

Filosofia e pratica della chirurgia "estrema"

G. DI MATTEO*

Nel preparare questa lettura - concepita (impropriamente) sotto la complessiva specie dell'"accanimento terapeutico" - ho intenzionalmente derogato dal valutare strettamente in termini scientifici ed etici i tentativi di prolungare la vita biologica oltre quelli che vengono considerati i limiti dell'umano. Siccome i dilaganti progressi delle tecnologie complesse applicate alla medicina e dei prodotti dell'industria biomedica marcano uno spazio di possibilità terapeutiche, oltre che diagnostiche, che man mano si amplia e progredisce incessantemente, ho pensato di investire e discutere sul piano etico, proprio in questo segmento di massima attenzione, le formule chirurgiche più avanzate e progredienti. Voglio qui trattare, dunque, di programmi chirurgici arditissimi e complessi, spesso fortemente demolitivi, da prendere in considerazione e applicare in alcune situazioni cliniche di notevoli gravità e ingravescenza, per i quali l'esperienza acquisita per lo più non fa storia, sostenuti soltanto dal continuo divenire conoscitivo e tecnologico. Così, come l'"accanimento terapeutico" è definito dai confini del ritenuto impossibile per quanto riguarda i limiti biologici della vita e attiene quindi più alla morte che a quella, la mia scelta verte invece sulle possibilità di vita, ben difficili a valutarsi, conseguenti per lo più a condizioni oncologiche avanzate, per le quali si cerchi un metodo di risoluzione o, in via subordinata, il prolungamento o il miglioramento qualitativo di un ciclo di vita ormai giudicato a scadenza. Nasce così la concezione di chirurgia "estrema" che, nel programma applicativo, ha dunque finalità curative ma si riserva anche non infrequenti, derivati, scopi palliativi.

Si tratta di un argomento e di metodi che non sono stati messi a fuoco in modo specifico nella trattatistica etica per la quale assume rilevanza assoluta proprio il tema dell'accanimento terapeutico, certo perché essi non riguardano di principio la fine della vita ma piuttosto coincidono con una fase di malattia in cui in qualche modo appare ancora giustificato, almeno in certi ambienti di alta esperienza e di larga disponibilità organizzativa, un tentativo di lotta contro la morte. È per questo che il tema mi affascina come esigenza etica, scientifica e pratica, nella mia qualità di chirurgo. Non si tratta qui di malati terminali nei quali "fondatamente" non si possa attendere alcun beneficio dalle iniziative terapeutiche; non di interventi "sproporzionati" agli effetti che, anche se notevolmente incostanti, possono essere migliorativi e perfino risolutivi; non di pura sperimentazione clinica, per la quale si debbano valutare diversamente le implicazioni etiche oltre che quelle sociali e medico-legali; non di palliazione di tipo farmacologico, che si rivolge principalmente a lenire il dolore terminale perché in campo chirurgico la palliazione, là dove riesca ad intervenire, non solo può aumentare la sopportazione della malattia, ma non raramente prolunga la sopravvivenza secondo un corso meno precario e penoso; non di distruzione della speranza, come avviene nel caso di supporto antalgico in malati terminali inteso a liberarli dallo sconforto e dalla sofferenza nel rispetto, per quanto possibile, della dignità personale. Forti componenti etiche, di legittimità, di opportunità, di costi si muovono nel contesto di un momento decisionale di alta responsabilità e di complessa partecipazione cui il chirurgo o, meglio, il collegio dei medi-

*"Sapienza" Università di Roma

*Professore Emerito di Chirurgia Generale

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

ci curanti deve far fronte, in base a conoscenze scientifiche in parte non ancora consolidate, a possibilità ulteriori di utilizzazioni tecnologiche diagnostiche e terapeutiche, secondo i dati di una larga e specifica esperienza di intuito professionale, di studio delle probabilità statistiche. Questo *pool* di medici cerca di stabilire fino a che punto un'indicazione chirurgica non "tradizionale", non di provata evidenza per bontà, sopportabilità ed efficacia, non standardizzata e non affatto esente da rischi, da considerarsi quindi come estrema risorsa, non ripetibile, possa essere posta e proposta a malati gravi per i quali dottrina e pratica chirurgiche "correnti" riconoscono un destino di incurabilità o curabilità molto scarsa. In questi casi il rapporto medico-malato, che è un momento d'incontro essenziale per le decisioni terapeutiche, esorbita dall'ordinario per l'eccezionalità dell'indicazione operatoria, assume un carattere deontologico particolare e impegna i protagonisti, medico e malato, a sentimenti ed espressioni originali.

