- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.91 Sun, 13 Jul 2025, 09:03:50

Recenti Prog Med 2020; 111: 620-621

Luigi Pagliaro: una stella che continuerà a far luce

LUCA DE FIORE

Luigi Pagliaro

«Il professore dedicava almeno l'ottanta per cento del tempo che trascorreva in ospedale all'attività clinica, svolta al letto del paziente, delegando ad altri i compiti amministrativi. Teneva molto alla visita dei pazienti che svolgeva con grande regolarità in entrambi i piani del reparto, a giorni alterni, per cui vedeva ogni paziente almeno due volte alla settimana, partecipando direttamente al programma diagnostico e terapeutico. La visita si svolgeva così: il professore entrava in sala sempre sorridente, salutava inchinando il capo, e lasciava il passo agli studenti e ai medici donne. Avvicinava lui stesso la sedia accanto al letto del paziente, e con questi, dopo averlo salutato, iniziava un rapporto fatto di complicità e affettuosità. Ciò avveniva stabilendo subito con il paziente un contatto fisico, per esempio tenendone il polso o il braccio. Quindi iniziava l'intervista partendo sempre da dettagli personali del paziente. Chiedeva del suo lavoro, della sua vita, talora facendo commenti sulle origini del cognome o sul luogo di residenza, o ancora su un particolare della sua persona, i baffi o l'accento. Tutto ciò serviva a raccogliere elementi della storia personale del paziente, utili per la diagnosi, ma anche a stabilire un rapporto diretto, basato sulla fiducia. Ogni commento era sempre bonario e complice, mai affettato o censorio o moralistico. Ciò si traduceva nella creazione di un rapporto personale, che si rafforzava nella successione degli incontri. Il professore chiedeva dell'attività lavorativa del paziente a cui si rivolgeva con l'esatto titolo o ruolo; chiedeva della sua famiglia e dei figli, per cui l'anamnesi relativa ai problemi clinici che raccoglieva successivamente era già ricca di tanti elementi, utilizzabili anche ai fini del programma diagnostico e terapeutico».

Questa è l'inizio della descrizione che un giovane specializzando fece del modo di fare il medico di Luigi Pagliaro, morto il 7 settembre 2020. La sua vita professionale si è costantemente incontrata con il lavoro della casa editrice, da quando nel settembre 1969 uscì il suo primo libro sull'epatite virale. Allora, Luigi lavorava ancora al Policlinico di Palermo dove restò fino al 1973, quando fu chiamato all'ospedale Vincenzo Cervello insieme ad altri professionisti di particolare valore. Dopo pochi mesi iniziò la propria attività di insegnamento, prima di Semeiotica medica e poi della Clinica medica, continuando ad essere medico ospedaliero esclusivamente concentrato sull'attività pubblica.

Lasciava parlare il paziente su ciò che era più importante per lui, ascoltandolo senza distrarsi…

«Nel processo di raccolta dell'anamnesi il professore partiva da domande ampie, non specifiche, e lasciava parlare il paziente su ciò che era più importante per lui, ascoltandolo senza distrarsi e senza prendere mai appunti. In una fase successiva, poneva quesiti più specifici orientati sui singoli problemi emergenti dalla conversazione ed indirizzati alla verifica delle ipotesi già formulate. In tale momento dell'incontro con il paziente, utilizzava anche dati anamnestici raccolti e filtrati dal medico della sala, incorporandoli nella sua personale valutazione. Visitava i pazienti con cura, garbo e gentilezza, evitando di denudarli davanti ai medici e studenti che osservavano; se alzava la camicia da notte a una donna, tirava su il lenzuolo per coprirle le gambe, e non dimenticava mai un paziente scoperto. Alla fine metteva a conoscenza il paziente dell'ipotesi guida, gli comunicava il programma e dava molta importanza alla sua rassicurazione. Il professore era sempre facilmente raggiungibile dai pazienti o dai suoi familiari, la porta del suo ufficio era sempre aperta, non aveva alcuna anticamera o un segretario che facesse da filtro. Arrivando presto al mattino, alle 7, i parenti dei pazienti potevano raggiungerlo per chiedere informazioni sul congiunto o sui programmi diagnostici e terapeutici».

La particolare capacità didattica che era propria di Luigi Pagliaro si nutriva delle letture più varie, delle quali restituiva il significato più profondo nelle lezioni agli studenti e nelle letture congressuali. Fortunatamente, anche nelle conversazioni con gli amici, sempre improntate ad uno straordinario *understatement*. Sorrido al ricordo di una delle ultime telefonate, nelle quali mi chiedeva un consiglio su come raggiungere piazza del Quirinale di sera: pensando andasse a visitare una mostra alle Scuderie, gli chiesi di quale artista si trattasse e mi sentii rispondere "In realtà, devo andare con mia moglie a cena da un amico".

