, *Esse est percipi*, quasi trecento anni fa, George Berkeley”.

Mariapia ed Aldo si sono sposati il 29 settembre 1962. Negli ultimi anni è capitato loro, in questa ricorrenza, di trovarsi impegnati in convegni nella grande famiglia della Federazione. Amedeo Bianco, sempre attento, rivolgeva loro pubblici affettuosi auguri.

L'anno scorso eravamo a Padova, in uno degli splendidi incontri che Maurizio Benato sa realizzare.

Sullo sfondo i grandiosi affreschi del Palazzo della Ragione e il Convegno *Cybermedicine*. Volevo in quel 29 settembre, al termine delle nostre presentazioni, scattare una foto ad Aldo e Mariapia in quel contesto. Scoprii Aldo incapace di utilizzare un momento del suo tempo per essere soggetto di una banale foto ricordo. L'immagine rimasta è quella sfocata, di lui in movimento verso una vita ancora molto da vivere.....

Un pioniere della “medicina valorial-organizzativa”

Maurizio Mori

Professore ordinario di bioetica, Università di Torino; Presidente della Consulta di Bioetica Onlus; Direttore di Bioetica. Rivista interdisciplinare

1. Introduzione

In questo studio voglio mostrare che il contributo di Aldo Pagni alla pratica clinica e alla tutela della salute è di tale peso e tanto innovativo da giustificare la sua collocazione nella storia della medicina. Sono ben consapevole che la tesi è forte e già sento le obiezioni dei critici pronti a chiedere quali nuove scoperte abbia fatto, o quali nuove tecniche terapeutiche o quali nuovi interventi o farmaci siano stati da Pagni introdotti per sostenere una simile pretesa. So bene che per una lunga e consolidata tradizione medica senza una qualche notevole scoperta biologica o qualcosa di simile non si ha titolo a entrare nella storia della medicina, come per la chiesa cattolica romana senza un miracolo non si ha titolo a essere proclamati “santi”. Ma so altrettanto bene che quella tradizione medica non regge più. Essa, infatti, è informata al paradigma naturalistico-biologico che è ormai obsoleto, e che va sostituito con un paradigma nuovo, più ampio e aperto alle istanze di carattere “umanistico”. Ove si avesse consapevolezza di ciò, sarebbe facile vedere che non è più indispensabile la scoperta biologica o qualcosa di simile per entrare nella storia della medicina: la tesi qui sostenuta diventerebbe plausibile e forse anche ovvia.

Che anche i canoni della storia della medicina siano in rapida evoluzione è cosa nota. Da tempo si è abbandonata l’idea sostenuta tra altri da Henry Sigerist nella prima metà del secolo scorso che “la storia della medicina è in gran parte la storia dei suoi strumenti”¹ e per la parte rimanente è la storia di come si è svelato il funzionamento dell’organismo e di chi l’ha fatto. Riconosciuta l’inadeguatezza di questa *storia tecnica o interna* della medicina, si è passati da ormai diversi decenni alla *storia sociale* della medicina, quella che “pur rispettando l’aspetto tecnico, è piuttosto portata a considerare la medicina come uno dei grandi elementi del contesto sociale delle singole epoche: un elemento che nel suo sviluppo viene influenzato dal contesto medesimo, e al tempo stesso lo influenza”². Ciò ha portato a un quadro storico molto più ricco dei precedenti, ma a volte pare che il suo criterio informatore stia ancora nell’idea che il progresso medico è determinato soprattutto dal contributo dei Nobel: la storia della medicina si limiterebbe a presentare questi contributi organizzati

1 Riportata in G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità nell’Italia contemporanea*, Editori Laterza, Roma – Bari, 1994, p. 132.

2 L. Belloni, “Prefazione all’edizione italiana” in R. H. Shryock, *Storia della medicina nella società moderna*, Isedi, Milano, 1977, p. 7.

doli in una narrazione che ne illustra il significato collocandoli in un più ampio contesto storico-sociale³. La mia tesi è che è ora giunto il tempo in cui la *storia sociale* della medicina assuma un nuovo e più ampio criterio informatore, e che abbandonando quello tradizionale fissato dal paradigma naturalistico-biologico in cui la medicina è una scienza biologica, per assumere un paradigma “umanistico” o valorial-organizzativo. Questo ulteriore passo va fatto perché sollecitato dalla *Rivoluzione biomedica*, ossia quel grande processo storico che sta dando all'uomo ad un sempre maggiore controllo del mondo organico⁴. Questa Rivoluzione è l'analogo (o la continuazione) della Rivoluzione industriale, che nei secoli scorsi ha consentito un sempre maggiore controllo del mondo inorganico. Come quest'ultima ha radicalmente cambiato i millenari assetti sociali delle società agricole, così la Rivoluzione biomedica sta mutando i nostri stili di vita biologici e il modo di intendere la medicina. Quest'aspetto è diventato chiaramente visibile negli anni '70 con la nascita della bioetica, la quale ne è una sorta di “coscienza critica”. Non sappiamo bene quali saranno le svariate conseguenze della Rivoluzione biomedica sulla vita personale e sociale, e non è facile prevederlo⁵. Sappiamo però che essa ha messo definitivamente in crisi la tradizionale nozione di “salute” e con essa l'intero tradizionale paradigma medico di tipo naturalistico-biologico.

Quando entra in crisi un paradigma e si presenta l'esigenza di ripensare l'intero quadro di riferimento la situazione si presenta tanto confusa e magmatica da non sapere bene in che direzione muoversi. Di fatto molti sono oggi i “teorici della crisi” che sfruttano il malessere diffuso nel campo per denunciare il fallimento della medicina e proporre le più diverse soluzioni: da impossibili ritorni al passato, alla proposta di cure miracolose (Di Bella, ecc.) o di medicine alternative (fiori di Bach, ecc.). Per chi, solidamente piantato in una prospettiva scientifica, è alla ricerca di un nuovo paradigma che rimpiazzi quello naturalistico, il problema è muoversi in modo tale da evitare sia la Scilla della medicina tecnologica disumanizzante sia la Cariddi dei ciarlatani e degli abusivi. Si deve anche essere ben consapevoli che l'attuale “crisi” della medicina non è qualcosa di passeggero o di marginale: come rilevato già nel 1984 da Nicola Dioguardi, questa “crisi” non è “risolvibile con semplici trucchi o modificazioni delle teorie esistenti. È necessario qualcosa di radicale che ci obblighi ad andare molto al di fuori dei limiti tradizionali di questa scienza”⁶.

- 3 *Al riguardo si veda il paragrafo: “Scienza dei Nobel e salute per tutti nell'anno 2000” nel bel volume di G. Cosmacini, L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi, Laterza, Roma – Bari, 1997, p. 357 ss.*
- 4 *Sul concetto di “Rivoluzione biomedica” mi permetto di rimandare a M. Mori, Manuale di Bioetica. Verso una civiltà biomedica secolarizzata, Le Lettere, Firenze, 2013, soprattutto le pp. 86 ss.*
- 5 *Una conseguenza mi pare che sia la storica sentenza della Corte Suprema americana del 26 giugno 2013 che riconosce il matrimonio omosessuale, come ho argomentato in M. Mori, “Bob Edwards, pioniere di una nuova era. Con il matrimonio gay, il “maschio e femmina li creò” diventa l'analogo di “fermati o Sole!”; Bioetica. Rivista interdisciplinare, XXI (2013), n. 2-3, pp. 183 – 191.*
- 6 *A. Pagni, Il Sileno di Alcibiade. Medici, medicina e società, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2007, p. 225.*

Un'indicazione della via da seguire per acquisire gli strumenti concettuali adatti ad affrontare l'attuale "crisi" della medicina è fornita dalla riflessione di Pagni in materia: aspetto che già di per sé costituisce un importante contributo alla medicina contemporanea. Riflettendo sull'esperienza clinica, che resta "lo spartiacque di tutte le teorie della medicina"⁷, Pagni ha sviluppato elementi di una teoria della medicina in cui le tesi del tradizionale paradigma naturalistico-biologico si integrano con l'aspetto valorial-organizzativo. Si riconosce così che i "valori" informano sia le scelte cliniche sia la "organizzazione" della stessa assistenza clinica. Essi devono quindi trovare spazio in un nuovo e più ampio paradigma medico da porre alla base sia di un nuovo modo di erogare assistenza sanitaria sia della storia della medicina.

Sulla scorta di questo nuovo paradigma medico è plausibile sostenere che Aldo Pagni va annoverato tra i grandi medici italiani della storia. Il medico Pagni non ha fatto alcuna scoperta di carattere organico né ha introdotto alcuna nuova tecnica o nuovo farmaco, ma ha capito che la nuova domanda di "salute" non riguarda più il solo piano biologico e fisiologico, ma investe anche quello dei "valori", e che la risposta a questa nuova domanda di salute emergente può essere data solo prestando attenzione ai valori del paziente, a quelli che informano l'organizzazione del lavoro medico e a quelli che stabiliscono il posto della medicina nella società. In questo senso Pagni è l'iniziatore o comunque un pioniere di quella che chiamo la "medicina *valorial-organizzativa*".

Più specificamente, il contributo di Pagni si declina soprattutto nei seguenti aspetti:

- a. la medicina non è una scienza (naturale) perché la pratica clinica è intrisa di "scelte di valore";
- b. nella nuova situazione storica in cui la medicina dispone di tante possibilità di intervento il medico deve seriamente ascoltare l'interessato e tenere conto delle sue volontà;
- c. per concretizzare l'ascolto si richiedono modifiche sul piano istituzionale che coinvolgono la deontologia medica e il livello legislativo;
- d. i "valori" informano anche l'organizzazione dell'assistenza sanitaria ed emergono con forza in quella specializzazione *sui generis* che è la Medicina Generale;
- e. la limitazione delle risorse mostra che i "valori medici" possono entrare in conflitto con altri "valori" creando difficoltà per i cittadini e mettendo in discussione la "dominanza medica".

Di particolare importanza è il punto c), dal momento che nel 1998, durante la Presidenza Pagni della Fnomceo, è stata approvata un'edizione del Codice Deontologico che ha letteralmente rivoluzionato la pratica clinica rispetto al paradigma tradizionale. Cancellando la tutela dei familiari, quel Codice ha posto fine allo stato di minorità del paziente, il quale è diventato, quasi all'improvviso e come per incanto,

7 E.D. Pellegrino and D.C. Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Profession*, Oxford University Press, New York, 1981, p. 11: "clinical experience of medicine as the watershed of all theories about medicine".

ciudadino adulto e capace di esprimere il proprio consenso informato alle terapie. Questo contributo basterebbe da solo a supportare la tesi qui sostenuta circa l'importanza del contributo di Pagni. Ma la lettura attenta di due suoi volumi⁸ rivela che Pagni lascia un segno incisivo e profondo nella medicina contemporanea per almeno altri due significativi contributi: da una parte ha individuato l'oggetto della Medicina Generale e l'ha fondata, e dall'altra da tempo continua a richiamare l'attenzione sugli effetti che la limitazione delle risorse sanitarie ha sulla professione medica e sul modo stesso di intenderla. Anche su questi due aspetti dirò qualcosa, pur essendo essi più distanti dall'attuale formulazione delle questioni etiche.

2. Dalle considerazioni storico-biografiche al problema centrale della medicina contemporanea: come mai il successo della medicina genera scontento in tutti?

Nella sua vita Aldo Pagni ha sviluppato tre tratti o atteggiamenti che hanno poi informato l'intera sua opera e il suo stile o modo di porsi. Il primo è il forte senso di quanto rapidi nel nostro tempo siano i generali cambiamenti storico-sociali. Come apprendiamo subito dalla sua breve autobiografia, essa è stata sollecitata non già "dalla vanità dell'autocitazione ma dal desiderio [...] di far conoscere, soprattutto ai più giovani, *come potevamo essere* nella società di un passato recente [...] e] di proporre al lettore un confronto con la situazione attuale"⁹. La consapevolezza della rapidità delle trasformazioni è onnipresente nelle sue opere: "Ripercorrendo un ampio tratto della mia vita mi sono apparsi sorprendenti i rapidi mutamenti avvenuti nella società, e nella storia degli uomini, nel breve arco di tempo tra la metà del secolo scorso e l'inizio di questo"¹⁰. Svariati fattori "hanno cambiato la vita di tutti noi, quasi senza che ce ne accorgessimo"¹¹.

Il secondo tratto sta in una altrettanto vivida consapevolezza della trasformazione della medicina: già durante il corso di studi, iniziato nel 1951, rileva che "la medicina attraversava in quegli anni una fase di transizione tra scuole di pensiero tradizionali che coltivavano un approccio al malato fondato soprattutto sul ragionamento clinico, e altre che iniziavano ad avvalersi sempre più delle acquisizioni della biochimica, degli esami di laboratorio e strumentali per avere riscontri misurabili nella diagnosi di una malattia, e di sempre nuovi farmaci efficaci"¹², e che "era difficile per

8 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade. Medici, medicina e società*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2007; A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita. Ricordi degli ultimi 50 anni della sanità e della medicina di famiglia*, Edizioni ETS, Pisa, 2008.

9 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 7-8.

10 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 8.

11 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 8.

12 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 43.

un giovane sottrarsi al fascino di quella operosa fucina di attività scientifiche innovative¹³. Tuttavia, ricorda anche che quelli erano i tempi in cui “un clinico medico si vantò in un convegno di non aver mai ‘messo piede in un laboratorio e di preferire i malati alle provette”¹⁴, a testimonianza non solo della vivacità dello scontro tra i due opposti orientamenti, ma anche di quanto fosse ancora incerta la sorte della battaglia per la supremazia.

Il terzo tratto sta nella forte e appassionata convinzione che la medicina è parte della società: “la medicina non vive una vita propria avulsa dalla realtà, ma si concretizza e si modella in un continuo divenire storico sociale nel quale si incontrano o si scontrano i progressi delle conoscenze scientifiche, i valori e le aspettative dei cittadini e dei medici”¹⁵. Questa tesi della “socialità” della medicina è costante: “la medicina è prima di tutto un prodotto culturale influenzato dagli stimoli storici, economici e sociali in mezzo ai quali si sviluppa, e il ruolo del medico nella società post-moderna (pur in possesso di armi potenti per sconfiggere le malattie) è cambiato molto rapidamente”¹⁶.

