UNIVERSITÀ DEGLI STUDI - PADOVA
CLINICA CHIRURGICA GENERALE
Direttore: Prof. P. G. CÉVESE

EDITORIALE

ETICA DELL'INDICAZIONE CHIRURGICA NELL'HANDICAPPATO IRRECUPERABILE

PIER GIUSEPPE CÉVESE

Autorità, Signore, Signori, cari Colleghi e Allievi, ho chiesto di prendere la parola per ultimo nel desiderio di esprimere i sentimenti della mia gratitudine a tutti coloro che in varia guisa e con vario impegno hanno contribuito a vivificare questo Congresso Straordinario della Società Italiana di Chirurgia Toracica.

Il mio primo pensiero, riconoscente e devoto, va al grande assente di oggi, il mio caro, vecchio amico Achille Elio Gallinaro, cui mi legavano tanti anni di consuetudine e così lunga comune responsabilità nella direzione di questa nostra Chirurgia Toracica. Superato lo shock della recente scomparsa, per unanime desiderio, commemoreremo, in altra sede, Elio Gallinaro come giustamente merita la Sua nobile figura di uomo, di scienziato e di chirurgo. Per ora consentitemi di rinnovare alla Sua gentile signora ogni mio sentimento di cordoglio e di sincera amicizia.

E ancora un pensiero affettuoso e nostalgico, colmo di gratitudine, va al mio caro Maestro Prof. Galeno Ceccarelli, che considero l'artefice della mia carriera, la mia unica guida nella chirurgia e nella vita.

Ringrazio il Magnifico Rettore per la cortese ospitalità offerta al Congresso e per le attenzioni avute per me e con lui ringrazio tutte le autorità religiose, civili e militari che hanno voluto presenziare alla cerimonia inaugurale per esprimermi le loro felicitazioni e i loro auguri.

Al Prof. Abruzzini, Segretario indefesso della Società, suo fondatore ed animatore, amico da lunghissimi anni, un grazie del tutto particolare e un affettuoso abbraccio.

A Voi, cari Allievi e Collaboratori, che nell'arte chirurgica ho sempre tenuti per figli e che in questa occasione avete voluto premiarmi per meriti più grandi di quelli che ho, cosa debbo dire? Un grazie immenso!

E cosa debbo dare? Consentitemi che vi regali un decalogo, il decalogo del buon chirurgo:

I) diffidate dei chirurghi padreterni, di quelli che parlano per dogmi, di quelli che sbandierano casistiche da capogiro, di quelli che fanno lo slalom tra i paletti della politica, di quelli che cercano onori cariche pubbliche e reclame televisiva;

II) diffidate dei cosiddetti dogmi, delle affermazioni perentorie che affollano i nostri trattati e che pedissequamente sono giunte a noi dalle origini, senza subire il vaglio, ritenuto dissacrante, della nostra critica;

III) considerate ogni caso clinico, in apparenza banale, come potenzialmente insidioso e così le inevitabili sorprese non vi saranno di peso e di pena;

IV) considerate una sconfitta ogni insuccesso chirurgico, anche quando esso appare scontato, in particolare quando giunge inatteso, soprattutto quando resta inspiegabile;

V) sentite nel malato un vostro simile, improvvisamente povero e nudo e nel bambino malato un vostro figlioletto che chiede

---

Lettura di chiusura al Congresso Straordinario della Società Italiana di Chirurgia Toracica - 9-11 aprile 1981.

carezze: e di fronte alla morte riecheggino nel vostro cuore le parole di Hemingway: la morte di ognuno ti diminuisce perché tu sei parte dell'umanità. E allora non ti chiedere per chi suona la campana; la campana suona anche per te;

VI) convincetevi che la chirurgia raramente richiede il gesto eroico: più spesso è fatta di tante piccole cose che bisogna saper mettere in fila, con ordine e puntualità;

VII) nella nostra arte il meglio è sempre nemico del bene;

VIII) il chirurgo non deve sentirsi un uomo straordinario perché la natura l'ha dotato di una particolare manualità, sangue freddo, resistenza fisica. Sarebbe straordinario se non commettesse errori nella diagnostica e nella pratica clinico-operatoria. Ma i suoi errori sono frequenti e pesanti. Egli pertanto dovrà essere umile, anche perché così potrà più facilmente farsi perdonare;

IX) rivolgete le vostre ricerche e le vostre attenzioni alla chirurgia dei trapianti, che sarà certamente la chirurgia del domani;

X) combattete con tutte le vostre forze la tendenza politica alla impiegatizzazione del chirurgo. Essa è cretina e dannosa, perché l'ultimo a poter essere impiegatizzato è l'artista e il chirurgo è tale.

