

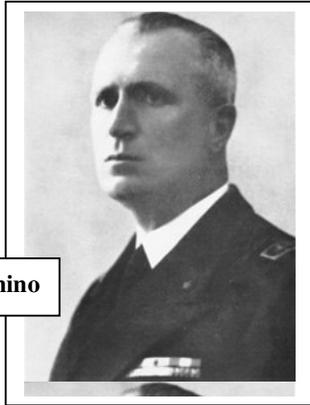
Grandi risultati con mezzi modesti

Di Edoardo Bernkopf

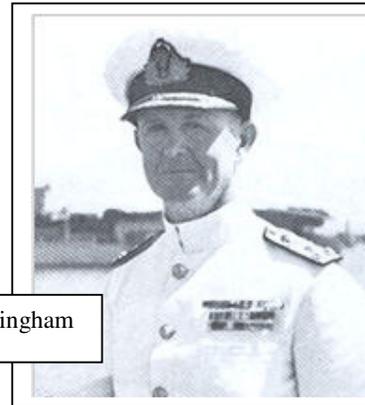
edber@studiober.com www.studiober.com

All'alba del 27 marzo '41 dalle basi di Napoli, Taranto, Brindisi e Messina, con la scorta di numerose cacciatorpediniere, salpavano la corazzata Vittorio Veneto e otto incrociatori ("Trieste", "Trento", "Bolzano", "Zara", "Pola", "Fiume", "Duca degli Abruzzi" e "Garibaldi").

Riunendosi in mare, si apprestavano ad effettuare al comando dell'Ammiraglio Angelo Jachino la più importante operazione navale di superficie concepita della nostra Marina, che intendeva misurarsi direttamente da pari a pari con la Mediterranean Fleet britannica dell'Ammiraglio Cunningham.



Amm. Angelo Jachino



Sir Andrew Browne Cunningham

Lo scontro si svolse al largo di Capo Matapan, iniziò il 28, e finì con la dolorosa perdita di 3 incrociatori ("Pola", "Fiume" e "Zara"), di vari cacciatorpedinieri, fra cui l'Alfieri e il Carducci, oltre al danneggiamento della "Vittorio Veneto", che, colpita da un siluro, riuscì fortunatamente a rientrare alla base.



R.N
Corazzata
"Vittorio Veneto"

La nostra Regia Marina conosceva bene la propria inferiorità, ma un po' per esigenze di propaganda, un po' per orgoglio militare, un po' perché stimolata dagli alleati tedeschi, che ne sollecitavano un impiego più deciso, aveva voluto tentare di misurarsi con il nemico secondo gli schemi bellici tradizionali: e fu il disastro.

In medicina le "regole di ingaggio" con le varie malattie, cioè le indicazioni scientifiche e le Linee Guida che dovrebbero illuminare un corretto approccio clinico provengono prevalentemente dal mondo anglosassone, sostanziale padrone dei mari scientifici, in cui ha imposto anche la lingua, strumento che, è bene ricordarlo, con i suoi limiti spesso contribuisce a limitare anche i pensieri: a forza di scrivere in inglese si finisce per pensare in inglese e alla lunga può risultare difficile non solo poter scrivere, ma anche poter pensare quello che gli anglosassoni non possono pensare.

Sfugge il fatto che quelle anglosassoni e statunitensi in particolare sono realtà mediche economicamente ricche e scarsamente sensibili alla socialità e alla solidarietà: negli Stati Uniti si calcola che più di 45 milioni di cittadini non rientrano nel sistema statale di assistenza medica, in quanto non possono permetterselo: questo ovviamente non scalfisce il valore scientifico delle acquisizioni che il medesimo sistema produce, anzi ne esalta paradossalmente le potenzialità. I risultati delle ricerche scientifiche e le innovazioni concettuali, tecniche e tecnologiche che il progresso determina vengono recepiti in tutto il mondo, per lo più da esponenti di Centri di Eccellenza ben inseriti nei circuiti scientifici internazionali, lodevolmente presenti anche nel nostro Paese. Tali centri, peraltro, per propria natura, hanno incidenza assai scarsa sull'assistenza territoriale di base. D'altra parte, sono per lo più, anche se non unicamente, medici operanti in tali Centri, cioè rappresentanti apicali del nostro Sistema Sanitario Nazionale, ad elaborare le Linee Guida Nazionali.