Coniugati con un impatto con la professione che “fu all’inizio sconvolgente”¹⁷, i tre tratti ricordati hanno portato Pagni a focalizzare un tema che è il punto d’avvio di tutta la sua riflessione e continuamente ricorrente nella sua opera. Come subito osserva nella Prefazione di un suo libro: “al legittimo orgoglio dei medici per i successi conseguiti in questi ultimi 50 anni, oggi fa paradossalmente riscontro un declino della riconoscibilità dei loro meriti (non assoluti), nell’opinione pubblica, quando non si tratta *di una vera e propria denigrazione*”¹⁸. Ancora, riprendendo le parole di Roy Porter: “le persone in Occidente non sono mai vissute così a lungo, non sono mai state così sane e l’efficacia della medicina ufficiale non è mai stata così grande. Nessuno può mettere in dubbio i passi avanti della conoscenza e della tecnologia degli ultimi 50 anni. La medicina ha salvato più vite in questo periodo che in tutta la sua storia. I cambiamenti più drammatici si sono verificati durante la seconda metà

13 Come ricorda sempre nella breve autobiografia (A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit.), la solida formazione ricevuta all’università di Pisa era orientata “alla ricerca ed alla sperimentazione, allo studio biochimico e strumentale del paziente, e a dire il vero, un po’ meno alla visita del malato” (...). Tuttavia “all’epoca gli esami di laboratorio non erano molti, ma non esistevano neanche i kit dei reagenti già confezionati per cui dovevamo prepararli da soli”. Inoltre, “le riviste dedicate alla salute erano appena agli inizi, e non esisteva ancora la televisione che negli anni successivi sarà invasa da trasmissioni dedicate a «educare» gli spettatori su come consumare servizi e prestazioni sanitarie”. Infine, sempre in quel periodo cominciavano a comparire corsi di specializzazione, ma “la clinica medica manteneva immutato il controllo unitario del sapere”.

14 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 44.

15 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade. Medici, medicina e società*, op. cit., p. 279.

16 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 166.

17 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 90.

18 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade. Medici, medicina e società*, op. cit., p. xxi. (sottolineatura aggiunta).

del Novecento e *paradossalmente la medicina moderna non ha mai attirato su di sé tanti dubbi e tante critiche come oggi*¹⁹. Infine, con crudo realismo, rileva che “di questa medicina moderna, che sicuramente ha colto indubbi successi in questi ultimi decenni, pare che *nessuno sia contento e soddisfatto*”²⁰.

Come mai, si chiede Pagni, proprio nel momento di massima apoteosi dei successi tecnici della biomedicina, tutti sono così scontenti della medicina? Lo sono i medici, che si sentono esautorati del loro ruolo e sottoposti a stress e forzature di ogni genere; e lo sono anche i cittadini, che si sentono gabbati dalle mancate promesse di salute e che ancora ricorrono ai maghi o alle medicine alternative o ai ciarlatani per risolvere i problemi di assistenza sanitaria. Infatti, “a dispetto della ragione e delle conquiste della scienza [...] le credenze nella magia e nella ‘possessione’ di spiriti e demoni sono ancora diffuse nella civiltà industriale nella quale prosperano astrologi, chironanti, maghi, esorcisti, sette religiose e riti satanici”²¹. Perché, quindi, la medicina si trova in questa situazione tragica?

3. Gli elementi di una teoria della medicina per rispondere alla paradossale situazione della medicina contemporanea

Per cercare di dare una spiegazione e una risposta al problema, Pagni individua alcuni punti centrali di una teoria della medicina: impegno che lo porta a un’elaborazione di carattere filosofico. Non per nulla Pagni è a volte noto tra amici e colleghi come il “medico-filosofo” per via della sua passione per la filosofia e del suo frequente ricorso ad essa. Va precisato, comunque, che Pagni è filosofo non solo per l’invidiabile conoscenza dei testi filosofici, ma soprattutto perché nei suoi discorsi esplica una naturale propensione al filosofare come attività tesa a quell’astrazione da situazione particolari e alla loro universalizzazione che è propria dell’attività filosofica. Pagni è filosofo non perché “sa di filosofia”, ma perché la sua riflessione e le sue azioni sembrano guidate da un centro unificatore e generale che indica la presenza di una pro-

19 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade. Medici, medicina e società*, op. cit., p. 149 (sottolineatura aggiunta).

20 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade. Medici, medicina e società*, op. cit., p. 149. Sottolineatura aggiunta.

21 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., 2008, p. 124. *Né bisogna dimenticare che, come osserva ne Il Sileno di Alcibiade, op. cit., “il pullulare odierno di ciarlatani dotati di carisma suggestivo [...] corrisponde a un bisogno insopprimibile di trovare un rimedio, anche solo consolatorio, all’inguaribilità di una malattia, alla vecchiaia che incombe e alla paura della morte. I maghi, i guaritori, gli astrologi, i veggenti e i guru orientali moderni, molto meno domestici dei guaritori popolari che operavano nelle nostre campagne, hanno creato una vera industria supportata dal marketing aggressivo delle tv locali (e non solo locali, visto che spesso della misterologia si occupano anche le reti nazionali)”* (p. 110). *In un senso, quest’esigenza è alimentata anche dal fatto che “i progressi indubbi della medicina hanno creato false aspettative di salute e di immortalità per cui non ci si deve più ammalare, vi deve essere sempre una cura per ogni malattia; se non si guarisce o si muore, la colpa deve essere per forza di qualcuno e si deve trovare un rimedio a ogni costo. «Finché gli uomini ameranno vivere», recita un antico aforisma, «e saranno costretti a morire, saranno disposti a far tacere la ragione pur di alimentare la speranza»*” (p. 110).

spettiva generale rispondente ai criteri della filosofia intesa come disciplina dedicata allo studio dei problemi ultimi e più generali (se non tendenti all'assoluto).

Quest'aspetto emerge con chiarezza nel modo con cui viene affrontato il problema della diffusa delusione e scontentezza di tutti verso la medicina proprio nel momento in cui essa celebra i propri fasti sul piano tecnico-scientifico. Per spiegare la situazione, Pagni parte osservando che il successo della medicina moderna dipende dal fatto che essa è "orientata alla malattia organica"²², la quale fa riferimento a un modello "che 'oggettiva' il corpo umano". Questo modello ha consentito alla medicina "di accreditarsi come scienza empirica e sperimentale"²³, una procedura che le ha consentito di aumentare enormemente la capacità di intervento e di conseguire successi sul piano tecnico. Tuttavia, il successo è stato ottenuto a spese del rapporto umano col paziente che è stato psicologicamente impoverito: si è cioè dimenticato che "la relazione è il cuore e la sostanza del rapporto di aiuto, richiesto dal malato e fornito dal curante, e [che] consiste soprattutto in una comunicazione tra due esseri umani, uno dei quali dopo aver ascoltato e compreso le esigenze dell'altro, fornisce le possibili risposte, mettendolo in condizione di poter scegliere consapevolmente la soluzione che preferisce adottare"²⁴. Questo punto *non* era assente agli inizi del processo storico che ha portato la medicina ad essere "centrata sulla malattia". Infatti, pur avendo "un approccio al malato puramente biologico e organicistico" la medicina scientifica degli esordi "era generosa soprattutto del suo tempo e della sua empatia: curava spesso, guariva qualche volta, consolava sempre"²⁵. Il cambiamento si è verificato in tempi abbastanza recenti, grosso modo in coincidenza con l'attività professionale di Pagni. Con la comparsa della penicillina e la rinascita economica del dopoguerra che ha caratterizzato la cosiddetta *età dell'oro*²⁶ [fine anni '50 – anni '70] la medicina è cambiata: "oggi è in grado di curare sempre (anche troppo, qualche volta!), guarisce spesso e, magari, consola poco"²⁷. È per questo che, "nonostante i suoi indubbi successi, essa è spesso accusata di disumanizzazione, di scarsa attenzione alla totalità della persona, di essere centrata più sulla malattia che sul malato e di usare farmaci aggressivi che 'fanno male'²⁸.

Di per sé l'analisi fatta non è né nuova né originale, ma Pagni riesce a imprimere ad essa una peculiare coloritura capace di porre le basi per ulteriori sviluppi. Infatti, sottolinea con forza che "la medicina non è una scienza ma una pratica destinata a una

22 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., 2008, p. 127.

23 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 127.

24 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 129.

25 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 182.

26 E. J. Hobsbawm, *Il secolo breve*, BUR, Milano, 2000.

27 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 183.

28 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 183.

29 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 86.

persona, che implica continui ‘giudizi di valore’, basata su conoscenze scientifiche”²⁹. Ancora, “la pratica clinica non è tuttavia solo scienza naturale applicata, ma le decisioni del medico includono sempre più frequenti ‘giudizi di valore’, da confrontare con un paziente non più ‘oggetto’, corrispondenti non solo alla sua cura e sopravvivenza ma anche alla sua personale visione e qualità della vita”³⁰. Infine, “oggi la medicina è sempre meno un’arte, basata sulla limitata esperienza personale, ma una pratica basata su verità scientifiche falsificabili, ‘che opera in un mondo di valori’ la cui qualità, nella società moderna, oltre che dalle capacità dei singoli è condizionata dai rapporti complessivi tra varie competenze mediche (ispirate alle evidenze della ricerca, e pervase dalla tecnologia), la pluralità e il relativismo delle scelte etiche, e i dilemmi che riguardano tutti, sulla ripartizione delle risorse economiche in sanità”³¹. Qui sta il punto archimedeo della teoria di Pagni: i “valori” sono intrinseci alla medicina e alla pratica medica, non un’aggiunta esterna o un orpello che abbellisce il quadro. La crisi della medicina nasce dall’aver creduto che la medicina sia una “scienza naturale” che si limita a dare solo “giudizi di fatto” che nulla hanno a che fare coi “valori”. Al contrario, Pagni rileva che la medicina ha come base *imprescindibile* i dati scientifici, ma deve riconoscere che le conoscenze scientifiche non bastano per stabilire che cos’è “malattia/salute”, e che tale nozione comporta una serie di “giudizi di valore” che stanno nel cuore e alla base della pratica clinica. Il “successo” di un’azione medica, quindi, è frutto di un mix di “scienza” e dei “valori” propri dei diversi soggetti coinvolti, in primo luogo i pazienti.

Tuttavia è bene ricordare che non sono solo i pazienti interessati al processo. Il paziente è sicuramente al centro della sua relazione col medico e questa, a sua volta, come già abbiamo visto, è il fulcro della pratica clinica, ma essa coinvolge anche altri attori e cioè il medico (col suo ruolo e i suoi diritti), l’organizzazione dell’assistenza sanitaria, e la società tutta. È importante non dimenticare questo aspetto, perché *alcuni* “giudizi di valore” sono strettamente *personali* e corrispondono alle scelte di vita dell’individuo, ma *altri* “giudizi di valore” hanno un carattere *sociale* sia perché la loro elaborazione è frutto di un impegno collettivo sia perché il loro riconoscimento richiede un avallo istituzionale che per forza di cose è di carattere pubblico.

Qui sta la fonte del principale contributo di Pagni alla medicina contemporanea, ossia il chiarimento che i “valori” permeano l’attività clinica a tutti i livelli, e prima di tutto al livello della *scelta personale* che prende corpo nel consenso informato. Affinché ciò possa prendere corpo nella concreta realtà, comunque, la *scelta personale* deve ricevere un avallo istituzionale da parte della deontologia professionale.

4. Il principale contributo di Pagni alla medicina: il Codice deontologico 1998

Avendo Pagni riconosciuto che un aspetto fondamentale della pratica clinica sta nel “giudizio di valore”, la prima applicazione di questo risultato teorico riguarda l’istituto del consenso informato che ha rivoluzionato il rapporto medico-paziente. L’aver

30 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 135.

31 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 63.

vissuto la grande trasformazione della medicina intervenuta negli ultimi decenni gli ha consentito di avere grande consapevolezza del cambiamento e di vederne pregi e limiti. Agli inizi della professione, infatti, quando ancora non c'erano gli strumenti e la medicina si basava su osservazione e ragionamento, Pagni sapeva bene che "i cittadini, fiduciosi ed un po' in soggezione nei confronti dei medici, non rivendicavano alcuna partecipazione diretta alle loro decisioni"³². In quel contesto il medico operava a volte senza anestesia e riceveva anche la gratitudine dell'eroica vittima³³, che era pronta a sopportare stoicamente qualsiasi intervento medico.

Negli ultimi decenni, però, la situazione è rapidamente mutata col rapido mutare dei tempi. Il paternalismo medico, osserva Pagni, poteva funzionare in una società agricola e in gran parte analfabeta, ma viene oggi stigmatizzato come frutto di un autoritarismo precettivo perché non si può continuare ad ammettere che i medici trattino "il malato come un genitore con un bambino" avendo "una totale discrezionalità decisionale per il "bene" del paziente negando a quest'ultimo ogni diritto partecipativo"³⁴. Oggi, si rifiuta il ruolo paternalista del medico "perché, si dice, il paziente è ormai adulto, non è più un analfabeta, ha un grado di cultura e di conoscenze elevato e quindi può decidere liberamente la sua sorte"³⁵. In questo senso va riconosciuto "il diritto dei malati ad essere informati e a decidere autonomamente del proprio destino"³⁶ cosicché "il medico ha l'obbligo di trattare le persone come esseri adulti e autonomi, capaci di prendere le loro decisioni dopo essere stati informati sulle alternative possibili"³⁷. Lo si deve fare non solo per stare al passo coi tempi, ma anche perché il principio di autonomia col connesso consenso informato "è stato imposto ai medici dai tribunali prima che comparisse nelle corsi degli ospedali. Il medico [...] deve armonizzare il suo operato con le esigenze del malato che ha in cura, specialmente nelle decisioni che riguardano "la fine della vita"³⁸.

Pur essendo un convinto sostenitore del consenso informato, Pagni sa anche bene che "l'esperienza di ogni giorno ci ha insegnato che la realtà è meno radicale delle teorie, e che neanche oggi mancano richieste di un rapporto genitoriale protettivo da parte di pazienti più fragili"³⁹. Ciò significa che il riconoscimento del principio di autonomia non comporta affatto l'abbandono o il rifiuto del principio di beneficenza che "ha rappresentato, fino dai tempi di Ippocrate, la parola d'ordine dell'etica medica"⁴⁰. Al contrario si tratta di aggiornare l'antica prospettiva: "non si chiede

32 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 98.

33 Cfr. al riguardo l'episodio dell'estrazione di un dente narrato in A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 90.

34 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 159.

35 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 26.

36 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 167.

37 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 159.

38 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 167.

39 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 26.

40 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 167.

