

Introduzione

Parecchi anni fa, durante l'ultimo anno della facoltà di medicina, mi occupai di una paziente che mi è rimasta impressa. Stavo facendo il tirocinio di medicina interna, l'ultimo prima della laurea. Il mio supervisore, un medico dell'ospedale, mi aveva affidato in particolare tre o quattro pazienti. Tra essi, una raggrinzita donna portoghese sui settant'anni che era stata ricoverata perché «non si sentiva troppo bene». Le doleva tutto il corpo. Era sempre stanca. Aveva la tosse. Niente febbre. Polso e pressione sanguigna nella norma. Ma alcune analisi avevano rivelato un allarmante aumento dei globuli bianchi. Una radiografia del torace lasciava ipotizzare una polmonite, forse, o forse no. Così l'internista ne aveva disposto il ricovero, e adesso era affidata alle mie cure. Feci un prelievo di espettorato e di sangue e, secondo le istruzioni dell'internista, iniziai una terapia antibiotica per un'eventuale polmonite. Andai a vederla due volte al giorno per diversi giorni. Controllavo il battito cardiaco, auscultavo i polmoni, seguivo i test di laboratorio. Le sue condizioni erano sempre le stesse. Aveva la tosse. Non aveva febbre. Semplicemente non si sentiva bene. Supponevo che le avremmo dato degli antibiotici e l'avremmo dimessa. Si sarebbe ripresa.

Una mattina, al giro di visite delle sette, lamentò insonnia e sudori notturni. Controllammo la cartella clinica. Continuava a non avere febbre. La pressione era normale. Forse c'era una leggera accelerazione del battito cardiaco. Ma niente di più. Tienila d'occhio, mi disse il mio

supervisore. Certo, dissi io, sebbene non ci fosse nulla di sostanzialmente diverso dalle mattine precedenti. Decisi tra me che sarei tornato a vederla a mezzogiorno, intorno all'ora di pranzo. Lui peraltro tornò a vederla due volte nel corso della mattinata.

Da allora ho spesso riflettuto su quel gesto. Un atto di per sé insignificante, un piccolissimo gesto di scrupolosità. Aveva notato nella paziente qualcosa che lo preoccupava. Si era anche fatto un'opinione di me durante i giri di visita mattutini. E ciò che vedeva era uno studente del quarto anno, già in lista per l'internato in chirurgia generale, al suo ultimo tirocinio della facoltà di medicina. Si fidava di me? No, non si fidava. Perciò andò a controllare di persona.

E non era cosa di poco conto. La donna era al quattordicesimo piano dell'ospedale. Le lezioni del mattino, la caffetteria, tutti gli altri posti dove dovevamo trovarci quel giorno erano al primo e secondo piano. Gli ascensori erano notoriamente lenti. Perdipiù toccava a lui tenere una delle lezioni. Avrebbe potuto aspettare che un'infermiera venisse a chiamarlo, in caso di complicazioni, come avrebbe fatto la maggior parte dei medici. O mandare un medico più giovane a vedere la paziente. Invece ci andò di persona.

La prima volta si accorse che la paziente aveva 39° di febbre e che il flusso di ossigeno attraverso la forcilla nasale andava aumentato. La seconda trovò che la pressione era scesa bruscamente, così le infermiere le avevano messo una maschera a ossigeno, e la fece trasferire all'unità di terapia intensiva. Prima che io mi rendessi conto di ciò che stava succedendo, lui aveva già iniziato il trattamento – con nuovi antibiotici, fleboclisi, farmaci per sostenere la pressione del sangue – di una polmonite fulminante e resistente ai farmaci che stava degenerando in shock settico. Grazie ai suoi controlli, la donna sopravvisse. E, per la stessa ragione, il decorso fu magnifico. Non fu mai sottoposta a ventilazione. La febbre cessò in ventiquattr'ore. Tre giorni dopo venne dimessa.