Carissimi Allievi, Voi siete convinti di dover molto a me, così come io sono convinto di dover molto a Voi. Mi riconosco il merito di avervi scelti bene; Vi riconosco la fiducia che avete riposto in me e con la quale avete lavorato nelle direzioni che vi ho indicate; ma il merito maggiore è vostro per l'impegno, la costanza e la tenace volontà con la quale avete lavorato, portando così lustro a questa nostra comune famiglia.

Grazie Roberto, grazie Davide, grazie Maria, che più degli altri avete dovuto sobbarcarvi il peso di queste giornate, grazie a tutti voi Allievi Cattedratici, Primari, Aiuti, Assistenti per quanto avete fatto e per il bene che mi avete dimostrato.

Vi riservi la sorte vita lunga e continue brillanti affermazioni nella nostra disciplina.

Un altro caloroso ringraziamento agli Operatori economici e agli Enti che hanno comunque contribuito alla buona riuscita del congresso ed alle nostre attive e simpatiche Segretarie.

Esprimo infine a tutti loro che hanno voluto presenziare a questa seduta conclusiva i sentimenti della mia gratitudine.

*
* *

L'argomento che mi sono ripromesso di portare oggi alla Loro attenzione è un po' fuori dal comune: parlerò di « etica dell'indicazione chirurgica nell'handicappato irrecuperabile ».

Argomento difficile, che mi impegnerà per qualche tempo — mi vogliano perdonare — ma, a mio credere, argomento interessante e ormai quasi doveroso.

Come è noto il 1981 è stato dichiarato l'anno dell'handicappato.

A fronte di iniziative intese ad aiutare tangibilmente gli handicappati, si sono riaccese alcune polemiche e si è riproposta la discussione dei problemi etici inerenti alla sopravvivenza di tali soggetti.

La stampa quotidiana si occupò alcuni anni fa di un caso giudiziario singolare: si trattava del presunto omicidio volontario di un bimbo gravemente handicappato da parte del padre.

Il caso appassionò tutti gli strati della popolazione che ben presto si divise tra colpevolisti ed innocentisti.

Ovviamente se ne occuparono studiosi di ogni estrazione e la questione toccò punte di estremo interesse quando l'omicida venne prosciolto dalla presunzione di reato in sede istruttoria, avendo il giudice ritenuto che l'imputato, nel momento di uccidere, sconvolto dalla gravità della malformazione del figlio, fosse totalmente incapace di intendere e di volere. Il fatto di cronaca non finì a quel punto: capitoli nuovi di dottrina esso aveva aperti, senza esplorarli compiutamente; dovettero occuparsene la giurisprudenza, la teologia e la teoretica.

Le polemiche sembravano acquietate quando lo scrittore Curtis Bill Pepper col suo romanzo « Marco » ripresentò il pro-

blema alla coscienza del pubblico, di magistrati e filosofi.

Non certo alla coscienza dei chirurghi, continuamente sollecitata dalla insicurezza di bene operare nei tentar di guarire da mali intercorrenti l'handicappato asociale.

Nella conversazione di oggi cercherò di delineare appunto i problemi etici, e implicitamente religiosi e giuridici, che l'indicazione operatoria pone nell'handicappato ed, estensivamente, nel malato senza vie di salvezza.

È un discorso che mi par doveroso affrontare nel momento in cui si conclude il mio venticinquesimo anno di insegnamento e nel momento in cui si chiude un Congresso di Chirurgia Toracica, considerate le indicazioni cardiotoraciche che spesso si pongono negli handicappati.