[...] al medico di rinunciare ad operare per il bene del malato, ma di *reinterpretare quel principio* [di beneficenza] alla luce del consenso informato del destinatario delle cure⁴¹. Conosce anche bene che a volte le decisioni prese in autonomia sono drammatiche e tragiche, come quelle circa il “caso di un bambino estremamente pretermine, per il quale sono scarsissime le probabilità di sopravvivenza ed è quasi certo un destino di gravissime malformazioni incompatibili con una vita accettabile”⁴². Sa benissimo che “in realtà se l’autonomia del malato è portata all’estremo, e diviene un principio assoluto e senza eccezioni, può produrre aberrazioni non minori di quelle del paternalismo autoritario”⁴³. Riconosce, infine, che l’autonomia può comportare il rischio di una deformazione del rapporto medico-paziente, ossia quella che porta al *doctor shopping* “per il quale il cittadino si recherebbe dal medico come se si rivolgesse ad una “caffetteria” per servirsi come vuole”⁴⁴, manifestando così un atteggiamento che “corrisponde alla cultura di un cliente che si reca a fare la spesa e poco ha a che fare con un rapporto positivo tra un medico e un cittadino che soffre”⁴⁵.

Resta, comunque, che il consenso informato come diritto esclusivo del paziente è stato introdotto in Italia proprio nell’edizione del Codice Deontologico 1998 approvato durante la Presidenza Pagni alla Fnomceo. Come ricorda Pagni stesso, “un evento significativo fu, nel 1998 [...] l’approvazione del nuovo Codice Deontologico [...] dopo due intere giornate di lavori e di dibattiti all’interno della professione. Per la prima volta si prendeva atto che il secolare paternalismo medico, genitoriale e autoritario, era tramontato, che il “paziente” era diventato una “persona” con il diritto di autodeterminarsi, e che le scelte cliniche non potevano prescindere da criteri di appropriatezza, in un SSN dalle risorse limitate”⁴⁶.

Le poche e scarse parole unite al tono dimesso sembrano far pensare che quello sia stato solo uno dei tanti eventi che hanno costellato quattro anni di Presidenza della Federazione dei medici. Può darsi che Pagni non sia intervenuto in prima persona nell’elaborazione del Codice, ma è noto che una Presidenza è caratterizzata anche (e, forse, soprattutto) dalla capacità di dare impulso ai collaboratori, i quali sanno camminare da soli una volta ricevuto l’avvio. Di fatto, al di là del tono sommesso e sotto determinato, l’approvazione del Codice ha comportato un cambiamento epocale: una vera e propria rivoluzione nella pratica clinica, che ha portato al tramonto il “secolare o millenario paternalismo medico” e fatto nascere il “cittadino-paziente”. Questo punto è stato subito sottolineato da Mariella Immacolato la quale in un im-

41 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 167.

42 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 167.

43 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 168.

44 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 27.

45 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 27: “la salute non è una merce da acquistare al mercato ma un valore e un “bene” che non si scambiano”.

46 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 176.

portante saggio ha osservato che “il codice del 1995, e *soprattutto quello del 1998*, mostrano come, almeno sulla carta, i medici abbiano fatto propria la visione della medicina basata sul modello dell'autonomia”⁴⁷. Ancora, ha sottolineato che “il Codice del 1998 segna la chiusura definitiva del modello ipocratico paternalistico del rapporto medico paziente nel momento in cui, all'art. 30, elimina il così detto “privilegio terapeutico” del medico di non dire la verità al malato [...]. Per la prima volta si parla di *autonomia* del cittadino dedicando l'intero art. 34 nel quale si prescrive al medico di tenere in conto le volontà espresse in precedenza dal soggetto, divenuto incapace, e laddove è possibile la volontà del minore e dell'incapace”⁴⁸.

Se si considera che, come osserva sempre Pagni, la “resistenza al cambiamento [...] di fronte alle novità”⁴⁹ è una caratteristica degli umani e che a volte essa è tanto robusta da assumere “i toni di una vera ribellione”⁵⁰, viene da chiedersi se quel passo così importante avrebbe potuto avere luogo con tanta tempestività senza quel solido retroterra di riflessione filosofica che ha caratterizzato l'opera di Pagni e senza la grande attenzione da lui prestata alle esigenze di aggiornamento della medicina. L'approvazione del Codice 1998 non ha risolto tutti i problemi del rapporto medico-paziente, ma ha superato lo spartiacque tra il paradigma tradizionale e il nuovo: il grosso del nuovo discorso è stato accolto, per cui si può dire che su questo punto l'idea centrale della teoria della medicina di Pagni è diventata patrimonio comune della cultura italiana e parte integrante della pratica clinica di questo paese. Ma non solo questo: grazie al quel Codice i medici italiani hanno mostrato di saper stare “sulla palla” e di rispondere efficacemente e tempestivamente alle esigenze dei tempi. L'effetto finale è stato una boccata d'ossigeno per tutti i cittadini e anche per la professione medica, che ha dato prova di essere in grado di dare un significativo impulso alla crescita civile del paese. Forse per questo la “presidenza Pagni” ancora oggi viene avvertita nella memoria collettiva come qualcosa di particolare: anche da parte di chi non ha conoscenza specifica dei fatti particolari che l'hanno caratterizzata è ricordata come qualcosa di livello alto e meritevole di nota.

5. La Medicina Generale come specializzazione *sui generis*

Il luogo primo e privilegiato in cui i “valori” insiti alla relazione terapeutica è senza dubbio il rapporto medico-paziente. Questa consapevolezza ha portato Pagni all'impegno nella Deontologia medica per riuscire a dare un adeguato riconoscimento ufficiale ai “valori del paziente” tramite il consenso informato. Quest'impresa è andata a buon fine grazie all'approvazione del Codice 1998. Tuttavia i “valori” in

47 M. Immacolato, “La rivoluzione silenziosa nella medicina italiana: consenso informato e comitati etici”, *Notizie di Politeia*, 20 (2004), n. 75, p. 41.

48 M. Immacolato e L. Magnani, “Consenso informato e testamento biologico nella legislazione italiana”, *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, XXI (2013), n. 2-3, p. 414.

49 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 167.

50 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 167.

medicina non si limitano al piano individuale, ma sono presenti anche sul piano dell'organizzazione del lavoro con cui viene erogata l'assistenza sanitaria. Pagni ha profuso energie anche in quest'altro ambito, offrendo così un diverso, sostanziale e notevole contributo alla medicina italiana.

Sin da quando ha cominciato a fare il medico, Pagni ha avvertito la presenza di "valori" nell'organizzazione stessa dell'assistenza sanitaria. Come ricorda, "quando iniziai la professione di medico di famiglia questa era ritenuta l'ultima posizione nella scala gerarchica dei valori, dopo quella universitaria e quella ospedaliera"⁵¹. L'esperienza dello scontro generazionale tra i medici "che già esercitavano prima della seconda guerra mondiale, e coloro che, laureati in tempo di guerra o poco dopo la sua fine, avevano iniziato da poco ad esercitare la professione, dopo un corso di studi universitari tormentato e discontinuo"⁵² ha acuito il senso dei "valori" alla base dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria. Infine, il problema è esploso dopo che la riforma sanitaria del 1978 ha fatto emergere la necessità di "adeguare la professione [del medico di famiglia] alle esigenze di una sanità socializzata e sempre più complessa"⁵³ oltre che sostanzialmente ospedalocentrica.

Quest'ultimo aspetto si è rivelato decisivo prima di tutto perché ha avuto concreti effetti sul piano pratico che hanno portato a scarsi investimenti finanziari per la medicina territoriale e per le cure primarie, che ha incentivato la medicina specialistica e depotenziato il ruolo dei medici di famiglia diventato "sempre più marginale e sfuggente"⁵⁴. Merita forse di essere osservato che dal punto di vista teorico l'ospedalocentrismo della sanità è uno dei frutti del paradigma naturalistico-organico sotteso alla medicina scientifica. In esso i giudizi medici sono "giudizi esclusivamente "di fatto"⁵⁵, cosicché il medico, che "conosce" come funziona il corpo umano e perché si ammala, sa anche che cosa fare per il "suo bene" [del corpo]. Quest'idea vale a maggior ragione in ospedale dove la presenza di strumenti più potenti consente di aumentare la conoscenza del corpo e della malattia, e quindi di dare la soluzione richiesta ai problemi di salute.

Tuttavia, come già abbiamo visto, questo paradigma è inadeguato, e i programmi sanitari ad esso informati hanno creato solo illusioni e promesse non mantenute. Un sintomo della situazione sta nella paradossale ma significativa gravissima "crisi di fiducia" dei cittadini nei confronti dei medici e della medicina nell'epoca dei suoi maggiori successi"⁵⁶. Chi sa guardare in faccia la realtà non può negare questa "crisi" del-

51 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 100. E ancora: "L'industria farmaceutica riteneva, allora [anni '70], che i medici specialisti valessero sul mercato trenta volte più dei medici di famiglia perché capaci di influenzarne le prescrizioni di farmaci" (p. 109).

52 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 98.

53 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 117.

54 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 117.

55 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 171.

56 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 172.

la medicina, il cui superamento comporta l'abbandono del paradigma medico tradizionale a favore di uno nuovo in cui il livello biologico sia integrato in un più ampio quadro umanistico e umanizzante che riconosce la presenza dei "valori" non solo nell'attività clinica individuale ma anche sul piano dell'organizzazione.

Sulla scorta del nuovo e più adeguato paradigma valorial-organizzativo Pagni può mettere in luce con forza che oggi molti "pazienti presentano spesso sintomi fisici la cui origine è da ricercarsi soprattutto in cause di natura emotiva o psicosociale [...] piuttosto che in patologie organiche"⁵⁷. Per una serie di ragioni "nell'Occidente industrializzato un'"epidemia" di persone, deluse nelle attese di benessere promesso, che "si sentono" malate. [...] Una volta si conoscevano solo malattie organiche, codificate dalla nosologia e nosografia della clinica, oggi prevalgono le "sindromi", a indicare la presenza contemporanea di molteplici quadri morbosi, di natura biologica, multifattoriale, psicologica e sociale [...] L'uomo occidentale moderno, anche se privo di sintomi clinici riconoscibili dal medico, spesso "si sente male ugualmente": a causa dell'ipocondria collettiva provocata dall'eccesso di informazioni sulle malattie, o perché si "stessa" facilmente per i motivi più vari, o perché l'ambiente di vita e di lavoro gli procurano depressione e ansia, o perché non è all'altezza delle performance sessuali, indicate come normali dai mass media, o perché ha saputo che la sua timidezza è una "fobia sociale" da correggere con i farmaci, o magari perché il suo fisico non corrisponde ai canoni di bellezza imperanti nelle riviste patinate"⁵⁸.

Ciò significa che oggi è mutata la *domanda di salute*, e che la risposta ad essa richiede nuove competenze *mediche*. Di fatto, ogni giorno "oltre alle malattie organiche il medico di famiglia incontra problemi inerenti alle difficoltà della vita: incomprensioni e separazioni dei coniugi, recriminazioni per la sterilità di una coppia, lutti da elaborare, difficoltà dei genitori con i figli naturali o adottivi, infedeltà, omosessualità, mobbing sui luoghi di lavoro, droga, danni provocati dall'etilismo o dall'ossessione del gioco, le difficoltà dell'assistenza dei familiari che lavorano agli anziani disabili, e le violenze domestiche sui minori e sulle donne"⁵⁹. Per risolvere questi problemi non si intende affatto "trasformare il medico di famiglia in un sociologo "diletante" ma è evidente che ogni giorno si troverà a dover affrontare [...] problemi psicosociali complessi e delicati intrecciati con la domanda di salute"⁶⁰.

Questa nuova domanda di salute mostra che la professione del medico di famiglia

57 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 272.

58 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 193 – 194.

59 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 102.

60 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 242. *Il passo continua con le seguenti parole: "Egli [il medico] non potrà risolverli semplicemente ignorandoli, o esprimendo riprovazione morale di fronte a situazioni che contrastano con i suoi convincimenti, se è vero che il suo compito è quello di «fornire a tutti gli individui, alle famiglie e alle comunità assistenza medica primaria, continuativa, completa e coordinata, integrando le attuali conoscenze sanitarie di natura biomedica, psicologica e sociale», come lo definisce il Reale Collegio Australiano dei Medici Generali".*

“è prima relazionale e poi tecnica. Essa si basa fundamentalmente sull’empatia, sull’ascolto attivo, sulla comunicazione e sull’attenzione al linguaggio verbale e non verbale delle persone, anche se alcuni medici preferiscono trincerarsi dietro gli aspetti tecnici riparatori di un danno e trascurare quelle relazioni divenute sempre più importanti e impegnative. Secondo recenti indagini, mentre gli specialisti vedrebbero soltanto un decimo del totale della morbilità psichiatrica, le persone con disturbi psichici che si rivolgono ai medici di famiglia rappresenterebbero il 25-35% del totale dei loro pazienti e, più di un terzo di essi sarebbero diagnosticati e curati come pazienti organici, senza che la loro sofferenza emotiva sia riconosciuta. Il medico di famiglia deve, dunque, orientarsi e distinguere, spesso in fase preclinica e nel breve tempo di un flash diagnostico, una malattia organica in evoluzione da un disagio esistenziale “mascherato”, e conoscere il meccanismo di azione di almeno cinquecento principi attivi, dei farmaci che prescrive o trascrive, rispetto ai circa quaranta di uno specialista”⁶¹.

Inoltre, il *setting* della medicina di famiglia è caratterizzato dal fatto che “il 30-50% della domanda di salute dei cittadini non corrisponde ai quadri di malattia codificati dalla clinica, non ha una base biomedica riconoscibile, né trova riscontro nella letteratura dell’evidenza; la prevalenza delle patologie gravi è modesta, mentre le infermità maggiori si presentano spesso in fase pre-clinica e in modo indifferenziato e il valore predittivo dei sintomi, dei segni e dei test diagnostici è diverso da quello ospedaliero. Il medico di famiglia è costretto a utilizzare abilità di *problem solving* per gestire contemporaneamente più disturbi e patologie, magari intrecciati inestricabilmente con problemi psicologici e sociali, senza potersi “nascondere” dietro l’impersonalità protettiva della tecnica”⁶². Per queste ragioni, il medico di famiglia è istintivamente “orientato al paziente” più che “alla malattia”: oltre “al monitoraggio dell’evoluzione della malattia e dell’efficacia delle cure” è teso “a “prendersi cura” delle persone e a tener conto dei loro valori e della loro concezione di vita”⁶³.

Come si vede, non si tratta di un generico e vago “disagio psico-sociale” ma di quella che possiamo chiamare una “sindrome diffusa” con caratteri chiari e precisi pur in presenza di sfaccettature diverse: una “sindrome diffusa” che è alla base di una forte e specifica nuova domanda di salute che è reale e che non può essere trascurata o addirittura ignorata dall’ambito *medico*. Solo nei casi più gravi questa “sindrome diffusa” riceve una risposta dalle cure specialistiche o dall’ospedale ma, osserva Pagni, essa costituisce il campo della Medicina Generale. Quest’ultima, in effetti, è una specialità *sui generis*, che ha come proprio campo l’“intera popolazione”, la quale ha una precisa e peculiare domanda di salute difficilmente risolvibile altrimenti. È per questo che il medico di medicina generale ha una propria funzione specifica, una propria professionalità con canoni speciali, e “non può più essere considerato un sem-

61 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 103.