Queste regole comportamentali, però, vanno a responsabilizzare direttamente Colleghi che operano in un Sistema Sanitario prevalentemente assistenziale e improntato alla solidarietà, e quindi in gran parte non autofinanziato con il diretto o indiretto pagamento dei servizi da parte dell'utente. Per questo, a differenza che nella medicina d'oltre oceano, tale finanziamento risulta cronicamente inadeguato, e soprattutto quantomai disomogeneo dal punto di vista territoriale dalle Alpi alla Sicilia. La maggior parte quindi dei medici interessati dalle regole così fissate, come i marinai imbarcati sulle Regie Navi a Capo Matapan, non possono sottrarsi, e rischiano in proprio la difficoltà di rispondere alle aspettative nei propri confronti e alle sempre più frequenti aggressioni medico legali: spesso, come a Caporetto, l'insipienza degli alti comandi viene scaricata sui soldati.

Difficilmente a seguito della crescita delle necessità "scientifiche" il Sistema può reggerne economicamente e professionalmente all'impatto di una passiva traduzione nella lingua e nel sistema nazionali di ciò che proviene dagli Stati Uniti, in assenza di linee guida e schemi comportamentali nuovi, frutto di nuove e originali elaborazioni "filosofiche" prima ancora che scientifiche o tecniche.

Gli schemi di approccio tradizionale con le malattie respiratorie prevedono l'attenta considerazione di 2 ordini di fattori: l'agente eziologico proveniente dall'esterno (batterio, virus, allergene, elemento inquinante) e le caratteristiche dell'ospite (pattern genetico - familiare, recettività immunologia, eventuale stato allergico): su queste componenti si concentra pressoché tutta la professionalità dei curanti, che, secondo le Linee Guida vigenti, si servono delle tradizionali possibilità terapeutiche: farmacologiche, vaccinali, chirurgiche. Sfugge quasi sempre un elemento: la necessità per gli agenti esterni di servirsi di una "porta di ingresso" nell'organismo del paziente, e che le caratteristiche di questa porta di ingresso possano essere un parametro estremamente importante, non solo nella patogenesi della malattia, ma anche nell'approccio terapeutico.

Lo schema respiratorio che abitualmente si impiega a riposo può essere di tipo nasale (il più corretto e più biologicamente vantaggioso) o orale. Ciò influenza non poco le caratteristiche della "porta di ingresso" di cui sopra. La presenza di uno schema respiratorio orale facilita enormemente l'ingresso di agenti nocivi e bypassa le molteplici difese presenti nella via nasale, difese spesso più efficaci dei sofisticati trattamenti terapeutici di provenienza esterna.

La malocclusione dentale e la malposizione mandibolare sono spesso alla base dell'instaurarsi di uno schema respiratorio orale, e la sua considerazione può risultare determinante anche a livello terapeutico: lo schema respiratorio non costituisce infatti una caratteristica fissa di un soggetto, ma può variare anche spontaneamente nell'arco della giornata e delle sue condizioni psicofisiche, e, soprattutto, costituisce un parametro fisiopatologico modificabile con adeguato trattamento.

Trattare dal punto di vista medico-farmacologico un paziente che continua a respirare con la bocca è un po' come pretendere di farlo lasciandolo nudo alle intemperie.