Cosa ci vuole per essere bravi in un campo in cui è tanto facile, tanto semplice sbagliare? Quando ero studente, e poi durante la specializzazione, mi preoccupavo soprattutto di acquisire competenze. Ma ciò che quel medico aveva mostrato quel giorno era piú che competenza, seppe infatti comprendere non solo come una polmonite generalmente evolve e va opportunamente curata, ma anche i dettagli per diagnosticarla e combatterla in quella specifica paziente, in quello specifico momento, con gli strumenti e le persone che aveva a disposizione.

Spesso si cercano insegnamenti nelle prestazioni dei grandi atleti. E per un chirurgo come me, gli atleti hanno in effetti delle lezioni da dare, sul valore della perseveranza, del duro lavoro, dell'esercizio e della precisione. Ma il successo in medicina ha dimensioni impensabili su un campo da gioco. Innanzitutto la posta in palio è la vita. Le nostre decisioni e omissioni sono dunque di natura etica. Dobbiamo affrontare anche le previsioni scoraggianti. Il nostro compito è tener testa alla malattia e mettere ogni essere umano in condizione di vivere una vita lunga e libera da fragilità quanto la scienza permette. I passi da compiere sono spesso incerti. Le conoscenze da padroneggiare vaste e incomplete. Tuttavia da noi ci si aspetta che agiamo con rapidità e coerenza anche quando il lavoro richiede, per curare una sola persona, di coordinarne centinaia: dai tecnici di laboratorio alle infermiere dei diversi turni agli ingegneri che fanno funzionare il sistema per la fornitura di ossigeno. E ci si aspetta che facciamo il nostro lavoro con umanità, cortesia e sollecitudine. Non sono soltanto gli obiettivi ma anche la complessità della prestazione medica che la rendono così interessante e allo stesso tempo così problematica.

Recentemente mi sono occupato di una paziente con un tumore al seno, Virginia Magboo. Sessantacinque anni, insegnante d'inglese, aveva notato un nodulo della dimen-

sione di un sassolino in un seno. Venne sottoposta ad ago-aspirato e la biopsia rivelò di cosa si trattava. Un tumore di poco meno di due centimetri di diametro. Valutate le diverse possibilità, la paziente optò per un trattamento di conservazione del seno: avrei proceduto a un'ampia escissione del nodulo oltre che alla biopsia di quello che viene chiamato linfonodo sentinella per accertare che il tumore non avesse attaccato i linfonodi. Sarebbe seguita la radioterapia.

Non si trattava di un intervento particolarmente difficile né rischioso, ma bisognava predisporre un meticoloso lavoro di équipe. Il giorno dell'intervento, prima di portarla in sala operatoria, l'anestesista verificò due volte che tutto fosse in ordine. Passò in rassegna la storia medica di Magboo, controllò sul computer i risultati delle analisi e dell'elettrocardiogramma. Verificò che la paziente non avesse mangiato nulla nelle ultime sei ore e le esaminò la bocca per controllare che non ci fossero denti mobili che potevano cadere o protesi da rimuovere. Un'infermiera controllò la fascetta con il nome per essere sicura che operassimo la paziente giusta; verificò con lei eventuali allergie ai farmaci, e confermò che la procedura indicata sul modulo di consenso era quella che lei si aspettava. Verificò anche che non portasse lenti a contatto, né gioielli che potessero stringere un dito o impigliarsi in qualcosa. Io feci un segno a pennarello nel punto esatto in cui Magboo sentiva il nodulo. All'alba del giorno in cui doveva essere operata le fu anche iniettata una modesta quantità di tracciante radioattivo nella zona del nodulo, in preparazione della biopsia del linfonodo sentinella. A quel punto verificai con un contatore Geiger portatile il punto in cui era fluìto il tracciante, il segnale era abbastanza forte per indicare qual era il nodulo «caldo» che andava asportato. Nel frattempo, in sala operatoria, due infermiere controllavano che il locale fosse stato perfettamente pulito dopo l'intervento precedente e che ci fosse tutta l'attrezzatura

di cui avevamo bisogno. Sul kit degli strumenti chirurgici c'è un adesivo che diventa marrone quando il trattamento termico di sterilizzazione è compiuto, e le infermiere confermarono che lo era. Un tecnico rimosse un apparecchio per l'elettrocauterizzazione e lo sostituì con un altro quando qualcuno espresse dei dubbi sul suo funzionamento. Ogni dettaglio venne controllato e ricontrollato. Magboo e l'équipe erano pronti.