62 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 284.

63 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 284.

64 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 290.

plice “filtro” dei ricoveri in ospedale”⁶⁴. Al contrario, “è necessario che il medico di famiglia, insieme ai colleghi ospedalieri, condivida percorsi clinico-assistenziali; è necessario inoltre che si definisca con chiarezza “chi fa e che cosa” in un territorio molto affollato di operatori sanitari, [...] che [si] disciplini insieme la Clinical Governance nell’ospedale e nell’assistenza nel territorio, si investano cure adeguate nelle cure primarie”⁶⁵. In altre parole, si deve procedere a creare una nuova specializzazione autonoma, cui “sono mancati finora fondamenti scientifici autonomi derivanti da ricerche specifiche, soltanto perché di più recente istituzione rispetto alle altre”⁶⁶. Per questo si deve ora svilupparla con propri programmi di ricerca e con verifiche dedicate, in modo da far sì che essa possa assumere una più consistente fisionomia istituzionale.

È forse un po’ troppo semplice credere che la mancanza di ricerche specifiche in medicina generale dipenda solo dalla sua recente istituzione e non piuttosto anche dal fatto che nel nuovo paradigma queste ricerche sono più complesse e difficili. Però la constatazione circa la “sindrome diffusa” e l’indicazione circa il ruolo della medicina generale puntano nella direzione giusta. Ci si deve anche chiedere se l’aver richiamato con forza l’attenzione sulla “sindrome diffusa” non sia un contributo alla medicina tanto importante da essere paragonabile alla puntuale descrizione di una nuova patologia organica, quella per la quale l’osservatore attento entra nella storia della medicina e associa il suo nome alla malattia descritta.

Già il contributo dato individuando la “sindrome diffusa” come oggetto specifico della medicina generale è di grande momento. Ma Pagni non si è limitato a questo. Avendo rilevato che la sanità italiana era sorda alla nuova domanda di salute e refrattaria a dare una risposta istituzionale questo tipo di problemi, senza perdersi d’animo, assieme ad altri colleghi, nel 1982 ha fondato la Società Italiana di Medicina Generale (Simg) per dar voce concreta a questo nuovo ambito della medicina scientifica, presiedendola per i primi quindici anni, fino al 1997. L’impresa è stata favorita dall’avvento delle nuove tecnologie informatiche che negli anni ’80 hanno cominciato a diffondersi consentendo una più agevole raccolta dei dati clinici e una più rapida comunicazione tra i medici di famiglia sparsi sul territorio. Come osserva Pagni, “si può dire che la medicina generale italiana sia stata in gran parte figlia dell’informatica che ci costrinse ad analizzare, definire in dettaglio e disciplinare le procedure dei medici di famiglia nell’offerta di cure in risposta alla domanda di salute delle persone!”⁶⁷.

65 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 290.

66 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 127.

67 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 118. Si può osservare che altrettanto importante è il fatto che l’informatica ha consentito anche “la possibilità di comunicare in tempo reale con i colleghi e il mondo esterno” (A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 280). Come qualcuno ricorderà, Carlo Marx osservava che la classe operaia era più avanzata di quella contadina perché i contadini erano sparsi sul territorio e quindi difficilmente organizzabili, a differenza degli operai che erano invece concentrati nella fabbrica e soggetti a facile comunicazione. Il fatto che l’informatica ora stia abbattendo le distanze e consenta la comunicazione in tempo reale pone i medici di medicina generale in condizioni simili a quelle dei medici ospedalieri operanti in uno stesso luogo.

Com'è nell'ordine delle cose umane, non sono mancati gli ostacoli frapposti da ospedalieri e da universitari uniti a resistenze interne di alcuni medici di famiglia, ma in poco tempo la Simg è decollata come realtà istituzionale. Dopo pochi anni è venuta la Scuola Europea di Medicina Generale per la formazione e l'aggiornamento che ha formato "uno stuolo di ottimi medici capaci di affrontare e risolvere, autonomamente o in collaborazione con universitari ed ospedalieri, i problemi della professione"⁶⁸. Tutto questo è stato sostenuto da un forte impegno editoriale e da "numeroso pubblicazioni dedicate ai quadri clinici più comuni e frequenti nella medicina generale. Infine, un Congresso annuale rappresentò l'appuntamento conclusivo per la verifica dei progressi compiuti dai medici di famiglia nella didattica e nella ricerca"⁶⁹. L'intera impresa – come conclude Pagni – fu resa possibile grazie "all'impegno entusiastico e disinteressato di tanti colleghi"⁷⁰, cosicché "oggi i medici di famiglia sono una bella realtà della medicina italiana, anche se parallelamente la Pubblica Amministrazione non li ha né incoraggiati né sostenuti a sufficienza"⁷¹ e anche se le iniziative promosse "non hanno prodotto tutti i risultati sperati"⁷². Se l'aver individuato con chiarezza la "sindrome diffusa" può essere paragonato alla puntuale descrizione di una patologia organica, si può allora dire anche che l'aver gettato le basi per l'istituzionalizzazione della medicina generale come nuova specializzazione è sicuramente un altro grande contributo di Pagni alla medicina valorial-organizzativa.

6. La medicina e il problema della limitazione delle risorse

C'è come minimo un terzo contributo di Pagni alla medicina che merita di essere almeno ricordato. Dopo aver constatato che i grandi successi della medicina hanno in breve mutato il volto dell'assistenza sanitaria, Pagni si è chiesto spesso "come un Clinico possa oggi conciliare l'economia con l'etica della responsabilità e con la scienza [medica], in un paradigma così rivoluzionato"⁷³ quale quello della attuale medicina. Infatti, il tradizionale e "classico triangolo ippocratico costituito da malattia, medico e malato è stato progressivamente sostituito da un paradigma molto più complesso. Questo corrisponde a una relazione "tra persone" [dotate anche di consenso informato] che coinvolge in successione più medici e molti altri "attori" (professioni sanitarie, mass media, magistrati, associazioni dei cittadini, industria farmaceutica, economia e politiche sanitarie)"⁷⁴. In questo nuovo quadro "la malattia, oggi, è divenuta un problema prevalentemente pubblico e comporta, per la cura e l'assi-

68 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 121.

69 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 121.

70 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 121.

71 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 121.

72 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 121.

73 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 170.

74 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 306.

stenza, l'impiego di ingenti risorse finanziarie⁷⁵.

Per far fronte alla "limitatezza delle risorse economiche disponibili e alle aspettative illimitate di salute di pazienti *impazienti* [...] i Sistemi sanitari occidentali [...] sono indotti a ricorrere a sistemi di revisione esterna della qualità delle aziende sanitarie pubbliche e private per ottimizzare i costi⁷⁶. Così, a partire dagli anni '90 del secolo scorso, si è cercato di contenere la spesa considerando la questione come tema di "interesse quasi esclusivo per l'economia sanitaria"⁷⁷. Si è sviluppata la "fiduciosa convinzione di poter trasferire con successo [...] alle prestazioni sanitarie rivolte alle persone sane"⁷⁸ le "capacità manageriali acquisite in settori diversi" da quelli sanitari e si sono così applicati alla "sanità modelli di analisi, valutazione e controllo propri di altri settori produttivi"⁷⁹.

Gli effetti di questi interventi sono presto diventati visibili in una serie di proteste da parte dei cittadini, i quali si sentono ingiustamente espropriati del "diritto alla salute" posto a garanzia dell'assistenza sanitaria: "Il cittadino attribuisce al "diritto alla salute" [...] un valore così rilevante da "rendere spontaneo il rifiuto dei canoni propri della scienza economica, e di qualsiasi limitazione posta alle azioni necessaria per salvaguardarla o ripristinarla in caso di perdita" (A. Brenna). Per il cittadino non esistono infatti i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), decisi a livello centrale, ma ogni disturbo, per quanto lieve, ogni malessere, ogni malattia, per quanto di minore gravità, sono per lui "essenziali" e meritevoli del riconoscimento del diritto a essere curati gratuitamente, indipendentemente dalle risorse disponibili"⁸⁰. Queste esigenze rivendicate dai cittadini sembrano nascere dal fatto che il modo stesso con cui si cerca di contenere i costi sembra dimenticare "che la salute è un bene e non una merce"⁸¹: c'è il concreto rischio "che il contenimento delle spese per la salute divenga più importante dei bisogni reali dei cittadini"⁸².

Ma i problemi della limitazione delle risorse si estendono anche alla professione medica, la quale si trova ad essere esautorata e a dover subire un profondo cambiamento strutturale della propria professionalità e del modo di intendere la professione. Questo cambiamento era del tutto impreveduto e si presenta quasi ineluttabile, aumentando il disagio. Infatti, osserva Pagni, la subordinazione delle competenze mediche alle esigenze del management aziendale è "in stridente contrasto con la tradizionale e secolare *autonomia e indipendenza libero professionale dei medici* (dura a morire)"⁸³. Di fatto, il medico "in questi ultimi anni ha visto declinare la propria iden-

75 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 183.

76 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 41.

77 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 183.

78 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 183.

79 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 183.

80 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 209.

81 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 183.

82 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 41.

83 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 182.

tità professionale e la “dominanza” del modello biomedico e organico delle malattie, reso critico dalla pluralità delle competenze nella “transizione epidemiologica” dalle malattie acute a quelle croniche, da una accentuata e diversa attenzione dell’opinione pubblica ai problemi psico-sociali della salute”⁸⁴. I vari fattori, tra cui primeggiano le nuove misure di controllo delle prestazioni mediche erogate, fornite hanno “provocato nei sanitari italiani, non sempre preparati a riconoscere e valutare l’importanza del rapporto tra costi ed utilità delle loro decisioni, demotivazioni, disorientamento, reazioni di rigetto o di rassegnata passività”⁸⁵: insomma, anche qui un profondo scontento. Resta che “in un sistema complesso come quello sanitario, le decisioni cliniche non possono ormai prescindere da valutazioni del rapporto tra costi e utilità”⁸⁶ e degli altri vincoli pratici e normativi. La pratica della medicina, quindi, è di fronte a un bivio, perché “se il medico in omaggio ad una malintesa libertà assoluta, non farà propri quegli strumenti lasciandoli interamente nelle mani degli amministratori, dei burocrati e degli economisti, il ruolo sociale della professione non potrà che andare incontro ad un inevitabile declino”⁸⁷.

Ancora una volta, l’attenzione di Pagni al problema del contenimento dei costi è una conseguenza del riconoscimento della presenza dei “valori” nella pratica clinica: all’inizio questi “valori” si presentano nel rapporto individuale medico-paziente (consenso informato); poi essi si ripresentano nel rapporto professionale interno all’assistenza sanitaria (il ruolo della medicina generale); e ora affiorano a un livello ancora più alto e generale nel rapporto tra l’istituzione medica e le altre istituzioni sociali. A questo livello i “valori medici” entrano in conflitto con altri “valori sociali” (i “valori economici”) e si tratta di decidere l’ordine di priorità da assegnare agli uni e agli altri. Un tempo il problema non si poneva perché, quando sulla scorta del paradigma naturalistico-biologico si pensava che la medicina “facesse parte delle scienze biologiche e biochimiche e che i processi morbosi dovessero essere spiegati [solo] in termini anatomico-clinici e fisiopatologici”⁸⁸, era scontato dire che i giudizi medici erano meri “giudizi di fatto”. Ciò creava un immediato e automatico preciso ordine di priorità, perché rispetto ai “giudizi di valore” i “giudizi di fatto” sono come il celebre vaso di ferro tra vasi di coccio o come l’uomo col fucile che incontra un uomo con la pistola: il *fatto* prevale sempre, ahimè!, su qualunque *valutazione*, positiva o negativa che sia. Oggi, invece, il problema della priorità si presenta con forza perché il nuovo paradigma ci porta a riconoscere che la medicina è intrisa di “valori”, cosicché i “valori medici” appaiono confrontabili coi “valori economici” o con altri “valori”. In questa situazione non è più scontato che i “valori medici” abbiano la precedenza sugli altri, può affiorare l’idea che anche la salute sia una “merce” e si diffonde il consumerismo e il salutismo (come salute-mania).

84 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 1.

85 A. Pagni, *Un medico di famiglia nel teatro della vita*, op. cit., p. 182.

86 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 30.

87 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 30 – 31.

88 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 134.

Tralasciando gli altri problemi che discendono da questo quadro teorico, esso ha anche un'altra conseguenza pratica che merita di essere ricordata. Quando il paradigma naturalistico era scontato, era normale pensare che quella medica fosse “*una professione liberale*, autonoma ed indipendente, che operando per la salute del paziente [...] non dovesse risentire dei mutamenti della epistemologia, della società e della storia”⁸⁹; in altre parole fosse immutabile. Inoltre, “si riteneva indiscussa e indiscutibile”⁹⁰ la “dominanza medica” ossia quel peculiare posizione sociale in cui la professione medica detiene un grado elevato di autonomia funzionale col pressoché completo controllo sul contenuto del lavoro svolto entro la professione e il superiore posizionamento della professione mediche rispetto ad altri ruoli medici e forse anche sociali. Sulla scorta di questa preminenza diventa anche quasi naturale o comunque facile esercitare un forte “potere” sui fruitori della prestazione sanitaria, ossia sui pazienti⁹¹. Se, invece, il paradigma naturalistico si dissolve e anche i “giudizi medici” sono “giudizi di valore” come quelli dati da altre professioni, allora non è più scontata né l’immutabilità della professione né tantomeno la “dominanza medica”. Questo l’impianto generale dell’analisi di Pagni al problema del contenimento delle risorse sanitarie. La prospettiva ha come sfondo la situazione storica della medicina, che sembra essere analoga a quella di un fiume che, dopo secoli di tranquillo percorso in pianura, si trova ora ad attraversare tumultuose rapide o addirittura nette cascate. Il medico prima di tutto deve essere consapevole della nuova situazione creata, e poi non può chiudersi di fronte alla realtà o continuare a vagheggiare il passato, o ancora illudersi di pensare di trovare una qualche scappatoia personale, né può arroccarsi nel fortino della clinica lasciando agli economisti e ai burocrati il compito di decidere circa le risorse. Consapevole di non poter continuare a ragionare in base ai vecchi paradigmi, il medico deve accettare la sfida dei tempi nuovi e rispondere con prontezza e tempestività alle nuove esigenze. In un mondo in cui tutto cambia rapidamente, i medici devono essere capaci di stare “sulla palla”, perché ogni ritardo è un danno per la professione e per i cittadini. Pagni entra anche nel merito di molte questioni particolari e avanza proposte specifiche di soluzione. Ragioni di spazio unite a considerazioni di prudenza nell’affrontare temi tanto difficili e delicati mi impediscono di approfondire in questa sede le varie questioni. Mi limito pertanto a rilevare che l’attenzione rivolta da Pagni alla tematica è in linea sia con la sua impostazione filosofica sia con la tesi di Bertrand Russell da lui citata secondo cui “la scienza comporta pericoli per la società, ma la fonte di questi pericoli non è il sapere, [...]”