Il ripristino di uno schema respiratorio nasale, ottenibile con l'applicazione di dispositivi endo-orali di tipo ortodontico comporta una ricaduta positiva a vari livelli: in particolare non può che riverberare positivamente sulla salute respiratoria generale. Il costo di un trattamento ortodontico,

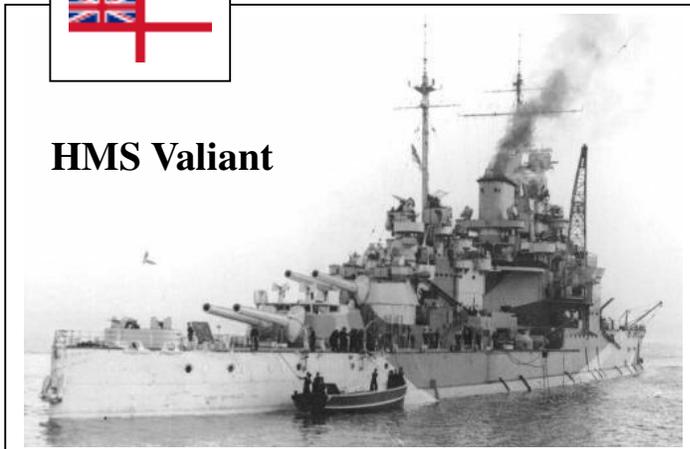
abituamente considerato alto, se paragonato in modo scientifico con i costi degli approcci diagnostici e terapeutici tradizionali, si rivelerebbe addirittura concorrenziale.



Nella notte del 18 dicembre 1941, nella munitissima base britannica di Alessandria, l'impiego di tre Siluri a Lenta Corsa della Decima Flottiglia MAS (i così detti "Maiali"), mezzi d'assalto subacquei lunghi poco più di sei metri ma di originale progetto tecnico e di rivoluzionario impiego tattico, al comando del Tenente di Vascello Medaglia d'oro al Valor Militare Luigi Durand de la Penne, portò al semiaffondamento della petroliera "Sagona" e di due importanti corazzate, la "Valiant" (una delle navi da battaglia di Cunningham a Capo Matapan) e la "Queen Elizabeth".



Luigi DURAND DE LA PENNE
Tenente di Vascello
Medaglia d'oro al Valor Militare



HMS Valiant

I danni impediranno alle navi di rivedere il mare prima della fine del conflitto. In precedenza, il 25 Marzo 1941, i mezzi d'assalto di superficie, pur sempre barchini di pochi metri, penetrati nella base britannica di Suda, nell'Isola di Creta, avevano affondato l'incrociatore "York".

Quando nella primavera del '45, a Valdagno, in provincia di Vicenza, i guastatori del “Gruppo Gamma”, fra gli ultimi combattenti della Decima, si arresero, oltre all'onore delle armi, ebbero dagli angloamericani l'offerta di collaborare nella guerra contro il Giappone: le più potenti marine del mondo riconoscevano con questa offerta la peculiare e irripetibile potenzialità offensiva dell'originale esperienza italiana della Decima Mas, che con mezzi modestissimi, ma ben amministrati da uomini capaci e coraggiosi, in grado di elaborare schemi tattici e comportamentali del tutto nuovi e rivoluzionari, aveva ottenuto risultati ben maggiori dell'orgogliosa flotta di superficie, che aveva preteso di muoversi secondo gli schemi tattici tradizionali ed abituali, collezionando sconfitte.

Il pragmatismo anglosassone non è peraltro ubiquitario: ipotesi di percorsi diversi dalle Linee Guida internazionali, nel nostro sistema sanitario sono per molti motivi difficili anche solo da proporre.

Va ricordato, del resto, che la proposta degli angloamericani fu rifiutata: neanche ai mari della Decima interessava l'impiego in acque troppo straniere e lontane dal Mare Nostrum.

L'Odontoiatria potrebbe avere un ruolo molto importante in molte patologie di confine, non solo respiratorie, ma la sua classe dirigente, sia in campo scientifico che associativo, non è attualmente in grado di interpretarlo. D'altronde, le altre discipline di riferimento nelle patologie di confine non sarebbero preparate ad accettarlo.

Edoardo Bernkopf

edber@studiober.com www.studiober.com