Chi fa il mio mestiere è sempre ad un incrocio dove si incontrano tante persone, molte delle quali fanno mestieri diversi. Talvolta il nostro ruolo è quello di fare andare d'accordo amici che non ti pare possibile non possano essere legati da stima reciproca. Ma non sempre si riesce. Non è una rivelazione, ma a Luigi proprio non piaceva l'adesione acritica ai principi della medicina delle prove ma gli sono riconoscente perché proprio queste sue perplessità mi hanno regalato ore di conversazione di straordinario interesse.

«Le "distrazioni" che spostano l'attenzione dai pazienti in carne e ossa alle "evidenze" cartacee o dal web (sui test, per la diagnosi; sui trial e sulle metaanalisi per la terapia) sono quelle raccomandate dai

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.91 Sun, 13 Jul 2025, 09:03:50

corifei della medicina basata sulle evidenze, introdotta in pompa magna nel 1992 da un gruppo di lavoro internazionale e salutata con ironica deferenza da Feinstein e Horwitz nel 1997: 'Within 5 years of the first proposal, evidence-based medicine has received enthusiastic endorsement from editors of prominent journals, achieved the publication outlet of its own new journal, and acquired the kind of sanctity often accorded to motherhood, home, and the flag'. Da allora, la medicina delle prove è circondata da fideistico rispetto, benché l'assenza di indizi di utilità per la pratica medica sia chiara da sempre, e malgrado in anni recenti le tre "Bibbie" (pubblicate nel 2002, 2008 e 2015) siano risultate assai poco convincenti nel metterne in luce i presunti vantaggi. Sono almeno tre i motivi che pongono all'EBM riserve difficilmente superabili: primo, l'approccio dell'EBM alla diagnosi è povero e concettualmente sbagliato: l'EBM concentra l'attenzione sui test, mentre ignora gli aspetti cognitivi della diagnosi e gli errori diagnostici, che sono nella pratica gli errori associati alla maggior incidenza di eventi avversi gravi e di mortalità. Secondo, nel campo della terapia, suo tema prediletto, l'EBM restringe la sua attenzione ai trial clinici randomizzati e alle meta-analisi, che sono tipicamente population-derived research e che hanno come tali riconosciute limitazioni come strumenti direttamente applicabili alle decisioni cliniche nei pazienti individuali: 'The paradox of the clinical trial is that it is the best way to assess whether an intervention works, but is arguably the worst way to assess who will benefit from it' e 'Between measurements based on RCTs in the community there is a gulf which has been much under-estimated', scriveva Archie Cochrane. Terzo, come Rawlins, chairman del NICE inglese, scrive nella Harveian Oration del 2008: 'The notion that evidence can reliably places in hierarchies is illusory. Hierarchies place RCTs on an uncomfortable pedestal for while the technique has advantages it also has disadvantages. Rather, decision makers need to exercise judgement about whether (and when) evidence gathered from experimental or observational sources is fit for purpose'».

Per Luigi, il dottore (sì, il *dottore*, parola che rendeva meglio rispetto a *medico*) che si occupa del malato deve saper stabilire una relazione umana con la persona che ha davanti, saper fare la diagnosi e saper indicare una cura o essere consapevole di non essere in grado o di non voler indicarne una. E la capacità di riflettere sulle esperienze avute ha un'importanza che la medicina delle evidenze non è stata capace di valorizzare. Allo stesso modo, il percorso diagnostico deve tener conto sia del pensiero veloce, sia del pensiero lento, come spiegato da Kahneman.

Nei primi anni dopo il Duemila, la decisione di Nello Martini di affidare alla neonata Agenzia italiana del farmaco una funzione anche formativa rese possibile la condivisione del lavoro ad un progetto straordinario come l'ideazione e la costruzione delle pagine del Bollettino di informazione sui farmaci. Con Antonio Addis a governare la brigata, ci si ritrovava ogni mese intorno ad un tavolo insieme a Luigi, Gianni Tognoni, Marco Bobbio, Nicola Montanaro, Paolo Preziosi ed altri amici e amiche che suggerivano argomenti, stimolavano discussioni, scrivevano articoli accettando di non figurare mai personalmente e diventando un esempio per le ragazze e i ragazzi che ieri sedevano con noi e oggi hanno un ruolo importante in diversi contesti della sanità del nostro paese. Uno degli autori da lui più amati diceva della capacità delle stelle di continuare ad esistere anche in loro assenza: così sarà sicuramente anche per lui.

«Perché non si deve credere che uno specchio trattenga le immagini che ha riflesso, se d'una stella estinta ci giunge tuttora la luce?» (Gesualdo Bufalino).

«La destinazione più impegnativa, ma anche più ricca di contenuto umano e intellettuale della vita del medico, è fare il clinico. E io mi considero privilegiato dalla sorte per aver fatto di me un clinico – un clinico che nella sua lunga vita professionale non ha selezionato i pazienti per censo – e un educatore di medicina clinica nell'Università statale; non, o assai meno, un ricercatore».

Come non provare una terribile nostalgia per un amico così?