Questo problema da sempre mi assilla e credo assilli chiunque abbia sulle spalle il peso della professione chirurgica ed il fardello, non meno gravoso, dell'insegnamento chirurgico: il chirurgo dovrebbe spesso nella sua intimità fare un esame di coscienza per verificare la giustezza del suo operato e la rispondenza alla verità di tante cose imparate dai Maestri e dai libri nel corso della vita.

In queste sue intime disanime spesso però egli incontra problemi che non ha mai sentito enunciare, temi che la trattatistica accuratamente evita ed egli si trova solo a dover decidere, ben sapendo che il Giudice lo guarda e che la sua azione può essere lecita negli spazi della sua coscienza, illecita nelle angustie o nei rigori di un articolo di legge.

Ma a preoccuparlo, più di quest'ultima, è proprio la sua coscienza, che, rivolta al fine di conseguire un bene immediato, non esplora sufficientemente i mali che potrebbero venirne in avvenire. Di qui l'intimo, profondo disagio di valutare l'indicazione chirurgica nell'handicappato irrecuperabile, soltanto con la guida della propria coscienza, essendo rimasto, nella dottrina, questo problema del tutto marginale.

Problema, cari Colleghi ed Allievi, che non può essere completamente profilato dalla illustrazione di casi, né risolto dalle ipotesi filosofiche e speculative che da essi muovono. Forse esso trova soluzioni diverse da caso a caso, da paese a paese, da chirurgo a chirurgo, ben differente essendo l'educazione morale dei singoli, la confessione religiosa e l'estrazione culturale e sociale. Ma nessuno a tutt'oggi — credetemi — è in grado di proporre soluzioni universalmente accettabili.

*
* *

Per seguire nella enunciazione di questo problema una certa metodologia mi pare ovvio innanzi tutto puntualizzare che cosa si intende per handicappato irrecuperabile: mi siano consentite alcune precisazioni.

È ovvio che ogni malformazione congenita e ogni insufficienza o distorsione mentale costituiscono un handicap. Ma è anche chiaro che i gradi di handicap sono estremamente diversi: dal naso a sella, all'anoftalmia e alla focomelia, dalla epilessia, al sordomutolismo, alla schizofrenia e all'amenza le manifestazioni handicappanti sono infinite.

Nella grandissima maggioranza dei casi però i malformati sono individui capaci di affetto, di apprendimento e di attendere a qualche lavoro, talvolta pure impegnativo.

Questi pazienti non ci mettono mai in crisi.

Il problema che ho dianzi prospettato comincia a porsi di fronte alla mucoviscidosi e alla malattia di Down e cioè il mongolismo.

Ma il mucoviscidotico, pur se muore ordinariamente entro il ventesimo anno, ha sviluppo psico-fisico pressoché normale e nessuno di noi oserebbe non operare un'occlusione intestinale neonatale da meconio denso.

Un po' diversamente si potrebbero profilare le cose per quanto riguarda il mongolismo di cui sono note varietà più o meno gravi; ma va subito detto che lo sviluppo mentale del mongoloide, le sue capacità di apprendimento e la sua idoneità a qualche lavoro, in definitiva le sue capacità di inserimento nella società sono più sovente in relazione al grado di preparazione, di istru-

zione e di dedizione dei genitori, che non alla malattia stessa.

I mongoloidi soffrono spesso di cardiopatie congenite, come difetto interatriale nel 9 %, pervietà del dotto di Botallo nel 10 %, difetti interventricolari nel 33 %, canale atrio-ventricolare completo nel 36 %.

Questi bambini, soprattutto se colpiti dalle due ultime cardiopatie vanno rapidamente incontro ad una ipertensione polmonare che li porta a morte nel giro di pochi mesi: se operati, moriranno nel 90 % dopo il ventesimo anno e qualcuno potrà raggiungere anche il trentesimo.

E così noi, con il nostro atto chirurgico, allunghiamo la vita ad un soggetto socialmente parassita, familiarmente inutile e forse dannoso, perché su di lui si concentrano affetto, premure, attenzioni dei genitori a scapito della sorveglianza e dell'educazione degli altri figli, non potendosi tacere che i mongoloidi si incontrano soprattutto nelle famiglie numerose o come uniche creature di genitori anziani, spesso premorienti al loro figlio handicappato.