Lo scenario è, in genere, quello della malattia oncologica perché è proprio in quel campo che le risoluzioni estreme si possono confrontare con gli aspetti massimi della patologia. La malattia tumorale avanza senza tregua in soggetti che hanno già esaurito tutti i provvedimenti terapeutici non eccezionali; l'animo del malato e dei suoi famigliari può cedere alla rassegnazione e al fatalismo, per paura, stanchezza del sofferito, debilitazione terapeutica, interpretazione religiosa negativista, carenza di mezzi economici eventualmente necessari per l'evento impreveduto e oneroso e per altre varie cause occasionali e personali.

Una componente particolare della situazione riguarda la convinzione e il parere dei famigliari. Essi possono influenzare la decisione del malato, ma, a questo proposito, faccio notare che, contrariamente a quanto si verifica nell'accanimento terapeutico, in caso di scelta o meno per la "chirurgia estrema" il malato è in grado di tenere in conto più quanto egli personalmente è portato a credere in base a stati d'animo e documentazione offerta che non i giudizi e i suggerimenti dei famigliari. I quali si dimostrano non infrequentemente restii e sospettosi ad accogliere la proposta terapeutica, talora, addirittura, per impropri rapporti situazionali con il malato.

Il chirurgo, portavoce del collegio medico cui incombono la conoscenza, la scelta e l'approccio, si trova dunque di fronte al malato: egli mette alla prova tutta la sua sensibilità, il malato tutta la sua capacità di autonomia decisionale. Questi fronteggia l'incontro o declinando l'offerta terapeutica perché la riduce al ruolo di mera sperimentazione (in questo non infrequentemente sostenuto dal parere dei famigliari) od oppone argomenti eterogenei sulla linea di uno smarrimento mentale. Ma ritengo che l'atteggiamento dei malati nel considerare la prospettiva possibile sopravvivenza tenda sempre di più a essere, nel tempo, meno rinunciatario e più positivo per una fiducia crescente nei mezzi terapeutici specie chirurgici, per la consapevolezza progredita di autonomia responsabile nella gestione della propria salute, per mantenere accesa la speranza oltre che della vita biologica anche di quella di relazione, per l'esaltazione stessa dei diritti alla vita e alla salute, per mero intuito e generica fiducia. D'altra parte la difesa della vita fa parte dei principi del personalismo: Epitteto ammoniva che "la malattia è un ostacolo per il corpo, non per la volontà".

Il malato che si orienta in questo senso passa alle fasi di riflessione e di attenzione successiva preoccupandosi dei tempi e della dinamica dell'atto chirurgico, del suo stesso schema operativo, delle sue eventuali conseguenze negative - mortalità percentuale, morbidità, conservazione delle funzioni, integrità corporea, qualità complessiva di vita. In effetti questa chirurgia sostanziata come "estrema", per le sue stesse eccezionalità e caratteristiche, compendia solo regolamentazioni tecniche di fondo ed è variamente e spesso non prevedibilmente realizzata; muove naturalmente da finalità curative ma spesso induce di per sé alterazioni della compagine corporea e menomazioni funzionali di grave significato esistenziale. Per la natura stessa della sua prescrizione - "di salvataggio" - impegna la volontà del malato in modo essenziale; mentre i cosiddetti sport "estremi" - che possono essere riferiti a un'ostentata laicità - sfidano la fisiologia e la vita stessa senza rivolgersi ad alcun principio etico e sociale, la chirurgia "estrema", cioè il ricorso ad un intervento "straordinario" fondato sul tentativo estremo di salvare la vita - quindi proporzionato alla gravosità dell'atto per quanto possibile conservando nell'organismo una certa armonia funzionale - oppure, subordinatamente, di agire in senso palliativo su patologie molto avanzate, rappresenta l'esatto contrario degli sport "estremi" tendendo essenzialmente alla conservazione della vita e delle funzioni essenziali - anche se deroga - nell'ambito e nell'osservanza del concetto di esistenza.

Esemplifichiamo:

1. un malato colpito da cancro del retto è sottoposto ad ampia resezione coloretale con ristabilimento della continuità intestinale;

2. a causa di una recidiva locale si rende necessaria un'ulteriore operazione di ampia exeresi addomino-pelvica con amputazione rettale e conseguente forte menomazione funzionale;
3. un'ulteriore recidiva tumorale, locale e/o a distanza, lo condannerebbe alla morte, presumibilmente con sofferenze lunghe e intrattabili.

A questo punto, in alcuni casi ben selezionati, da parte di operatori particolarmente esperti e in centri specificamente qualificati, può essere proposto un intervento "terziario" salvavita, di eccezionale indicazione, metodologicamente non standardizzato, di efficacia terapeutica incerta ma possibile, a rischio sensibile per quanto riguarda mortalità e complicazioni. Questo intervento "terziario" può fallire, può lasciare, anche nei casi di efficacia oncologica, crudeli menomazioni, talora assicura soltanto una certa ripresa di condizioni funzionali accettabili fino all'exitus più o meno annunciato.