89 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 41.

90 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 201.

91 La nozione di “dominanza medica” non è rigorosamente definita, ma il termine stesso indica con sufficiente precisione l’idea trasmessa. Essa è dovuta al sociologo americano E. Freidson, di cui si può vedere il volume a cura di Giovanna Vicarelli, *la dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 2002.

ma una crescita non equilibrata tra sapienza e saggezza”⁹². In questo caso la “saggezza” riguarda il bilanciamento dei “valori” in conflitto e l’equilibrio tra sapienza [conoscenza scientifica] e saggezza è ciò che ci porta a essere al passo coi tempi, ossia a non ritardare o ostacolare la crescita civile. L’attenzione al problema delle risorse sanitarie è un altro importante contributo dato da Pagni alla medicina valorial-organizzativa.

Conclusione breve

Entrato nel mondo medico nei primi anni ’50 del secolo scorso, Pagni ha avuto esperienza diretta della tradizionale concezione della medicina per la quale la decisione medica era compito esclusivo “del medico che ‘sapeva’ come funzionava il corpo umano e perché si ammalava, e che cosa fare per il ‘suo bene’”⁹³, cosicché i giudizi medici erano “giudizi esclusivamente ‘di fatto’”⁹⁴. Ha elaborato una teoria della medicina che mette in luce come la pratica medica per sua natura comporti scelte di valore e quindi i suoi giudizi non possono essere solo “di fatto”. Sulla scorta di questa ha profuso impegno pratico per il riconoscimento dei valori nella pratica clinica a vari livelli. Nel Codice Deontologico 1998 è riuscito a far riconoscere i “valori” del paziente individuale grazie al consenso informato. Fondando la Simge ha cercato di far riconoscere i “valori” di una professionalità medica, quelli della medicina generale. Infine, richiamando l’attenzione sui temi della limitazione delle risorse ha tentato di far riconoscere i valori a livello sociale, osservando che il valore “salute” è un “bene umano” e non una “merce”. Per questo è un pioniere e alfiere della medicina valorial-organizzativa e va annoverato tra i grandi medici italiani.

92 Citato da A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 163

93 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 171.

94 A. Pagni, *Il Sileno di Alcibiade*, op. cit., p. 171.

Intervista ad Aldo Pagni : una medicina per la società d'oggi

di Sara Patuzzo

Aldo Pagni è specialista in Medicina Interna. Nel 1982 ha fondato la Simg (Società Italiana di Medicina Generale), che ha presieduto fino al 1997. Presidente della FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) dal 1996 al 2000, attualmente è membro della Commissione Deontologica. Ha fatto parte di numerose Commissioni Ministeriali, tra cui la Commissione Unica del Farmaco (CUF), il Consiglio Sanitario Nazionale e il Comitato Nazionale di Bioetica. Ha diretto le riviste Medico d'Italia, Federazione Medica e Rivista Simg. Da dieci anni dirige la rivista Professione & Clinical Governance, ora Decidere in Medicina. È autore di alcuni libri: L'equipe residente, Il Sileno di Alcibiade, Un medico di famiglia nel teatro della vita, Medici e Manager, La prescrizione dei farmaci (con Carlo Manfredi) e recentemente ha curato, con Sergio Fucci, il Manuale della Professione Medica. Deontologia, Etica, Normativa.

Dr. Pagni, anzitutto La ringrazio di avere accettato questa intervista. Se dovesse fare un bilancio, come descriverebbe i Suoi rapporti con i colleghi e quelli con la FNOMCeO, di cui è stato anche Presidente per quattro anni, nel corso della sua carriera?

Fino da ragazzo ho sempre detto quello che pensavo e quindi i miei amici sono sempre stati amici veri. Per il resto, con molti altri, ho avuto un rapporto improntato alla lealtà e al rispetto formale.

Non ho mai brigato per ottenere o mantenere cariche, ma non vorrei che questa seconda affermazione fosse scambiata per presunzione, perché non posso negare che il consenso degli altri non sia gratificante, quando è spontaneo e non sollecitato.

In una parola non sono mai stato troppo politico, nel senso deteriore che si attribuisce al termine, e chi assume una carica dovrebbe mettere in conto di poter essere sconfitto dagli avversari, e avere il desiderio e la capacità di ricercare anche qualche comprensibile compromesso.

Quanto alla FNOMCeO, non posso negare che gli anni della Presidenza non mi abbiano dato molte soddisfazioni personali insieme a qualche comprensibile amarezza.

La mia vicenda presidenziale si conclude dodici anni orsono, e non meriterebbe di essere rievocata se una storia di grottesche rivalità tra le persone non fosse iscritta nei rapporti tra ordini e sindacati medici, e nella sudditanza totale di quelli a questi durante il secolo scorso.

Quando nel 1910 fu promulgata la legge che istituiva gli Ordini dei Medici (soppressi dal Fascismo e ripristinati nel 1946), il Legislatore si preoccupò soltanto di contrastare gli atteggiamenti filantropici e socialisti dei medici del Nord.

Quella legge, infatti, per tenere i medici fuori dalle scelte di politica sanitaria, vietò l'iscrizione all'Ordine ai medici dipendenti, e la riservò solo ai soli liberi professioni-

sti che non avevano rapporti con la Pubblica Amministrazione.

Furono necessari più di cinquant'anni prima che anche i medici dipendenti potessero iscriversi agli Ordini, e fu soltanto per analogia con l'iscrizione di un ingegnere, pubblico dipendente, al proprio Albo.

L'ordine professionale nacque ambiguo: da un lato, istituzione pubblica, obbligatoria, ausiliaria dello Stato, consultabile sui problemi inerenti la professione quando la legge lo prevedeva, ma, in pratica, del tutto inascoltato e ininfluyente; e dall'altro destinato a un corpo privato e volontaristico di medici, che aveva nel sindacalismo organizzato la sola possibilità reale di dare liberamente voce alle rivendicazioni della categoria.

I contratti di lavoro dei medici che, nei primi anni del dopoguerra erano stipulati da vertici della Federazione, rappresentati da uomini di prestigio personale ma ignari dei problemi della categoria, divennero ben presto di competenza dei Sindacati che, oltre ad avocare a sé questo compito, conquistarono progressivamente anche gli Ordini.

Ogni Ordine provinciale ha una sua storia ed è stato modellato sulla base delle tradizioni culturali locali e delle scelte e delle personalità dei suoi dirigenti, ma la maggior parte dei medici attivi ha continuato a considerarlo uno strumento obbligatorio, utile soprattutto per rafforzare le volontarie aspirazioni dei Sindacati.

Tuttavia, se non vi fosse la mobilitazione dei Sindacati, non sempre sarebbe facile raggiungere il quorum minimo dei votanti previsto dalla legge in seconda convocazione per il rinnovo dei Consigli provinciali.

Non si deve neanche dimenticare che i Consigli nazionali della FNOMCeO, pur con gli scarsi strumenti a disposizione, hanno svolto nel corso di un travagliato Novecento un grande lavoro meritevole di plauso e di ammirazione, se non altro per aver custodito gelosamente e continuamente aggiornato i fondamenti dell'etica medica e della deontologia, il biglietto da visita e la garanzia della credibilità della professione medica nella società.

Se è vero che la bioetica e la deontologia sono discipline complesse tra filosofia, medicina legale e diritto, credo, tuttavia, che ogni medico avrebbe il dovere e l'interesse di conoscere bene il Codice deontologico, che non sempre è stato oggetto di insegnamento durante il corso accademico di base.

Nella primavera del 1996, dopo le dimissioni del Presidente D. Poggiolini, deputato in Parlamento, il Comitato Centrale mi conferì la carica per la rimanente legislatura. L'anno seguente, essendo risultato il primo degli eletti dal Consiglio Nazionale, fui riconfermato alla Presidenza, anche se un membro dell'Esecutivo aveva espresso immediatamente riserve sull'equivalenza automatica tra il responso delle urne e la carica di Presidente.

L'Esecutivo della FNOMCeO era composto dai segretari nazionali dei tre maggiori Sindacati medici (Fimmg, medici di famiglia – Anaa, ospedalieri – Sumai, specialisti ambulatoriali), e dagli odontoiatri. I componenti del CC erano distribuiti in proporzione al peso nazionale degli stessi sindacati, compresi lo Snam e la Cimo.

Anch'io provenivo dalla Fimmg, ma dopo la prematura scomparsa del segretario nazionale Mario Boni, un uomo dotato di grande equilibrio, il clima nella segreteria

del sindacato era cambiato con l'avvento di alcuni giovani rampanti.

Personalmente ero convinto che la FNOMCeO dovesse sviluppare una politica indipendente tesa a valorizzare la qualità deontologica e tecnico-scientifica della professione, oltre che a rivendicare all'istituzione un ruolo concreto e autentico, e che operare in sinergia con i sindacati medici, ma tenendo distinte le competenze, avrebbe rafforzato la credibilità delle due istituzioni molto meglio che confonderle.

Ma non era in discussione, almeno apertamente, questo indirizzo di politica professionale a creare contrasti all'interno della Federazione.

Era stato il mio rifiuto opposto all'arrogante richiesta che il Presidente della FNOMCeO "rispondesse del suo operato alla segreteria del sindacato di provenienza", a suscitare prevedibili contrasti all'interno della Federazione, e soprattutto una ferita narcisistica non rimarginabile nel super-ego di chi l'aveva ricevuto.

I rapporti si erano deteriorati a tal punto che, in occasione di un Congresso nazionale della Fimmg in Sicilia, ricevetti una lettera del Segretario nazionale che mi diffidava dal parteciparvi in quanto "persona non gradita" (!). Trasmisi quello "sgarbo istituzionale" per conoscenza ai Presidenti degli Ordini italiani, che risposero con ..un assordante silenzio. In compenso un esponente sindacale del CC fece un'interrogazione scritta all'Ufficio Legale della FNOMCeO per conoscere se nel mio comportamento fosse ravvisabile un "abuso in atti di ufficio", in quanto avevo usato la carta dell'Istituzione per.....un atto privato (!).

Finalmente, l'occasione per chiedere le mie dimissioni fu offerta dall'Antitrust quando intimò che la FNOMCeO provvedesse a un "ravvedimento operoso" con il disconoscimento di una circolare, contraria alla libera concorrenza, inviata agli Ordini perché vigilassero sul rispetto delle tariffe minime di alcuni contratti stipulati localmente dai medici con Casse mutue private.

I giuristi consultati consigliarono di accedere alla richiesta dell'Authority, perché comunque avremmo perduto la causa e saremmo stati condannati, ma il mio invito alla ragionevolezza, in forza del diritto europeo, fu giudicato troppo arrendevole e "inadeguato" per un Presidente che si rispetti.

In CC furono chieste le mie dimissioni dopo gli interventi del Segretario nazionale della Fimmg e di alcuni iscritti a lui molto vicini, mentre gli altri Sindacati si erano ritagliati il ruolo di alleati, ma spettatori silenziosi in attesa degli eventi.

La votazione si concluse a maggioranza con tre astensioni: Milano, Palermo e Como.

Le accuse, condite di demagogica emotività, consistevano, tra l'altro, nel fatto che "avevo trasformato la FNOMCeO in un salotto intellettuale, rinunciando a difendere gli interessi dei colleghi", che "non ero stato capace di battere i pugni sul tavolo dell'Antitrust", né di far vedere loro "che i medici non si facevano intimorire". Per inciso, in quegli stessi mesi l'Authority aveva fatto condannare le Sette sorelle petrolifere e le Agenzie assicurative per violazione delle regole della concorrenza.

Infine, com'era prevedibile, fummo condannati a una pesante pena pecuniaria, ma la situazione si trascinò per alcuni mesi fino alle soglie del 2000, perché non avevo intenzione di dimettermi se non avesse fatto altrettanto l'intero Comitato Centrale. In quel periodo governai praticamente da solo, mentre il CC, che aveva ap-

provato facilmente il documento che motivava le mie dimissioni, trovava sempre maggiori difficoltà ad accordarsi su chi avrebbe dovuto sostituirmi, perché con il passare del tempo gli smaniosi pretendenti a una sola poltrona erano divenuti troppo numerosi.

Dopo un disegno che prevedeva di destinare un membro dell'Esecutivo alla presidenza della FNOMCeO e un altro a quella dell'Enpam, a fine anno furono fissate nuove elezioni, perché intanto i due avevano sgombrato il campo della concorrenza: uno perché si era avvicinato all'attesa sistemazione, e l'altro per un incarico esterno prestigioso e più remunerativo.

I superstiti trovarono, così, attraverso laboriose alchimie, sceneggiate e mozioni degli affetti, una soluzione di compromesso per una presidenza temporanea. Tuttavia, nella successiva legislatura, la logica del "mercantino" si rivelerà decisamente infelice per l'immagine esterna della FNOMCeO.

Non mi ero ripresentato alle elezioni, nonostante le sollecitazioni di molti amici, perché in quel clima non vedevo alcuna possibilità che la Federazione portasse avanti un qualche progetto.

La scelta di irrigidirmi e di affrontare lo scontro, piuttosto che cercare una ragionevole alternativa mediatrice, qualcuno l'avrà giudicata poco abile e poco politica, ma scaturì dall'idea (o dalla presunzione?) che, comunque non valeva la pena sacrificarsi per compiere un impossibile cammino con quel genere di compagni di viaggio.

Non ho mai provato rancore nei confronti dei quattro o cinque protagonisti di quella congiura democratica, e mi è stato più facile compatirli per il loro modo di "essere" e di dare così poco senso alla vita.

Tra l'altro, devo dare atto al principale attore di questa vicenda di essere stato l'unico ad avere compiuto, l'anno successivo, un gesto di imbarazzata respicenza nei miei confronti.

Oggi, il clima è molto cambiato e mi compiaccio con il Presidente Bianco per essere riuscito, con abilità e impegno insieme ai suoi collaboratori, a dare alla Federazione un ruolo di prestigio nazionale, riconosciuto e riconoscibile, in sintonia ma indipendente dai Sindacati, in una situazione certamente più matura del sindacalismo, ma politicamente anche molto più complessa e conflittuale a livello parlamentare che in passato.