Se il mongoloide dovesse morire piccino, il dolore dei genitori sarebbe facilmente superabile; ma quando la morte lo coglie a vent'anni, il dolore è immenso perché in tutte le famiglie, il figlio più amato è sempre il mongoloide, anche perché egli è straordinariamente affettuoso ed espansivo, è capace di apprendere e via via di accrescere autonomamente la propria cultura e di svolgere lavori elementari. Oggi, scomparsa la tubercolosi, alcuni mongoloidi raggiungono l'età adulta; pochi l'età avanzata, perché su di essi incombono il pericolo delle malattie infettive intercorrenti, da cui non riescono a difendersi pienamente e il pericolo della leucemia, che nel mongoloide è venti volte maggiore che nel bambino normale.

Per quanto detto risulta chiaro che i mongoloidi sono degli handicappati, ma fra tutti gli handicappati non sono i più gravi e pertanto non sono essi l'obbiettivo di questo discorso. A convincere chi avesse qualche perplessità su questa mia visione del morbo di Down, leggerò un paio di poesie, scritte da un mongoloide, fisicamente dei più tipici e con caratteri malformativi assai segnati.

L'AMORE

Guardati intorno, tutto sembra lontano
e sei felice e non sai perché;
nasce un sentimento in te
un sentimento nuovo
e ti senti libero.
Il tuo cuore batte più forte.
S'illumina il tuo viso il tuo sorriso
e dal tuo cuore sgorga l'amore
che è poesia dell'infinito.
Al mattino ti svegli
e senti una voce lontana
che chiama e dice:
« Sorridi e tutto ti sorriderà »
abbandona il tuo capo sul cuscino e ascolta:
sussurra il tuo cuore che piange e dice:
« È l'ora dell'amore ».

PER MAMMA
(In morte del fratello)

Sono triste come te,
sono solo come te
sono stanco come te
ho voglia di piangere,
di urlare la mia solitudine;
voglio solo dire « sono solo come te »
io guardo te,
tu guardi me
ci teniamo le mani stanche
che soffrono
al solo pensiero della solitudine.
E siamo soli,
ci sentiamo soli,
triste solitudine!

Signori, Colleghi, chi potrebbe negare a questo mongoloide una profondità di pensiero che molti cosiddetti normali non hanno, chi potrebbe negargli una carica di affetto che vorremmo fosse nel cuore di tanti cosiddetti normali?

I mongoloidi dunque debbono avere tutte le nostre cure e le nostre attenzioni, anche se questo potrà essere qualche volta, motivo di perplessità, per esempio per quanto riguarda la precedenza nelle cosiddette liste di attesa.

A parer mio peraltro, il problema di base che sto agitando non si applica nemmeno al focomelico di un arto o di due arti.

Ma il focomelico con vestigia di mani sulle spalle e vestigia di piedi alle anche, qualora alla nascita presenti, per esempio, un'atresia dell'esofago, deve obbligatoriamente essere sottoposto al gravissimo atto operatorio?

Se dovesse sopravvivere e raggiungere l'età della ragione non ci maledirà perché gli abbiamo consentito di vivere?

Eppure anche il più grave focomelico può essere in grado di pensare, può ricevere e donare affetto, può avere attenzioni e gratitudine per chi l'accudisce.

La società lo respingerà, anche se oggi la bioingegneria ha studiato complicatissime protesi che sostituiscono morfologicamente e funzionalmente, pur se in maniera rudimentale, gli arti superiori e inferiori.

Egli si sentirà un isolato, ma forse nel segreto della sua anima potrà trovare la forza per fingere di non accorgersene.

Abbiamo noi il diritto di omettergli il soccorso quando ne avesse bisogno e fosse in gioco la sua sopravvivenza? Non credo: egli non è ancora l'handicappato irrecuperabile sul quale si focalizza questo primo punto in discussione.

Ma il demente grave o l'amente spesso spastico, miopatico, talora anche somaticamente malformato, che presenti una cardiopatia congenita o un'altra grave malformazione associata e minacciosa o una peritonite acuta deve essere operato?