Nel momento delle decisioni si compone allora uno scenario nel quale si muovono e si confrontano da una parte la proposizione "estrema" del chirurgo e dall'altra la percezione e lo stato d'animo del malato che ne viene messo al corrente. Nello studio di questa situazione bisogna valutare prioritariamente l'impatto dei comportamenti propri dei diversi contesti culturali e caratteriali: di ordine familiare-affettivo, sociale, religioso, etico, formativo, ecc. Si producono e si sviluppano di conseguenza sensazioni, sentimenti e logiche diversi negli interlocutori. Il medico sostanza, nella proposta massimalista, i suoi concetti e convincimenti di natura scientifica, di fattibilità tecnica, di interpretazione clinica e variamente considera gli aspetti etici di essa. Egli non può immedesimarsi completamente nella condizione del malato cui rimane estranea gran parte delle sue valutazioni di ordine oggettivo e professionale e non deve di principio rinunciare, in nome di un incerto pietismo, ai suoi standard, al suo codice, alle sue autonomie e titolarità. Il malato, ignaro di scienza, spesso incolto sul piano generale, anche se di personalità modesta e di indole sommaria conferisce tuttavia profondo significato determinativo all'istinto di conservazione della vita adattandovi aspetti esistenziali soggettivi quali il destino dei famigliari, il credo religioso, la tradizione etnica, le convinzioni esemplificative (occasioni in cui interventi così gravi e pericolosi hanno avuto successo oppure no in persone di sua conoscenza), percezioni intuitive attualmente affinate per lo straordinario effetto emotivo provocato da uno stimolo così grave e inconsueto. Spesso, opportunamente preparato alla nozione di estrema gravità della sua malattia, egli finisce con l'accettare. Altrimenti si schernisce, si nega e rifugge: per sfiducia, disperazione, tema, paura fisica.

Se si considera questo quadro, che corrisponde ai dati della mia esperienza maturata in moltissimi anni di esercizio della chirurgia, si vede come, in tali condizioni, non si stabiliscano i termini di un vero e proprio dialogo e l'eventuale decisione favorevole all'intervento da parte del malato possa essere frutto di imposizione o di convincimento paternalistico o di induzione mascherata o di esposizione incompleta da parte del chirurgo o di supino accoglimento, e l'eventuale decisione negativa consistere in un diniego aprioristico nel quadro di una disperata solitudine. Bisogna capire il profondo significato di questo momento molto difficile conducendo un dialogo di garanzia, chiaramente informativo con particolare riguardo all'esposizione delle alternative e delle conseguenze, leale, non frettoloso, respingendo una visione oggettivistica e fredda del malato, assicurando sostegno ed esprimendo incoraggiamento nel quadro generale di un rapporto umanizzato della medicina che riconosca come fondamento la nozione del "soggetto" malato e delle sue spiritualità. L'informazione preoperatoria, oltre che i rischi (possibilmente percentualizzati) per la vita e per le funzioni e per la natura dei sovvertimenti corporei, riguarda - semplificandole - le stesse metodiche e tecniche, così che l'operando si possa sentire come partecipe e quasi regolatore del procedimento chirurgico in piena coscienza e responsabilizzazione e il chirurgo non assuma l'odioso ruolo di arbitro della vita.

L'operatore dovrà seguire personalmente il decorso postoperatorio perché l'operato riconosce in lui, e solo in lui - anche se così non è - l'artefice della possibile risoluzione di malattia. Dovrà, insomma - lui che bandisce ogni interferenza emotiva - ispirare ancora di più la sua condotta professionale allo stato d'animo dell'operato che tenderà a rispondergli con volenterosa consapevolezza in uno slancio di fiducia che compendia mirabilmente la dipendenza corporale e la socializzazione dei valori spirituali della persona.

In queste occasioni il medico - e nella fattispecie il chirurgo - ha la possibilità, ancora una volta, di alzare il tenore della sua vocazione per il sociale e di modulare convenientemente il contenuto etico dei suoi interventi terapeutici; assume un'intensa responsabilità nei campi morale e

giuridico; vive un passaggio di vera filosofia professionale interpretando una "medicina dialogica" (o, ancor meglio, se religiosamente ispirato, una "medicina evangelica"); non schiaccia la natura ma applica la scienza; sente di dover respingere l'esosità dei costi finanziari e l'aridità delle programmazioni pubbliche per l'assistenza e non può naturalmente accogliere le motivazioni dell'eutanasia sociale; deve ridurre al minimo i margini di errore.

A conclusione permettetemi di dire che le espressioni e gli indotti di questa chirurgia "estrema" arricchiscono notevolmente la cultura della medicina che sta cambiando e continua a cambiare. Il rapporto medico-malato, in queste particolari situazioni, esprime, sul piano filosofico, profondi significati e valenze tanto che sarei portato a riconoscervi, almeno in parte, un contributo non trascurabile alle problematiche assillanti dei rapporti tra l'anima e il corpo modernamente reinterpretando i percorsi delle dottrine tomistiche e scolastiche.
