

L'ultima parte sull'immunologia dei tumori intraoculari è molto breve con studi basati su casistiche ancora limitate. Nonostante ciò è possibile notare l'apertura di nuovi orizzonti sia per la diagnosi che per la prognosi dei tumori intraoculari. Se i dati riportati in questo volume saranno confermati da ulteriori ricerche, si potrà dire che saranno stati fatti progressi veramente importanti in questo campo.

Amerigo Cambiaggi

CRONACHE DI PATOLOGIA

PER LA STORIA DELLA CITOLOGIA DIAGNOSTICA

Il 10 aprile 1966 si svolgeva a Castellammare di Stabia il III congresso nazionale della Società Italiana di Citologia Clinica e Sociale. Erano i tempi in cui la citologia diagnostica veniva di fatto esercitata e gestita prevalentemente da ginecologi. I patologi impegnati in questo settore erano pochi e fra loro purtroppo, salvo rare eccezioni, non vi erano i maestri dell'anatomia patologica italiana.

In tale contesto il dottor Pier Franco Paci, nato e vissuto in Assisi, laureatosi a Firenze ma specializzatosi patologo a Boston, allora consulente citologo presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Bari, uscì con una relazione a sorpresa che, per il suo contenuto, lasciò attoniti non solo l'uditorio ma anche i vari ambienti della citologia italiana di allora. All'oratore fu tolta ad un certo punto la parola con la motivazione ch'era fuori tema, ed il suo discorso non fu ovviamente pubblicato negli atti del congresso.

Ritenendo che quella relazione abbia un notevole interesse storico, e che in talune sue parti possa essere ancora di attualità, se non altro come spunto di discussione di fronte alla crisi organizzativa degli ospedali italiani, la pubblichiamo.

Oggi il dottor Paci è Associate Pathologist del Department of Pathology del Brigham and Women's Hospital di Boston.

Emilio Bronzini

Quando, mesi or sono, mandai il titolo della mia comunicazione alla Segreteria di questo Congresso, io ero da poco tornato in Patria dopo sette anni di tirocinio specialistico patologico e citologico a Boston, presso gli Ospedali e l'Istituto di Anatomia Patologica della Scuola di Harvard.

In questo breve lasso di tempo, tuttavia, le realtà della medicina accademica e ospedaliera italiana si sono sciorinate giornalmente avanti ai miei occhi stupiti, e la mia attenzione ed il mio interesse perciò si sono volti ad un altro problema, ben più importante, a mio avviso, di quello inerente ad «Un depistage di massa in Puglia», come il titolo originale della mia comunicazione diceva.

Mi sia consentito perciò di andare immediatamente fuori tema, sicuro che quanto avrò da dire sarà gradito ad alcuni, spiacerà a molti ed interesserà tutti. Potrei intitolare questa comunicazione «Un'Italica Fenice: il Patologo Clinico».

Chi vi parla è un patologo, esattamente un «Clinical Pathologist», formatosi interamente nell'ambiente della patologia americana, con tutti i pregi e difetti di questa.

Inoltre sono in Italia libero come un uccello, non legato ad alcuna Scuola, Istituto od Ospedale, né perciò costretto alla circospezione e alla prudenza (dovrei dire ipocrisia?) dal timore di veder stroncata la mia carriera, minacciato il mio pane o, peggio ancora, sfumare la mia docenza!

A tutti voi, patologi compresi, io chiedo: quanti hanno una idea esatta del ruolo odierno del patologo nella attività di un Policlinico Universitario? E, giacché ci troviamo in un congresso di citologi, qual'è in Italia la posizione del patologo nella citologia clinica?

Vorrei sbagliarmi, ma da quel che ho visto finora, da noi la utilizzazione moderna della Patologia e la funzione del patologo clinico sono totalmente sconosciute, tranne rarissime, parziali o male intese eccezioni.

Cos'è dunque il Clinical Pathologist? Prima di tutto è un patologo, e non un ginecologo o un internista o un dermatologo. È un patologo con un diploma di specializzazione *vero*, frutto di un tirocinio specifico *vero* e con una esperienza globale *vera* nel campo della morfologia, sia macroscopica che istologica che citologica. Per di più deve essere un clinico sui generis, competente ed aggiornato nella fisio-patologia degli stati morbosi in quanto, e *qui è la caratteristica del patologo clinico*, la sua attività si svolge quotidianamente nell'ambito clinico, vivendo, lavorando, discutendo quotidianamente con i suoi colleghi clinici.

Tuttavia, e ciò è di capitale importanza, egli è ideologicamente, gerarchicamente ed amministrativamente indipendente dal clinico.

Nei paesi anglo-sassoni è stato giustamente definito come il «Doctor's Doctor», il guardiano degli standards clinici di eccellenza e, nelle parole di Shively, patologo dell'Ospedale M.D. Anderson di Houston, «un educatore del suo Staff, dei suoi colleghi clinici, della comunità».

Una definizione sintetica del patologo clinico potrebbe essere questa: egli è un patologo che, per sua vocazione e per loro fortuna, sta tutto il santo giorno fra i piedi dei clinici.