Si può intravvedere nella sua malformazione psicosomatica una controindicazione ad un atto operatorio che altro non farebbe se non prolungare una vita vegetativa, imponendo alla famiglia ed alla società un inutile doloroso peso?

Dalle malformazioni congenite — vogliano scusarmi la breve digressione — il problema può estendersi anche agli acquisti e qui alla nostra mente si affacciano condizioni cliniche estremamente frequenti, che tante volte hanno imposto alla nostra coscienza il dilemma lacerante dell'azione o dell'omissione.

Riporto l'esempio del canceroso intestinale con metastasi pluriviscerali, con dolori resistenti anche alla morfina, il quale presenti una perforazione del suo cancro o una emorragia ingravescente.

Deve essere operato?

Non è atto inumano tentare di prolungargli la vita nell'assoluta certezza di prolungare sofferenze inenarrabili e la disperante attesa della morte

E perché sottoporre ad atto operatorio per malattia grave intercorrente un insufficiente respiratorio cronico, magari già bisognoso di respiratore automatico?

Egli non può muoversi, non può comunicare per la presenza del tubo naso-tracheale, può solo soffrire lo strazio inenarrabile dell'asfissia cronica che può essere rappresentato come una progressiva lentissima impiccagione.

Questi pochi esempi, quasi singoli fotogrammi dell'immenso e doloroso paesaggio delle malattie congenite ed acquisite sono sufficienti, penso, a definire l'handicappato e, per estensione, il malato irrecuperabile.

È peraltro chiaro che esiste sempre indicazione all'intervento quando esso sia inteso a rimuovere l'handicap stesso o una causa di dolori, o una ragione di impotenza funzionale.

Vi è forse una eccezione: la spina bifida nella sua forma più grave di mielocistomeningocele, nella quale il bambino, sopravvivendo, resterà paralitico degli arti inferiori, incontinente degli sfinteri e svilupperà un idrocefalo con demenza.

Io mi limito in questi casi a creare sul difetto vertebrale, mediante medicazioni, un ambiente sterile e differisco l'intervento anche di molti mesi, convinto che dall'operazione precoce il bambino non tragga maggiori probabilità di sopravvivenza e che l'intervento tardivo garantisca gli stessi modesti risultati di una operazione precoce.

Tale condotta non impegna dunque la mia coscienza poiché l'azione o l'omissione sono guidate da sole considerazioni cliniche.

Vi sono peraltro Colleghi stranieri che nei portatori di cistomielomelingocele non indugiano a somministrare sedativi in dose crescente, con il risultato che si può immaginare e che del resto è quello da essi ma, silenziosamente anche da noi, desiderato.

L'etica della indicazione chirurgica nell'handicappato grave non può essere tracciata senza una esplorazione della dottrina giuridica e religiosa in materia. Ma, prima di addentrarmi negli aspetti più strettamente filosofici di questa tematica, voglio proporre alla loro attenzione alcune semplice considerazioni: per esempio, di fronte a due bambini di pari età con tetralogia di Fallot di pari gravità, di cui uno mongoloide e l'altro normale, la precedenza va data — per comune interpretazione — al bambino che potrà riacquistare integralmente la normalità psico-fisica; però se il mongoloide entra, per tale ragione, in parcheggio, noi avremo ogni giorno un bambino da preferirgli; e allora quando sarà operato?

E se viceversa, per operare uno o più mongoloidi, un bambino normale, rimasto in lista di attesa fosse nel frattempo colpito da ascesso cerebrale come sovente succede nella tetrade di Fallot?

Non avremmo commesso un errore?

Io ritengo di aver già dato una risposta a questi quesiti quando ho detto che i mongoloidi sono capaci di una vita vera, anche se deformata e miniaturizzata e perciò devono essere trattati alla stregua degli altri bambini.

Momenti invece di grande perplessità sono l'azione e, per converso, l'omissione — moralmente e penalmente sovrapponibili — negli amenti: perché qui si affaccia il problema in assoluto più grande che riguarda l'essenza della vita e la possibilità di una vita senza la luce del pensiero.