Come ritiene sia cambiato nel tempo il mondo medico? Quali erano e quali sono le nuove difficoltà che i medici si trovano ad affrontare oggi?

Il mondo medico negli ultimi cinquanta anni ha subito una trasformazione vorticoso: dalla cultura della malattia a quella della salute, dalla malattia come evento privato a fatto di pubblico interesse, l'inversione della piramide demografica, la prevalenza delle malattie croniche su quelle acute, la centralità del cittadino e i modi di vivere delle persone, il tramonto del paternalismo autoritario del medico, venti milioni di persone che in Italia consultano Internet prima o dopo essere andati dal medico, la progressiva perdita di importanza della visita al letto del malato, la moltiplicazione delle specializzazioni che si occupano soltanto di un organo o di un apparato dell'uomo, la sostenibilità finanziaria di un sistema sanitario come un "valore" che

riguarda anche il medico e il troppo facile ricorso dei cittadini ai tribunali per vera o presunta malpractice.

Ma non sono mancati neanche tanti successi, impensabili in tutti i secoli precedenti: la guarigione di malattie fino a ieri incurabili, la separazione della sessualità dalla procreazione, le attese di un figlio in una coppia sterile, i test predittivi di malattie genetiche o quelli prenatali nella procreazione medicalmente assistita, la mappatura del genoma umano, il mantenimento per mesi e anni di persone in stato vegetativo con minima o nessuna coscienza, la rianimazione di nati fortemente pre-termine con gravi disabilità e a rischio di morte precoce, il trapianto di cellule, tessuti e organi, l'impianto di protesi di vario genere, le diagnosi a distanza con la telemedicina.

Le difficoltà che oggi si trovano ad affrontare i medici in parte sono dovute anche ai successi della medicina moderna, perché sono proprio quelli che hanno richiamato l'attenzione del Legislatore a intervenire su temi eticamente sensibili.

Fino agli anni Ottanta il Legislatore si era preoccupato soltanto che il comportamento del medico non fosse tecnicamente negligente e imprudente, e aveva lasciato agli articoli del codice deontologico il compito di occuparsi del decoro e della condotta morale del medico, oltre che dei rapporti tra colleghi.

La svolta, con una sempre maggiore divaricazione tra deontologia e diritto, si è avuta prima con la legge sull'interruzione volontaria di gravidanza, successivamente con quella sulla procreazione medicalmente assistita, e infine con l'ultima sulle Direttive anticipate di trattamento. Su questi temi che interrogano tutte le coscienze, il Legislatore ha ritenuto correttamente di dover intervenire per garantire il rispetto dei principi dell'etica pubblica, anche se ha finito per sconfinare in precetti tecnico-scientifici suggeriti da una bioetica confessionale, non solo descrittiva ma anche prescrittiva.

Dal canto suo, la FNOMCeO, oltre a richiedere al Parlamento un diritto mite che facesse da cornice pubblica all'etica medica, ha dato ai Codici deontologici del medico dal 1998 al 2006 un'impostazione sempre più attenta ai principi della Costituzione, agli articoli della Convenzione di Oviedo e agli altri documenti internazionali.

Una difficoltà, ignota nei secoli passati, che oggi incontra il medico nella sua professione, è quella di riuscire a conciliare il rispetto e l'attenzione alla soggettività delle persone con la necessaria oggettivazione del processo morboso, per poterlo curare secondo i canoni della scienza, tenendo conto che il cittadino ha in mente un proprio modello "profano" di malattia, costruito sui canoni mediatici, diverso da quello clinico del medico.

Il tempo, l'empatia, la comunicazione e il dialogo sarebbero gli strumenti indispensabili per affrontare una relazione terapeutica che, nel giro di pochi decenni, è passata dalla soggezione del paziente al sospetto delle persone.

Tuttavia, da una parte un medico travolto dagli intensi ritmi lavorativi imposti dalla tecnologia e dall'organizzazione, e dall'altra un cittadino sempre più "informato", ipocondriaco e impaziente, non hanno molte possibilità di recuperare un clima ispirato alla "beneficialità nella fiducia".

Sotto questo profilo, gli Americani sono stati i primi a rendersi conto che la parcel-

lizzazione specialistica era un danno per la professione, e che era necessario recuperare un sapere umanistico del quale la medicina aveva perduto le tracce. E infatti hanno introdotto nelle facoltà universitarie le Medical Humanities. Anche in Italia è stata fatta questa proposta, ma non so con quali risultati concreti.

Una formazione umanistica, insieme a quella biomedica, sarebbe importante soprattutto per il medico di famiglia che, oltre alle abilità e alle conoscenze mediche, deve possedere anche una cultura antropologica, sociologica, filosofica e psicologica.

Come legge il rapporto tra etica e medicina oggi e come ritiene esso si sia modificato nel tempo?

I legami tra medicina e filosofia, molto stretti lungo tutto il Medioevo e in epoca rinascimentale, cominciarono ad allentarsi nel XVII secolo quando, con la nascita del metodo sperimentale, le nuove conoscenze fecero credere alla medicina di essere ormai indipendente da ogni concezione filosofica. Nel XX secolo, dopo il trionfo della medicina biologica ottocentesca e della prima metà del Novecento, la riflessione fenomenologica, il neopositivismo e l'esistenzialismo hanno iniziato a interrogarsi sull'uomo, sui suoi valori e sull'epistemologia della medicina.

Dagli anni Settanta e Ottanta del secolo scorso, la filosofia e la medicina hanno cominciato a ritrovarsi e a comunicare tra loro, almeno a livello di esperti.

L'etica medica, al contrario della deontologia, è rimasta invariata nei secoli e non poteva essere altrimenti, dal momento che è un'attività scientifica volta al bene del paziente. Essa si fonda su tre principi fondamentali: la beneficalità, fare il bene del paziente, la non maleficità, non danneggiarlo, e l'equità, la virtù che consente il riconoscimento di ciò che spetta al singolo in base a un'interpretazione umana di ciò che è giusto.

Il bene del paziente, tuttavia, non è un concetto semplice, e il medico filosofo statunitense, E. Pellegrino, lo ha suddiviso in quattro elementi diversi e commisti tra loro: il bene biomedico, il bene percepito dal paziente, il bene del paziente in quanto persona, il bene supremo, secondo cui il paziente regola le sue scelte.

Il concetto di non maleficità è insieme ancora più semplice e più complesso e non si esaurisce nella malpractice di interesse dei Tribunali. Esso è strettamente collegato al concetto di equità e riguarda ad esempio il ricorso alla cautela di coscienza quando si rifiuta di prescrivere la pillola del giorno dopo senza indicare alla donna a chi potrebbe rivolgersi per ottenere la soddisfazione di un diritto, quando non si prescrivono farmaci nell'interesse del malato ma per motivo di conflitto d'interessi o di comparaggio, quando si ricorre a un'inutile consulenza specialistica per interessi privati, quando nel rapporto rischio beneficio di un farmaco o di un intervento prevale deliberatamente il primo fattore rispetto al secondo, o si danno notizie false a un malato con prognosi infausta, che è cosa diversa da una verità che non uccida la speranza.

Insomma, i casi di maleficità vera o presunta possono essere molto più numerosi che in passato, perché la sanità oggi offre un ventaglio enorme di opportunità, il costo delle cure cresce esponenzialmente e le risorse sono limitate rispetto alla domanda.

La Sua partecipazione a iniziative di carattere bioetico rileva una Sua determinazione particolare rispetto a periodi passati. Quale ritiene ne sia la ragione?

Oggi il pensionamento mi lascia maggiore disponibilità di tempo ma, fino dal 1958, l'anno di laurea, mi sono interessato al Codice deontologico medico e alle sue trasformazioni. Sono stato consigliere e vice presidente di Ordine per oltre trent'anni, e componente del CC della FNOMCeO, addetto alla stampa e alla formazione. Infine, ha avuto un suo peso la passione per la filosofia che ho coltivato (da dilettante) per tutta la vita. Dopo la maturità classica volevo iscrivermi alla Facoltà di Lettere e Filosofia, ma ne fui dissuaso dalla professoressa di Italiano con argomentazioni affettuosamente pratiche, che si rivelarono decisive.

Non me ne sono mai pentito, ma probabilmente ho avuto sempre un'idea della medicina più romantica e letteraria piuttosto che tecnico-scientifica pura, e questa propensione ha trovato un più facile terreno quando ho lasciato la Clinica medica per esercitare la professione del medico di famiglia.

In merito alla Sua esperienza, ricorda se i lavori di preparazione per giungere all'aggiornamento del Codice di deontologia medica del 1995, del 1998 e di quello del 2006 sono stati scorrevoli oppure complicati e hanno richiesto molte riunioni e discussioni?

La professione che per prima ha avvertito l'esigenza di un Codice deontologico è stata quella medica perché il suo esercizio coinvolge i valori più elevati della persona umana.

In Italia, a parte l'elaborazione di Codici locali redatti da alcuni Ordini provinciali, la prima codificazione con efficacia nazionale risale al 1954 (Commissione Frugoni).

Il Codice successivo, fu approvato il 7 gennaio del 1978, circa vent'anni dopo, in considerazione dei mutamenti intervenuti a causa dell'emanazione di nuove leggi e di Dichiarazioni internazionali che avevano riflessi notevoli sul comportamento dei medici.

Dieci anni più tardi quel Codice, che già al momento della sua approvazione presentava i segni di un inesorabile invecchiamento, ormai non era più adeguato ai profondi cambiamenti culturali della società e alle questioni etiche sollevate dalla scienza medica, oggetto di nuove raccolte elaborate da importanti organi internazionali. Sulla base della notevole mole di documenti diffusi tra il 1982 e il 1991 sul progresso biomedico, la FNOMCeO, a distanza di soli sei anni l'uno dall'altro, emanava e approvava due nuove edizioni del Codice di deontologia medica, nel 1989 e nel 1995, che rappresentavano una svolta del tutto nuova rispetto alle precedenti edizioni.

L'etica medica non era cambiata, ma si era complicata per due motivi.

- 1) Ai doveri del medico si affiancavano i diritti dei cittadini, per cui il primo dovere del medico stava nel rispettare "i diritti dell'uomo", sano, malato, fanciullo, adulto o vecchio, libero o prigioniero, povero o ricco, umile o illustre.
- 2) Il progresso tecnologico della medicina, nella diagnosi e nella terapia, suscitava

dubbi, timori e interrogativi nel medico impegnato in uno specifico caso, e poiché si riteneva che egli non sempre avesse un'autentica sensibilità e una preparazione culturale adeguata in tema di etica, il Codice deontologico gli forniva una "guida" (un reticolo di norme etiche dettagliate) per decidere come comportarsi, senza indulgere al semplicismo auto-justificativo di poter agire secondo "scienza e coscienza".

Il progresso della tecnologia aveva convinto gli estensori del Codice che non dovesse esistere una coscienza individuale del medico, ma solo una coscienza "comune" a tutti i medici, perché tutti (religiosi di ogni confessione, atei o agnostici che siano), hanno gli stessi doveri fondamentali e devono sentirne l'imperativo etico.

Oggi, in una società complessa caratterizzata dal pluralismo etico, multiculturale e multi-etnico, e dai diritti senza doveri, con gerarchie "di posto" nell'organizzazione sanitaria, frammentazione di competenze, linee guida basate sulle "prove", protocolli diagnostici e terapeutici, risk management, audit, economicismo sanitario, e leggi su temi eticamente sensibili, potrebbe apparire pretestuoso che il Codice di deontologia medica rappresenti la coscienza comune di tutti i medici. E invece è proprio oggi che, con il progressivo venir meno di un'etica unanimemente condivisa, c'è più bisogno nell'attività professionale del sanitario di una deontologia che, interponendosi tra i presupposti etici e quelli giuridici, sia capace di accompagnarlo lungo "i frastagliati, impervi e scivolosi sentieri della prassi quotidiana, resi sempre più incerti da prescrizioni-indicazioni equivoche, da lusinghe ideologiche o economiche, da conflitti d'interesse, da enfattizzazioni dell'errore e della sanità, dal fervore burocratico regionale, e dalla tentazione di rifugiarsi in atteggiamenti difensivi minimalisti o compiacenti" (M. Barni).

L'articolo 12, Prescrizione e trattamento terapeutico, introdusse alcune importanti novità: l'autonomia del medico di decidere sulla base di conoscenze cliniche e farmacologiche, la possibilità di ricorrere a terapie nuove nell'ambito della sperimentazione e l'utilizzo di trattamenti con effetto placebo.

Nella stesura definitiva non furono invece approvati un secondo e un terzo comma, proposti della Commissione ristretta, che recitavano: "Ogni prescrizione e ogni trattamento devono comunque essere ispirati alle più aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche e alla più scrupolosa osservanza del rapporto rischio-beneficio nonché al rispetto, secondo le osservazioni più accreditate, del minor costo economico e per il paziente e per la collettività Il medico deve inoltre ispirare la propria scelta a principi di razionalizzazione della spesa e di equa distribuzione delle risorse". Nel nuovo Codice deontologico medico del 1998, una formulazione più sobria dell'articolo 12 che recitava: «Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente», richieste al Consiglio Nazionale per la sua approvazione un tempo più lungo, per il maggior numero di interventi in discussione rispetto a tutti gli altri articoli.

Infatti, stentava a tramontare l'idea che il medico non dovesse più occuparsi soltanto di fatti (fare tutto il possibile, anche l'inutile, per il bene del paziente), ma anche di valori, e tra questi anche quello economico, con un suo proprio significato etico.

Questa cultura permeava sottilmente anche la società, all'insegna dell'antico motto: «Per la salute quello che ci va, ci vuole, dimenticando i costi pubblici della sanità, l'inutilità dell'accanimento terapeutico e il rispetto dell'equità e della solidarietà».

C'è una differenza tra le Commissioni deontologiche che preparano le proposte dei nuovi Codici, e la platea più vasta degli altri medici, per due motivi: perché i componenti delle Commissioni ristrette confrontano direttamente le loro idee (la formulazione di una breve frase è frutto di una condivisione lessicale, e di un arricchimento concettuale in un reciproco confronto), mentre il lettore esterno interpreta e decodifica il significato della frase sulla base delle sue legittime idee personali.

È stato interessante rilevare, in alcune circostanze, la differenza sostanziale tra le intenzioni degli estensori di un testo e le interpretazioni, diverse ed incredibili, che ne davano alcuni destinatari. Non so, forse sarebbe di aiuto predisporre un glossario comune specialmente per alcuni lemmi controversi: appropriatezza prescrittiva, uso razionale delle risorse, obiezione e cautela di coscienza, persona, individuo, vita, cittadino, paziente, diritti, doveri, accanimento terapeutico, eutanasia senza aggettivi, test prenatali e eugenetica ecc.