Alle due del pomeriggio avevo finito con i pazienti che la precedevano ed ero pronto a mia volta. A quel punto ricevetti una telefonata.

Quell'intervento era posticipato, mi disse un'addetta al coordinamento delle sale operatorie.

– Perché? – domandai.

Mi disse che la sala postoperatoria era piena. Finché non si sbloccava, tre sale operatorie erano costrette a trattene i pazienti e tutti gli interventi erano sospesi.

Ok, nessun problema. Succede, di tanto in tanto. Aspetteremo. Tuttavia, alle quattro, Magboo non era ancora stata portata dentro. Chiamai per sapere cosa stesse succedendo.

Mi fu detto che la sala postoperatoria si era sbloccata, ma dal pronto soccorso era arrivato un paziente con rottura di un aneurisma dell'aorta, e Magboo passava in coda. Avremmo fatto il possibile per trovarci un'altra sala operatoria.

Andai a spiegare la situazione a Magboo, che aspettava distesa in barella nell'area preoperatoria, e mi scusai. Non dovrebbe volerci molto, le dissi. La prese con filosofia. Quel che sarà sarà, disse. Cercava di dormire per far passare il tempo piú in fretta ma continuava a svegliarsi. E ogni volta che si svegliava le cose erano allo stesso punto.

Alle sei richiamai e parlai con il responsabile delle sale operatorie. La sala per me c'era, ma non c'erano le infermiere. Dopo le cinque del pomeriggio le infermiere di turno coprono solo diciassette delle nostre quarantadue sale operatorie. E in quel momento erano in corso ven-

titre interventi, aveva già disposto lo straordinario per le infermiere di quattro sale, ma non poteva fare di piú. Impossibile far passare un altro paziente.

Be', e quando prevedeva che potesse passare Magboo?

– Può darsi che non passi per niente, – disse. Dopo le sette ci sarebbero state le infermiere solo per nove sale operatorie; e dopo le undici per cinque soltanto. Del resto Magboo non era l'unica paziente in attesa. – Probabilmente dovremo cancellarla, – concluse. Cancellarla? Come si faceva a cancellarla?

Andai a verificare di persona. Un chirurgo mi aveva già preceduto e stava facendo pressioni sull'anestesista di turno. Un altro sbraitava al telefono nell'orecchio del responsabile delle sale operatorie. Ognuno di noi esigeva una sala operatoria e non ce n'erano abbastanza. Un paziente aveva un tumore al polmone che andava tolto. Un altro aveva una massa nel collo e bisognava effettuare una biopsia. – La mia è una cosa veloce, – disse un chirurgo. – Il mio paziente non può aspettare, – disse un altro. Ci venne offerta una sala operatoria per il giorno seguente, ma nessuno di noi volle accettarla. Tutti avevamo già altri interventi in programma, che a loro volta avrebbero dovuto essere cancellati. E comunque chi ci garantiva che quel casino non si ripresentasse l'indomani?

Cercai di perorare la causa di Magboo. Aveva un cancro al seno. Andava tolto. E al piú presto. Il tracciante radioattivo, iniettato piú di otto ore prima, stava per dissiparsi. Posporre l'intervento avrebbe comportato una seconda iniezione di tracciante – dunque una doppia esposizione alle radiazioni – solo perché non si riusciva a trovare una sala operatoria. Era una follia, dissi.

Nonostante ciò nessuno fece promesse.