Oggi la Legge consente —e la Chiesa non si oppone — il prelievo di organi da pazienti in morte cerebrale: il significato recondito ed esoterico di questo atteggiamento giuridico è che la vita sia legata alla funzione cerebrale, con ciò dicendosi attività psichica, sensitiva e motoria coordinate.

La Legge peraltro, con grande saggezza, richiede precise garanzie di morte cerebrale e impone la dichiarazione di essa ad una commissione composta da un neurologo, un rianimatore e un medico legale i quali controllano la situazione di silenzio neurologico anche con la lettura, per almeno dodici ore, dell'elettroencefalogramma, che deve risultare piatto.

Il soggetto amente non presenta una situazione neurologica sovrapponibile a quella del comatoso in morte cerebrale: e infatti il suo elettroencefalogramma dimostra una paradossale attività ritmica di fondo che tuttavia è molto deteriorata e assolutamente areattvia rispetto agli stimoli ordinari; tale deterioramento va parallelo con lo scadimento delle funzioni psichiche.

Peraltro la Legge non interviene contro il rianimatore che dopo lunghissimo coma profondo stacca dal respiratore automatico il paziente anche se l'elettroencefalogramma presenta ancora una disordinata attività residua.

E allora?

Il problema della vita come concezione dinamica e combinata di una volontà che ordina l'azione e di un mezzo idoneo a svolgerla esula dai confini strettamente clinici della malattia che compromette quella volontà e quel mezzo: il problema della vita investe la teologia, la giurisprudenza e l'etica che debbono salvaguardare l'integrità di quella vita.

Le chiese cristiane si sono occupate della vita ancor prima che questa sia palesemente pensante. La chiesa cattolica considera colpa l'interruzione della gravidanza e non ammette nemmeno l'aborto terapeutico. Nella recente dichiarazione pronunciata in occasione dell'anno dell'handicappato essa insiste sulla illecità dell'aborto anche quando siano probabili malformazioni nel prodotto del concepimento, oggi diagnosticabili attraverso l'amniocentesi, lo studio cromosomico e l'ecografia.

Tutto ciò è per noi motivo di profonda perplessità.

Le confessioni religiose, tutte, si sono interessate di eutanasia, respingendola, come è respinta — almeno nell'aspetto di eutanasia attiva — dalla gran parte dei medici di ogni professione religiosa. Peraltro è considerato atto pietoso — e qui le chiese cristiane sono d'accordo — l'alleviare le sofferenze del morituro, pur nella certezza che la somministrazione di stupefacenti gli abbrevierà la vita.

E la chiesa cattolica ha invitato i medici a non insistere con mezzi straordinari a mantenere artificialmente in vita i comatosi, quando vi sia la certezza che essi non potranno riavere una vita spirituale.

A questi principi si adegua il nuovo codice deontologico italiano.

È lecita dunque l'azione di staccare il paziente dal respiratore, di interrompere il massaggio cardiaco quando sia intervenuta la midriasi fissa.

E perché non dev'essere lecito lasciare al suo destino un amente colpito da una affezione chirurgica concomitante, intercorrente o da una grave malformazione associata? Egli comunque resterebbe un amente cioè privo di una vita spirituale, più simile ad una pianta o ad un essere inferiore che ad una creatura umana, anche se ne ha le sembianze.

Ma la legge cosa dice?

Purtroppo la Legge Italiana non affronta il problema del grave handicappato. Il solo codice civile spagnolo (art. 30) è oggi l'unico che fa riferimento ai « monstra » (nel senso latino della parola) e per i soli effetti civili: per esso è nascita (e quindi vita) soltanto quella del feto che abbia figura umana e viva 24 h autonomo dal grembo materno. È dunque implicito che alcuni mostri non possono godere dei diritti civili dell'uomo.

Alle fonti del diritto invece — e qui mi riferisco soprattutto al diritto romano — gli accenni ai monstra sono molto frequenti e fino a Giustiniano il monstrum, il prodigium, il portentum e l'ostentum non erano computati nello jus liberorum. Inoltre il luogo della loro sepoltura non veniva considerato sacro. Secondo il diritto romano pre-giustinianeo i monstra, quantunque nati da donna, non erano considerati uomini e la loro uccisione andava impunita. Più tardi invece si distinsero i veri mostri che avevano insieme della bestia e dell'uomo, dai semplici deformi; soltanto i primi potevano essere uccisi, ma si esigeva che l'uccisione fosse eseguita immediatamente dopo la nascita.