Le sue mansioni sono a noi familiari in parte, ma per i più nuove ed incomprensibili: per esse prendo a modello i Dipartimenti di Patologia del Policlinico Universitario della Scuola Medica di Harvard, senz'altro il miglior complesso ospedaliero universitario d'America.

- a) Effettuare le autopsie ed esaminare tutti e tutt'interi le biopsie ed i pezzi operatorii, comprese tutte le diagnosi al congelatore in sala operatoria;
- b) dirigere i laboratori di citologia e di ematologia, e supervisionare quelli di batteriologia, sierologia e chimica clinica, avvalendosi di personale medico e tecnico fortemente specializzato (ematologi, biochimici, biofisici, bio-microbiologi, citologi, etc.);
- c) presiedere e coordinare il famigerato e temuto «Tissue Committee», la Commissione dei Tessuti cosiddetta, che ha lo sgradito compito di rivedere le bucce di tutti gli interventi chirurgici, affinché errori, interventi non necessari o tecniche sorpassate non passino inosservati;
- d) presenziare alle sedute plenarie (Grand Rounds) delle varie cliniche, dove i casi-problema vengono presentati e discussi senza peli sulla lingua, pronto ad avanzare la sua opinione, richiesta e non richiesta;
- e) scegliere settimanalmente il caso per gli esercizi clinico-patologici e designare un clinico famoso o un assistente novellino che, completamente e veramente all'oscuro della diagnosi patologica, dovrà discutere la diagnosi differenziale ed arrivare alla diagnosi clinica sulla sola base della anamnesi, esame obiettivo ed esami di laboratorio;
- f) insegnare la patologia agli specializzandi;

- g) organizzare l'insegnamento pratico della patologia chirurgica e medica agli studenti di medicina e la formazione dei tecnici di laboratorio;
 h) fare della ricerca.

Vedete dunque qual'è l'importanza e l'insostituibilità del patologo clinico e come il patologo divida assieme al clinico le responsabilità diagnostiche e terapeutiche di ogni caso.

Vedete anche come il patologo clinico corrisponda con i clinici non tanto attraverso il mezzo inanimato di un foglio di carta intestata con su scritto «diagnosi», ma attraverso contatti diretti e continui, in cui i fatti e misfatti di ognuno, anche quelli del Signor Direttore o del patologo stesso, vengono esposti a tutti ed analizzati da tutti, senza pietà né rispetto per alcuno, tranne che per la Verità.

A differenza della ben nota, guardinga, incompleta, imbarazzante e talvolta melodrammatica autocritica delle «prime donne», la presenza continua del patologo e questo trattamento collegiale dei fatti hanno facilitato l'instaurarsi di una critica esterna, completa, lucida, informata e interessante.

Se questo è il patologo clinico, dov'è il patologo clinico in Italia? Tranne rarissime eccezioni, io non ne vedo.

Da noi invece abbonda il clinico-tuttofare, che ha orecchiato un «quanto basta» di patologia o che, nei casi più fortunati e con sforzi non indifferenti, ha conseguito un diploma di specializzazione in anatomia patologica il cui significato reale è in questo caso per lo meno opinabile.

Proprio in questi giorni un giovane ginecologo diplomato in anatomia patologica col massimo dei voti, ha cercato in perfetta buona fede di vendermi una sezione di parete gastrica normale per corteccia surrenale ed un adenofibroma mammario per ipertrofia prostatica! Quel che più mi rattrista non è che questi casi accadano, ma che i Capi Clinica siano soddisfattissimi di questo stato di cose.

E come e quando il clinico espleta le proprie mansioni di patologo? Lo sappiamo tutti: a tempo perso fra una toracotomia ed un ricovero, fra un taglio cesareo ed un dosaggio di 17-ketosteroidi!

Oh, certo, quando la diagnosi si presenta particolarmente «ardua», si porta il vetrino o al massimo un frammento di tessuto all'anatomo patologo, isolato e remoto come un giudice costituzionale.

Ma chi decide che una diagnosi è «ardua»? E quante diagnosi istologiche «facili» sono anche diagnosi vere? Mi è obbligo di coscienza il dubitarne.

E soprattutto il difetto principale del sistema è che il clinico assistente che funge da patologo, manca di quel requisito essenziale che gli dovrebbe permettere di andare oltre la tassonomia di una lesione e di operare il suo controllo in piena libertà, senza timori o rispetti umani: l'indipendenza di cui parlavo prima.

Dunque, ci troviamo ancora di fronte alla genialità, all'eclettismo, alla buona volontà e, lasciatemelo dire, al pressapochismo che, se erano contrabbandabili come legittimi e sufficienti venti o trenta anni fa, oggi hanno perduto qualunque validità scientifica o giustificazione deontologica.

A chi risale la colpa di questo anacronistico stato di cose?

In larga misura al clinico, la cui figura di «Oberartz» di ottocentesca germanica memoria, suprematista, accentratore, insindacabile, paternalisticamente dispensatore di vita e di morte accademiche, regolamenti o consuetudini ancora mantengono in vita.