Alle revisioni del Codice Deontologico i rappresentanti degli Odontoiatri presenti nella Commissione deontologica hanno partecipato attivamente?

Gli odontoiatri non hanno in pratica tanti problemi etici come i medici, o almeno così immanenti, anche perché i loro interventi sono prevalentemente tecnici. Tuttavia, anch'essi partecipano attivamente alla stesura del Codice deontologico.

I temi del segreto professionale, quello della prescrizione dei farmaci, del consenso informato, del rischio/beneficio, del rapporto con le persone, si coniugano con gli aspetti squisitamente tecnologici della loro disciplina. Tra l'altro lo studio di un odontoiatra è gravato da una serie imponente di norme che riguardano la sicurezza del paziente e dell'operatore, la manutenzione degli impianti, lo smaltimento dei rifiuti e altre.

Una volta inviata la proposta dei rinnovati Codici di deontologia medica ai vari Ordini provinciali dei Medici, le volontà di modifica da parte di questi sono state tante e sostanziali?

Fino a oggi né tante né sostanziali, anche perché l'impianto generale dei Codici deontologici dal 1995 al 2006 di fatto ha subito pochi cambiamenti. Forse il Codice del 1998 è stato quello più stimolante e discusso, e richiese a Montecatini due intere giornate di lavoro del Consiglio nazionale per confrontare tutte le proposte provenienti dalla periferia e dagli intervenuti. La società cambia in fretta e con essa la sanità, che di quella è un sottosistema, e i Codici invecchiano molto più rapidamente che in passato.

Come premessa al Codice di deontologia medica del 1998, è riportato il Giuramento professionale, poi cambiato. Come valuta oggi la portata del Giuramento professionale? Ha ancora senso giurare sui fondamenti del Codice deontologico?

Un giuramento è un impegno solenne assunto con la testimonianza di valori etici e civili ritenuti irrinunciabili ma, vedendo alcuni sguaiati Ministri della Repubblica che giurano sulla Costituzione e poi si comportano con così poco rispetto nei confronti dei cittadini e della Carta fondante della nostra vita sociale e civile, verrebbe da dubitare se davvero i giuramenti abbiano ancora un valore e un significato.

Con il Giuramento d'Ippocrate, il discepolo della Scuola di Kos prendeva a testimoni tutti gli dei e le dee, affermando che avrebbe eseguito “secondo le sue possibilità e il suo giudizio, questo giuramento e questo patto”, e ciò lo poneva al pari dei sacerdoti, sopra la legge.

Quel giuramento, anche se dall'esegesi incerta, ha un valore storico inestimabile per la professione, ma il suo contenuto doveva corrispondere alle esigenze della società odierna. Infatti, è stato modificato nel 1995, e ogni neolaureato, all'atto dell'iscrizione all'Albo è tenuto a pronunciarlo nella cerimonia dedicata a questo evento.

Quel giuramento non fa riferimento a una malintesa sacralità della professione, è solo un impegno morale e civile del giovane medico nella consapevolezza che il suo primo dovere è il rispetto dei diritti dell'uomo, l'impegno nell'amore e nel rispetto delle persone.

Oggi, in un mondo complesso e in rapida evoluzione, i neolaureati devono essere consapevoli che l'Ordine e la professione sono sottoposti ad attacchi ideologici e a tentativi di espropriazione di un ruolo, che mettono in discussione non solo l'autonomia della professione ma anche la sua indipendenza etica.

In apertura al Codice di deontologia medica del 1998, accanto all'incisiva affermazione sulla vincolatività delle norme per gli iscritti all'albo, è citata una famosa frase del filosofo Jeremy Bentham: “L'etica ha raccolto il nome più espressivo di deontologia”. Ricorda perché è stata inserita questa citazione ?

A proposito della vincolatività delle norme del Codice deontologico per gli iscritti all'Albo, giova osservare per la cronaca che il Codice deontologico non è neanche citato nella legge istitutiva e che, dal 1998, poiché la FNOMCeO è una Federazione, il Codice deontologico approvato dal Consiglio nazionale, composto dai Presidenti degli Ordini provinciali, per avere validità deve essere approvato successivamente con delibera, e recepito anche dai Consigli locali.

Per le recenti professioni sanitarie, invece, il Codice deontologico, pur essendo un atto privato di una categoria, è uno dei tre requisiti essenziali per il riconoscimento giuridico pubblico di una professione!

Fu mia l'idea di aprire il Codice deontologico con quella citazione di Bentham. Lo scopo era quello di suscitare un dibattito nella professione su etica e deontologia, e soprattutto un chiarimento, anche personale, sulla differenza tra il significato filosofico che Bentham aveva attribuito al termine “deontologia”, con il fine della felicità per tutti, e quello più ampio e universale che ha assunto ai giorni nostri. Mi pare che Lei sia stata l'unica a notarla. Complimenti! Credo che ai colleghi quella frase sia piaciuta soprattutto perché dava una patente di alta ascendenza intellettuale al Codice, ma che a molti sia sfuggito che Bentham era un filosofo utilitarista come J.S. Mill,

mentre il nostro Codice si preoccupa di moderare l'etica della convinzione, basata su principi, con quella delle conseguenze delle decisioni, fondata sulle responsabilità.

Si ritiene che la più importante novità del Codice di deontologia medica del 1998 sia il riferimento indiretto al tema delle disposizioni anticipate di trattamento con l'articolo 34 dedicato all'autonomia del cittadino. Ricorda perché e come si è arrivati a questa formulazione ?

L'articolo 34, che introduceva il tema delle dichiarazioni anticipate di trattamento, non nacque nel vuoto pneumatico, ma derivava dalla letteratura internazionale, dall'osservazione di quanto stava già accadendo nel mondo, dalla presentazione nel Parlamento italiano, da parte di deputati radicali, di alcune proposte di legge sul testamento biologico (mai messe in discussione), da alcuni preoccupati messaggi provenienti dal Vaticano, ma soprattutto dai sempre più frequenti timori di imputabilità e di incertezze sui comportamenti da assumere segnalati soprattutto dai medici deputati all'assistenza al morente, dopo il notevole miglioramento dell'efficacia delle tecniche di rianimazione.

Sono trascorsi tredici anni da quel 1998! Solo dopo l'indecorsa gazzarra che è stata inscenata per i casi Englaro e Welby, il Parlamento ha scoperto che era necessaria una legge urgentissima, severa e rigorosa, e dopo due passaggi tra Camera e Senato, per fortuna, non è ancora riuscito a varare una legge macchinosa e inutile come quella in discussione.

In successive audizioni alla Camera e al Senato, la Presidenza della FNOMCeO ha offerto, invano, la più ampia disponibilità a collaborare per migliorare quella legge, ma in un Parlamento vincolato dalla difesa strenua di principi non negoziabili, non c'è spazio per alcuna ragionevole soluzione.

In merito alla fecondazione assistita, nel Codice di deontologia medica del 1995, all'articolo 41 si legge che essa "ha lo scopo precipuo di ovviare alla sterilità al fine legittimo della procreazione". Tale indicazione del "fine legittimo" viene tolto nel relativo articolo del Codice di deontologia medica del 1998 (articolo 42). Ne ricorda la ragione?

L'articolo 41 sulla fecondazione assistita, del Codice deontologico del 1995, si propose di ovviare alle carenze di una legge in una materia così importante e delicata per la vita delle persone.

Alcuni divieti furono suggeriti dalla prudenza e dall'esperienza professionale, altri da episodi mediatici relativi al fiorire di incontrollate iniziative fantascientifiche, possibili ma di dubbia eticità. Ad esempio, ricordo una puntata della trasmissione "Porta a Porta", alla quale fui invitato, dove fu prospettata l'ipotesi di un unico utero disponibile per due sorelle (una era stata isterectomizzata), che avrebbe potuto ospitare due fratelli-cugini, le cui madri, naturali e artificiali, divenivano zie a seconda dei punti di vista.

Ci avalemmo anche della consulenza di un illustre cattedratico di diritto penale. Per non alimentare i prevedibili ostacoli posti alla procreazione "non naturale" da

una parte del mondo dottrinario e culturale, decidemmo fin dall'inizio per una terminologia rigorosa che non turbasse le coscienze: "fecondazione assistita" piuttosto che "artificiale", "allineandosi a quella corrente di pensiero che la definisce come un nuovo modo con cui l'uomo può riprodursi che sembra soddisfare il requisito di neutralità richiesto" (M. Mori).

L'introduzione della locuzione "fine legittimo", relativa alla legittimità etico-giuridica della Fecondazione assistita, richiamò invece l'attenzione di giuristi e bioeticisti di diverso orientamento, fino al rischio di vanificarla.

La maternità era un diritto della donna? Apparteneva solo alla medicina dei desideri? La sterilità comprometteva la salute? La sterilità era o no una malattia?

Paradossalmente, giuristi di destra e di sinistra si trovarono invece d'accordo nel sostenere che avevamo compiuto un vero arbitrio. I medici, sostenevano, non avevano titolo per sostituire (?) le leggi dello Stato in una materia così rilevante sul piano etico-giuridico per la società.

In realtà, dietro i sofismi intellettuali di alcuni, si nascondeva il retro-pensiero che non esisteva il diritto di ricorrere legittimamente alla Fecondazione assistita. In quella occasione Maurizio Mori scrisse che la sterilità "non necessariamente influisce in modo negativo sulla salute fisica della donna (anche se in alcuni casi è correlata a un difetto o a una patologia degli organi della riproduzione), ma può avere ripercussioni negative sull'equilibrio psichico della stessa ingenerando così uno stato di malattia".

L'Italia è la patria del diritto e i nostri giuristi sono eccellenti maestri capaci delle disquisizioni più raffinate ma, a volte, vorremmo un po' più di attenzione ai bisogni delle persone e un po' più di common law anglosassone nel nostro costume.

Nel 1998, per porre fine a una sterile polemica, togliemmo dall'articolo il "fine legittimo della procreazione", e aggiungemmo "È fatto divieto al medico, anche nell'interesse del bene del nascituro", che in precedenza avevamo dimenticato.

Oggi l'intero impianto di quell'articolo appare superato dalla legge stessa, dalle sentenze della magistratura e dagli effetti del turismo procreativo, ma se è rimasto immutato, anche nel 2006, è stato soltanto perché abbiamo considerato che la Legge 40/2004 e le relative linee guida siano lesive della libertà procreativa della coppia, di un destino vivibile per il nascituro e dell'autonomia tecnico scientifica dei medici.

L'articolo destinato ai test predittivi, tuttavia, deve essere corretto con il titolo "Test prenatali", quando si tratta di prevenire malattie genetiche trasmesse all'embrione, e nessuno pensi che ciò equivalga all'eugenetica nazista.

Come si arrivò alla formula "cautela di coscienza"?

Le raccomandazioni contenute nell'articolo 42, Informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione, non si discostano da quelle del precedente Codice deontologico del 1998, e si richiamano alla tutela della salute definita dall'OMS come un completo benessere fisico, mentale e sociale, che non consiste solo nell'assenza di malattia o di infermità, ma è condizionato anche da fattori biologici e psicologici.

Ma questo articolo si coniuga con il 22, Autonomia e responsabilità diagnostico te-

rapeutica, nel quale si afferma che “il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza e con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera a meno che questo comportamento non sia di pregiudizievole nocimento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento”.

Il diritto all'obiezione di coscienza, di matrice liberal-democratica, affonda le proprie radici nel dettato della Carta Costituzionale che, riconoscendo e garantendo le diverse impostazioni culturali e ideologiche presenti nella società, legittima e regola la possibile insorgenza di contrasti tra coscienza individuale e collettiva. Tuttavia l'estensione di un simile diritto si presenta nella sua pratica applicazione con confini assai incerti, e limitato dal possibile conflitto con altri beni di pari rilievo costituzionale (diritto alla salute, articolo 32), per cui la libertà di coscienza può essere legittimamente esercitata solo in presenza di una disciplina legislativa che componga positivamente i termini di quel conflitto, mediante la riserva che non provochi danno alla salute delle persone.

Infatti, tale principio si ritrova nelle leggi relative al servizio militare (obbligatorio), alla sperimentazione e vivisezione animale, all'interruzione volontaria di gravidanza e alla procreazione medicalmente assistita.

Fin qui le norme specifiche che riguardano l'obiezione di coscienza.

Ma il 28 maggio del 2004, l'Ordine dei Medici di Venezia aveva posto al Comitato Nazionale di Bioetica il quesito se il medico potesse appellarsi all'obiezione di coscienza per rifiutare la prescrizione di Levonorgestrel, farmaco contraccettivo di emergenza post-coitale, ritenuto avente effetti abortivi. Il CNB, non essendo chiaro dalla ricerca se il farmaco avesse un'azione intercettiva o abortiva, non poteva riconoscere il diritto all'obiezione di coscienza nell'ambito della legge per l'interruzione di gravidanza. Per questo motivo ricorse alla locuzione “cautela di coscienza”, che lasciava immutata la libertà di coscienza del medico garantita dalla Costituzione e dal Codice deontologico, senza introdurre nessun ulteriore sovrastruttura giuridica.

Il personale sanitario dovrebbe tuttavia ricordare che, oltre al diritto all'obiezione di coscienza, esiste anche il sacrosanto dovere e la responsabilità di assistere e di prendersi cura di chi soffre o di chi è in imminente pericolo di vita, come dice la legge. Non si salva la coscienza, e non credo che ci si guadagni nemmeno il Paradiso, mettendo sulla porta di uno studio un cartello vilmente afasico e offensivo per le persone, con la scritta: “Qui non si prescrive la pillola del giorno-dopo”. Peraltro oggi, con la pillola dei 5 giorni successivi, decade anche l'urgenza di assumerla entro 12, 24, 48 ore dal rapporto, per avere la massima efficacia.

A Suo avviso, qual è la ricaduta della deontologia medica, e in particolare del Codice di deontologia medica, nel mondo medico?

La maggiore soddisfazione è quella di trovare spesso nelle sentenze dei magistrati la citazione di alcuni articoli del nostro Codice.

La professione del medico oggi ha a disposizione uno strumento e una guida indispensabile per orientarsi di fronte ai problemi etici che si presentano ogni giorno alla sua attenzione. Certamente non è il Manuale delle Giovani Marmotte, e non con-

tiene soluzioni pratiche immediate nei confronti del singolo caso. Per questo è necessario che sia tenuto vivo e approfondito il dibattito e la riflessione sulla deontologia, per far sì che dai principi generali si possano dedurre comportamenti specifici corretti, e viceversa.