La eliminazione dei monstra veniva praticata sistematicamente anche dagli Spartani ma non si sà se per consuetudine o per disposizione di Legge.

La Legge normanna comandava che i monstra fossero seppelliti vivi lungo il mare, in luogo lontano da uomini o animali; e quel luogo veniva chiamato la « riviera del maledetto ».

Disposizioni di Legge che esplicitano la eliminazione degli handicappati gravi, se le mie informazioni sono attendibili, non si trovano nemmeno nei codici di quei Paesi ove essa viene routinariamente praticata (Svezia, Inghilterra).

La Legge Italiana — come ho detto — non si occupa del problema e quindi deve ritenersi per essa illecito ogni attentato alla vita, qualunque essa sia.

A mio dimesso parere qui ritorna il più grave problema, al quale ho accennato finora. Che cos'è la vita?

Dal punto di vista giuridico risulta omicidio il cagionare la morte di un uomo. Ma il diritto parla più spesso di persona umana considerata nel suo insieme fisico e morale (Patalano). Ora è chiaro che morale è una astrazione soggettiva ed oggettiva, nel senso che investe la personalità psichica ed estensivamente spirituale dell'individuo, e oggettiva perché colloca l'uomo in un ambiente dove si esercitano su di lui doveri di altri, sentimenti, affetti.

Parrebbe dunque che nella configurazione del delitto-omicidio, il soccombente non sia soltanto un uomo, ma un uomo provvisto di una sua personalità e capace di vita autonoma. Ma quale personalità e quale vita autonoma sono riconoscibili in un'amente? È vita la sua o è soltanto una esistenza biologica, ben lontano dal configurare una personalità umana?

Scrive Antolisei: « si discute se anche gli essere mostruosi nati da donna possano essere soggetti passivi del delitto in esame (omicidio). La questione dal punto di vista astratto è interessante e delicata, perché a favore della soppressione dei monstra militano ragioni di umana pietà e di convenienza sociale. Di fronte al nostro diritto positivo, però, non è dubbio che la detta soppressione deve ritenersi vietata a meno che — si badi bene — l'essere sia così abnorme da non patersi qualificare « uomo ». Probabilmente

l'attuale rigore che deriva da concezioni etiche religiose molto radicate nella coscienza del popolo, è destinato col tempo ad attenuarsi.

A mio credere, le affermazioni dell'Antolisei consentono di distinguere *l'esistenza* della persona umana dalla pura *parvenza* umana.

Che cos'è infatti che distingue l'homo sapiens dagli altri animali, compresi i primati? La ragione. E perché allora ci ostiniamo a considerare persona umana l'amente che ragione non ha? Può dunque essere lecito sopprimerlo o come, con ipocrita perifrasi, si trova scritto nei testi inglesi incoraggiarlo a morire? O aiutarlo a morire?

Scrive Dilwin T. Jones che queste sono argomentazioni da stati totalitari e il suo parere è condiviso dalla grande maggioranza dei chirurghi latini.

Ma Rickham che affrontò il problema etico della chirurgia neonatale, distingue le malformazioni in tre classi a seconda della loro gravità. Aggiunge una quarta classe che comprende i bambini delle prime tre che abbiano anche un deficiente sviluppo mentale e una quinta classe che si riferisce ai malformati idioti o amenti.

Rickham propone di non operare questi ultimi.

Egli giunge a queste conclusioni dopo aver condotta una indagine sul problema, alla quale parteciparono pediatri, fra cui donne e madri, un medico ebreo, un pastore anglicano e un esponente della chiesa cattolica.

Lo stesso Rickham peraltro conclude la sua monografia con queste parole: « io credo che un indice esatto del livello morale di una società siano l'attenzione e la cura che essa dà ai propri malati, specie a quelli che nulla hanno con cui contribuire direttamente alla società: i vecchi, i malati di mente, i gravemente menomati ed i giovanissimi. Ciò va tenuto per vero almeno fintantocché la dignità dell'uomo non sia basata sul suo grado di utilità alla società stessa ».