Ma la colpa maggiore del mancato inserimento del patologo nel milieu clinico o quindi dell'assenza in Italia di una vera patologia clinica, risale agli anatomo-patologi stessi. Costoro godono della necessaria indipendenza e talvolta di un potere politico notevole; ma, per ragioni che in parte mi sfuggono, non hanno saputo o voluto usare questi strumenti verso una realizzazione più dinamica della patologia.

L'isolamento dei patologi italiani dalla medicina clinica quotidiana è un po' come la genesi del ghetto: da una parte il rifiuto della società, dall'altra una volontà positiva di isolarsi. Ciò di solito genera una reazione a catena che aumenta la separazione delle due comunità e produce un fenomeno sociale, nel nostro caso scientifico, assolutamente negativo.

Per quanto riguarda poi la citologia clinica, cerco i miei colleghi patologi e quanto vedo succedere in Italia mi riempie di stupore: oltre alla istologia, concepita dai più come «violon d'Ingres», anche la citologia clinica si diluisce in iniziative eroiche, quanto dilettantesche e disseminate. I colleghi chirurghi fanno la loro brava citologia gastrica e bronchiale, i ginecologi naturalmente quella uterina, gli urologi quella urinaria, e così via, come ai bei tempi.

Quel che si sente dire è «il mio laboratorio di citologia cervicale», «il mio laboratorio di citologia bronchiale», etc.

Tale miopia fa sì che non esistano standardizzazione dei criteri diagnostici, uniformità e fedeltà delle metodiche, costante correlazione istologica ed economia operativa.

Per quanto mi è dato sapere, in Italia c'è un solo Policlinico Universitario che abbia un laboratorio centrale di citologia sistematicamente utilizzato da tutte le cliniche ed i reparti per le diagnosi citologiche su materiale proveniente dai vari reparti, e questo laboratorio è diretto con competenza assoluta e dinamismo da un patologo, e questo laboratorio, permettetemi di essere onesto, è l'unica cosa seria ed organica nella citologia italiana! Il resto è per la maggior parte encomiabile tentativo di volenterosi dilettanti. *(qui l'intervento fu interrotto).*

Non bisogna dimenticare però che gli anatomo-patologi in generale hanno sempre mantenuto un olimpico distacco verso la citologia.

Ma c'è di più: le scuole di citologia recentemente istituite in Italia sono per la maggior parte ospitate o collegate a cliniche o reparti ginecologici e dirette o coordinate da illustri clinici ginecologi, il cui apostolato citologico o la cui dedizione alla morfologia sono indubbiamente totali ed encomiabili, ma i cui impegni clinici e responsabilità amministrative e didattiche non consentono una profonda competenza diagnostica isto-citologica.

Mentre, se prendiamo l'elenco delle scuole di citologia statunitensi, vediamo che tutte sono situate presso o collegate con dipartimenti di patologia e, per logica e per regolamento, sono dirette da patologi.

Come dunque superare questo impasse? Come ridimensionare la figura ed i compiti del patologo? Come portare il patologo nel mezzo della medicina clinica, e con ciò migliorare la qualità sia della clinica che della patologia?

Non so qual'è la precisa strategia da seguire, ma so che mentre noi facciamo i congressi di patologia clinica, gli altri da molti anni stanno facendo la patologia clinica.

In ogni modo credo che la prima mossa spetti ai patologi stessi: essi dovranno decidersi a sciamare dai loro istituti e pretendere che la diagnostica istologica e citologica sia lasciata completamente e rigorosamente ad essi, perché essi ne hanno indiscutibilmente la preparazione specifica, l'esperienza e la visione d'insieme.

Essi inoltre dovranno avocare a sé l'organizzazione e la direzione delle presenti e future scuole di citologia: ne risulterà una migliore impostazione scientifica e didattica, ed un indubbio risparmio di denaro per lo stato, in quanto si usufruirebbe in molti casi di attrezzature didattiche e di laboratorio già esistenti.

Naturalmente i colleghi patologi dovrebbero esser disposti a dare se stessi alla medicina clinica in misura molto maggiore di quanto non facciano ora: il loro «way of life» dovrebbe cambiare a tal punto da non considerarsi più dei patologi, ma dei clinici un po' speciali.

Di questa pacifica invasione beneficeranno i clinici ed ancor più i loro pazienti. I clinici stessi immediatamente potranno apprezzare la presenza costante, l'aiuto prezioso ed insurrogabile, la vigilanza e la critica pronta di «estranei», quali il patologo ed altri seccatori del genere.

Potrà questa rivoluzione aver luogo in Italia? Sinceramente ne dubito, ma lo spero e ve lo auguro, perché è tempo che qualcosa cambi nella decrepita struttura della medicina italiana.

Ma se, per mia vergogna e scorno, io non mi sono accorto che ciò sta avvenendo, nella forma e nel significato che vi ho descritto, allora spero che le mie buone intenzioni giustifichino l'inutile implorazione ed attenuino in me l'imbarazzo di aver sfondato una porta aperta.

Pier Franco Paci

Castellammare di Stabia, 16 aprile 1966