In concreto, quando siamo in presenza di un accanimento terapeutico? Al-l'eutanasia, oltre a un assoluto rifiuto, possono essere attribuiti deontologicamente altri aggettivi?

Il problema principale è che non è carente nei medici italiani il sapere scientifico che, forse, è anche ridondante rispetto alle esigenze, ma quello che non si può insegnare è la qualità del dialogo e della comunicazione, e l'impegno a tutelare i diritti della persona e della sua libera dignità, che pervade implicitamente o esplicitamente tutto il Codice di deontologia medica.

Ogni medico ha diritto alle proprie scelte religiose, ma le norme deontologiche prescindono dalle etiche confessionali, dall'agnosticismo e dall'ateismo di chi esercita la professione, e sono ispirate a una religiosità interumana di tutti i medici, fondamento di ogni cura dell'Uomo sofferente.

La funzione sociale della professione medica, in virtù del possesso di determinati requisiti tecnici, morali e sociali, è quella di intermediazione nei riguardi di esigenze fondamentali dei singoli e della collettività.

Per questo, di fronte alle implicazioni etiche derivanti da procedure tecnologicamente complesse e innovative, abbiamo consultato le società scientifiche competenti nel settore e ascoltato con grande interesse le diverse posizioni assunte dalle associazioni confessionali aderenti ai credi più diversi.

Qual è la Sua lettura dei rapporti tra Codice deontologico e diritto? In particolare, pensa che il Codice di deontologia medica dovrebbe anticipare o piuttosto seguire la legislazione in bioetica? A Suo avviso il Codice deontologico dovrebbe diventare una legge vera e propria o è giusto che rimanga un'autoregolamentazione interna alla categoria professionale medica?

Questi argomenti, di interesse giuridico, filosofico, medico, storico e di costume, sono molto complessi, intrecciati e controversi, per cui le mie risposte non potranno che essere modeste opinioni personali, dettate più dall'esperienza che da specifiche competenze dottrinarie. Cominciamo dall'ultima relativa all'eventuale trasformazione del Codice deontologico in legge.

All'inizio del secolo scorso, un Autore francese aveva scritto: "La déontologie est une morale qui aspire a devenir un droit".

Nel settembre del 1995, il Ministero della Sanità francese, con la firma del Ministro della Sanità e di quello della Giustizia, emanava, in accordo con i colleghi transalpini, il nuovo Codice deontologico dei medici francesi, che così diveniva legge dello Stato, mentre il nostro rimaneva un'insieme di norme extragiuridiche private.

Dopo quell'episodio, in Federazione affrontammo spesso questo argomento, specialmente quando si incontravano difficoltà nell'espletamento dei procedimenti disciplinari, ma l'opinione prevalente fu sempre contraria a soluzioni "alla francese".

Avremmo certamente guadagnato una maggiore forza giuridica del Codice deontologico, ma avremmo perduto l'autonomia e l'indipendenza della professione nella formulazione delle sue norme, e soprattutto un Codice-legge dello Stato avrebbe perduto la ricchezza e la flessibilità che caratterizza il nostro.

È vero che i medici avrebbero potuto partecipare all'aggiornamento delle sue norme, ma l'esperienza italiana ci ha insegnato che nel nostro Parlamento avremmo incontrato ritardi, pressioni e veti incrociati, paralizzati dalla contrapposizione ideologica e dei partiti che, forse, in Francia è meno acuta e pesante.

Il rapporto del Codice deontologico con la bioetica, non si può esaurire in poche frasi. La bioetica nacque intorno agli anni Settanta del secolo scorso con l'intento di costruire un ponte tra la cultura umanistica e quella scientifica, ma in seguito è divenuta una disciplina sistematica con molte differenti identità.

In un momento nel quale pareva crollata la certezza illuministica dell'identità tra il progresso scientifico e il bene delle persone, era inevitabile che la bioetica prendesse in esame anche temi e valutazioni che da sempre erano state di pertinenza della deontologia e dell'etica.

I massimi benefici della bioetica si sono visti in ambito culturale-normativo, tanto nello sviluppo di idee e di impegni nazionali (i primi documenti del Comitato Nazionale di Bioetica), quanto nella liberazione dei Codici deontologici da vetusti e superati impacci corporativi e autoreferenziali.

Meno produttivo si è rivelato invece il rapporto tra bioetica e diritto, soprattutto nell'elaborazione delle leggi quando il Parlamento ha creduto di poter dimenticare quelle del biodiritto, destinate a una società multiculturale, e del pluralismo etico.

L'iniziale luna di miele tra bioetica e deontologia, infatti, è durata poco fino a giungere all'attuale incomunicabilità. Da una parte per l'implosione dei diversi paradigmi filosofici che hanno dato vita a veri e propri modelli di bioetiche diverse, e dall'altra molto per la devastante tempesta ideologica, dottrinarie e legislativa scatenata intorno ai valori della persona e quindi agli scopi stessi della medicina, e per lo sdegnoso arroccamento su posizioni di intransigente assolutezza morale assunto dagli addetti ai lavori in Parlamento.

La deontologia medica italiana, soprattutto dal 1995 a oggi, ha fatto tesoro dei principi bioetici fondamentali e li ha condensati nei Codici deontologici ricercando nella relazione tra il sanitario e la persona assistita una diversa attenzione ai valori della vita, della libertà e del benessere individuale e collettivo, essenziali quanto quelli tecnici, ispirandosi alla Costituzione, alla Convenzione di Oviedo e a tutti gli altri documenti internazionali che si propongono la salvaguardia reciproca e bilanciata, di chi ha il dovere di curare e di chi ha il diritto di essere curato.

Sul tema della giuridicità o meno del Codice deontologico, ho tenuto una relazione in un Convegno a Palermo nel luglio di quest'anno, ma sarebbe troppo lungo in questa sede riprendere le argomentazioni che riguardano un tema tuttora molto controverso.

In sintesi, Le dirò che nella giurisprudenza della Cassazione si rinvencono due orientamenti.

1 Le disposizioni dei Codici deontologici "se non recepite direttamente dal Legisla-

tore, non hanno né la natura né le caratteristiche di norma di legge, ma sono espressioni di poteri di autorganizzazione degli ordini”.

- 2) “Le norme deontologiche hanno valore giuridico, cioè sono vere e proprie fonti normativa a tutti gli effetti e non solo regole interne alla categoria” (riferita al Consiglio Forense).

Già nel 1999, negli Atti della Certosa di Pontignano, si chiedeva che la deontologia rappresentasse una fonte non secondaria di riferimento per la dottrina e la giurisprudenza, e che avesse un rilievo giuridico almeno sub-primario nel recupero di valori etici socialmente riconosciuti.

Per anni, nei trattati di medicina legale si è scritto che le norme dei Codici deontologici avevano carattere extragiuridico, ed erano quindi destinate a soccombere se in contrasto con le leggi vigenti, tautologiche se le ripetevano.

Alcune correnti della dottrina giuridica sostengono l’opportunità che lo Stato si ritragga in alcuni settori e li affidi all’autoregolamentazione dei corpi sociali, e qualificano i Codici deontologici come fonti del diritto, sebbene sub-primarie o regolamentari, direttamente applicabili.

Comunque sia, il potere disciplinare degli Ordini è ancora regolato da una legge del 1950 e credo che, senza una riforma delle sue modalità, sarebbe difficile trasformare le Commissioni disciplinari in organi giudicanti che amministrano leggi.

A Sanremo, in due successivi convegni, furono poste le basi per discutere sui principi etici condivisi fondanti un futuro Codice di deontologia medica europea. Com’è noto, il percorso è poi proseguito fino al Convegno della scorsa estate a Kos, che ha condotto all’elaborazione della relativa Carta. È possibile giungere alla formulazione di un unico Codice di deontologia medica europeo?

I convegni organizzati a Sanremo dall’Ordine dei Medici di Imperia e dalla FNOM-CeO, ebbero un buon successo anche perché, specialmente il primo, riguardava il problema di disciplinare i rapporti con i medici frontalieri francesi. Il secondo creò le basi per il successivo incontro di Kos, ed ebbe ulteriori sviluppi in incontri svoltisi in alcune capitali europee. Le confesso che, al di là del fascino e dell’Asclepion di Kos, perfino la Carta di etica medica ha potuto affrontare solo un ventaglio di temi sui quali era possibile trovare un accordo. Un Codice deontologico europeo non pare possibile (se rischia anche l’euro e l’eurozona!), perché le tradizioni culturali, le leggi, il biodiritto, l’etica, la storia, l’organizzazione sanitaria e le confessioni religiose dei Paesi europei sono troppo diverse.

Oltretutto in Europa, solo l’Italia, la Francia, Il Portogallo, la Spagna, la Grecia e Malta, hanno gli Ordini dei Medici (gli Ordres di Napoleone), ai quali è obbligatorio iscriversi, mentre negli altri Paesi del Nord Europa le Associazioni mediche sono private e volontarie.

(L’intervista è stata realizzata il 24 novembre 2011)

Biografia di Aldo Pagni

Aldo Pagni è nato a Genova il 30 marzo 1933, mamma genovese e padre di Empoli. Si trasferì ad Empoli già durante il primo anno di vita. In Liguria ha trascorso, dopo la laurea, gli anni del servizio militare.

Ha studiato Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Pisa dove il 19 luglio 1958 si è laureato e poi specializzato in Medicina Interna. È stato Assistente universitario presso la Clinica Medica dal 1959 al 1965.

Da sempre iscritto all'Ordine della Provincia di FIRENZE (n. 2935 dal 22 ottobre 1958 a tutt'oggi).

Il 29 settembre del 1962 si è sposato a Taranto con Mariapia Albano Pagni: hanno avuto due figlie Ilaria e Valentina.

Ha esercitato la professione di medico di famiglia per 40 anni.

Dal 1970 al 2000 è stato Consigliere dell'Ordine dei medici di Firenze, dove ha ricoperto la carica di vice presidente e, dal 1996 al 2000, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO).

Nel 1980, come responsabile del Centro Studi della Fimmg, ha collaborato al progetto Cnr di una cartella clinica informatizzata per problemi.

Nel 1982 ha fondato la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), che ha presieduto fino al 1997.

È stato Direttore scientifico della Scuola Europea di medicina generale (Semg), fondata nel 1985.

Membro della Commissione Unica del Farmaco (CUF), di numerose altre commissioni ministeriali (Aids, Oncologia, Comitato Nazionale di Bioetica) e della prima Commissione per l'Educazione Medica Continua (ECM) promossa dal Ministro della Sanità Umberto Veronesi. Per alcuni anni è stato membro del Consiglio Superiore di Sanità (CSS), componente della Commissione per la formazione del Medico della Commissione Europea a Bruxelles ed esperto del programma CEE "Europa contro il Cancro".

Ha partecipato a numerose Commissioni Ministeriali (Programmazione del Piano Sanitario Nazionale, Tirocinio in Medicina Generale etc.) ed è membro del Comitato Nazionale di Bioetica e del Consiglio Superiore di Sanità.

È autore di numerosi articoli e pubblicazioni, ed è stato direttore del giornale della FNOMCeO, *Il Medico d'Italia* prima e *la Professione* poi, e del mensile *Federazione Medica*, periodico di formazione e aggiornamento dei Medici italiani.

Dal 2002, fino al 2004, dopo avere partecipato a un Corso di formazione sulla Qualità delle strutture sanitarie, promosso dalla Regione Toscana e gestito dal Cermet di Bologna, ha coordinato la Commissione dell'Area vasta fiorentina per l'accredimento istituzionale toscano delle strutture sanitarie pubbliche e private.

È membro della Consulta per la revisione del Codice Deontologico e della commissione scientifica Ecm della Fnomceo.

Svolge attività didattica e relazioni in congressi e convegni dedicati alla sociologia,

deontologia e filosofia della medicina in varie città italiane, per l'ECM, e corsi di formazione specifica in medicina generale.

Nel 1966 ha curato il volume sulla Storia del Cinquantenario della Ricostituzione degli ordini, edito dalla Fnomceo,

Autore di numerosi saggi e pubblicazioni, tra le quali *L'Equipe residente, La prescrizione dei farmaci*, in collaborazione con Carlo Manfredi, *Il Sileno di Alcibiade. Medici, medicina e società*, nel 2009 ha pubblicato, per le edizioni ETS di Pisa, *Un medico di famiglia nel teatro della vita. Ricordi degli ultimi 50 anni della sanità e della medicina di famiglia*. Ha curato tre successive edizioni italiane del trattato *Professione medico generale* di J.Murtagh (Mc Graw Hill). Ha diretto *Il Medico d'Italia, la Professione, Federazione Medica*, e la rivista *Simg*. Dal 2002 al 2012 è stato direttore della rivista *Professione*, delle CG Edizioni Medico Scientifiche di Torino, con la quale ha pubblicato nel 2009 *Medici & Management sanitario. Il difficile dialogo tra due culture* e nel 2010, in occasione del Centenario della legge istitutiva degli ordini dei medici, ha curato con Maurizio Benato, un fascicolo dal titolo *1910-2010, I cento anni degli Ordini dei medici. Breve storia degli Ordini, dei Sindacati medici e della professione, tra corporazioni e concertazione, dalla fine dell'Ottocento ai giorni nostri*. Nel 2010, editor in chief, insieme a Sergio Fucci, ha pubblicato il *Manuale della professione medica, Deontologia, Etica, Normativa*, presso C.G. Edizioni Medico Scientifiche di Torino.

Bibliografia di Aldo Pagni

1. *L'Equipe Residente*, La Nuova Italia Scientifica. Roma, 1980.
2. AA.VV., 1946 – 1996. *Per una storia degli ordini dei medici*, a cura di A.Pagni, Fnomceo, Roma 1996.
3. A.Pagni, C.Manfredi, *La prescrizione dei farmaci. Manuale del medico pratico*, CGEms, Torino 2002.
4. J. Murtagh, *Professione Medico Generale. Seconda e Terza edizione italiane*, a cura di A.Pagni, McGraw-Hill Italia, Milano 1999 - 2006.
5. *Il Sileno di Alcibiade. Medici, medicina e società*, CGEms, Torino 2007.
6. *Un medico di famiglia nel teatro della vita. Ricordi degli ultimi 50 anni della sanità e della medicina di famiglia*, Edizioni ETS, Pisa 2008.
7. *Medici & Management Sanitario. Il difficile dialogo tra due culture*, CGEms, Torino 2009
8. A.Pagni, M.Benato, 1910-2010. *I cento anni degli ordini dei medici*, in *Professione & Clinical Governance*, n.3 2010.
9. AA. VV., *Manuale della Professione medica. Deontologia, Etica, Normativa*, a cura di A.Pagni e S.Fucci, CGEms, Torino 2010