E tutto ciò sembra temperare la condanna per la quinta classe, pronunciata tanto perentoriamente dallo stesso Autore.

*
* *

Ed ora vediamo come mi sono comportato io nelle evenienze che ho esemplificato poco fa.

Mi sono comportato esattamente come faceva il mio Maestro e credo il suo Maestro, come sul mio insegnamento fanno, anche se assolutamente autonomi, i miei Allievi.

Abbiamo sempre cercato di fare qualcosa anche per gli storpi più gravi, per gli amenti, spesso anche per il canceroso ormai depassé: negli handicappati cardiopatici, magari un trattamento palliativo, negli storpi al solito un intervento elettivo, nei cancerosi occlusi o peritonitici magari una fistola o un drenaggio.

Oggi dopo venticinque anni di insegnamento mi chiedo se mi è stato dato un giusto indirizzo, se il mio operare è stato ortodosso, se ho indicato ai miei Allievi la giusta via.

Purtroppo non so rispondere, ma avevo promesso che avrei posto soltanto dei problemi senza indicarne le soluzioni.

Peraltro se frugo nella mia coscienza sento uguale pena per i bimbi handicappati gravi che ho salvati dalla malattia intercorrente o dalla malformazione associata e per quelli in cui ho tardato ad intervenire o non ho capito la gravità dell'associazione morbosa e sono morti.

Con ciò il mio problema resta aperto, sempre più aperto. Ma forse nel mio comportamento ha influito la paura di una condanna prima degli uomini che dei giudici e ciò non è stato onesto procedere.

So di essere perdonato perché così facendo ho messo a tacere la mia coscienza, ma non ho dato soddisfazioni alla mia ragione che mi suggeriva quanto meno un indirizzo diverso da caso a caso e spesso, sommessamente, mi indicava la via della omissione.

Ma perché la Legge di Dio e degli uomini si ostina a tacere?

Signori, Colleghi, fortunatamente le evenienze cliniche in cui si pone al chirurgo il dilemma drammatico dell'azione o dell'omissione sono rare nelle affezioni congenite,

per il fatto che nelle prime ore o nei primi giorni di vita è difficile quantificare il danno cerebrale o addirittura diagnosticare l'amenza.

In quei pochi casi in cui questa è certa, si dovrà prendere tempo, istituendo una terapia d'appoggio che consenta di garantire una idratazione e un apporto calorico proporzionatl.

Si vedrà allora assottigliarsi il numero dei candidati all'intervento che, malgrado questo sarebbero ugualmente deceduti.

Alla coscienza del chirurgo si affidano gli altri pochi, pochissimi casi ed egli allora, tutto solo, dovrà scegliere tra azione od omissione, inquadrando i singoli malformati anche nel contesto della famiglia che li deve crescere e della società povera o ricca, avanzata o arretrata che li deve sopportare.

I tempi del monte Taigeto e della Rupe Tarpea sono lontani e noi li consideriamo tempi oscuri. Da allora tante leggi — anche troppe — sono venute a regolare i rapporti umani, ma nessun legislatore ha voluto affrontare questo problema, nascondendosi dietro una discrezionalità che considero colpevole e preferendo lasciarlo al travaglio del singolo chirurgo senza suggerire — ciò che noi chiediamo — l'intervento di una commissione di esperti che deve decidere la azione o l'omissione, influente essendo — a parer mio — il desiderio dei genitori.

Ma perché non si vuol capire quanto sia illogico lasciare in queste circostanze il chirurgo solo, con il suo bagaglio irragionevole di umanità, col suo istinto prepotente di beneficare ad ogni costo chi viene affidato alle sue povere mani?

E perché i più puntano gli occhi soltanto sull'handicappato e non anche sulla sua famiglia che dovrà subire disagi, amarezze, dolori e spesso stressante isolamento?

Non mi illudo che queste domande trovino presto una risposta; sono anzi quasi sicuro che la mia voce avrà chiamato nel deserto!