

Prova
dell'autore



Vai al contenuto multimediale

Manilio Bordi

Il mio cancro
Diario di un'esperienza





www.aracneeditrice.it
www.narrativaracne.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXVII
Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-0752-2

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'editore.*

I edizione: ottobre 2017

*A tutti coloro che popolano
questi ricordi.*

Capitolo I

La prima chemio

18 novembre 2015

In una stanzetta del day-hospital oncologico guardo i flaconi da cui, con ritmi diversi, fluiscono vari liquidi. Vanno poi a raccogliersi in un unico tubicino di plastica, che arriva al port-a-cath, piccolo serbatoio circolare impiantatomi sottocute il giorno precedente. Un catetere venoso li diffonde nel mio corpo. La chiamano terapia neoadiuvante, per ridurre il volume del tumore e renderlo più facilmente operabile. Io però ho la spiacevole sensazione che un veleno entri dentro di me, sconquassando il normale metabolismo, alterando il mio sangue. Conoscenza di potenziali effetti collaterali della chemio e fantasie distruttive si intersecano, sovrapponendosi.

Ho con me l'ultimo numero di *Geo*, sfogliato distrattamente all'inizio e subito messo da parte. Natura, culture e popoli diversi, viaggi che possono approfondirne la conoscenza, fanno parte dei miei abituali interessi. Ma è un mondo che improvvisamente ap-

pare estraneo, lontano. L'attenzione si sposta invece sulle tre persone che occupano con me la stanza della terapia. Raccontano spezzoni della loro storia, attraverso cui colgo le singole modalità di reazione all'impatto imprevisto con il cancro. Imprevisto quando ci riguarda direttamente, quando non è più qualcosa che succede agli altri. Ascolto in silenzio, con qualche garbata, succinta risposta alle domande postemi dalla signora seduta di fronte, di carattere estroverso e desiderosa di mandare messaggi rassicuranti, non so quanto consapevole di inviarli innanzitutto a se stessa, di alimentare la speranza che, terminato oggi il ciclo terapeutico, non se ne aprano di nuovi. Osservando gli altri, imparo anche a risolvere incombenze pratiche. Divento autonomo nello staccare e poi riavviare i contatti elettrici che regolano i tempi di infusione quando, con frequenza sempre maggiore, devo andare in bagno per urinare, trascinando l'asta da cui pendono i vari veleni salvifici. Più tardi, nella bacheca del campionario umano trova posto una donna non più giovane, curata nell'abbigliamento, che schiavizza la figlia e irretisce le infermiere in un ripetuto racconto volto a ottenere speciale attenzione. Un racconto in cui alterna lamentele per la tromboflebite derivata da precedente incuria professionale di un operatore sanitario ed enfattizzazione di conoscenze altolocate o di furberie da lei messe in atto. In modo automatico traduco tale comportamento in termini di meccanismi difensivi. Ma io come affronto le mie ansie?

I ricordi mi portano lontano da me stesso, mi rimettono nel ruolo di osservatore, seppure partecipe.

Ritornano immagini del periodo in cui, lavorando in un Centro di salute mentale, avevo volontariamente iniziato a dedicare alcune ore ai pazienti oncologici del vicino ospedale, per lo più in fase terminale. L'obiettivo era quello di approfondire le possibilità di risposta di fronte a una situazione non curabile, utilizzando approcci sperimentati nel lavoro con i pazienti psicotici gravi. Sia lo psicotico che il malato terminale sono posti di fronte a un limite. Modalità di accettazione di tale limite, di possibile confronto con la morte, psichica nell'uno, fisica nell'altro, è lo sviluppo di un'area illusoria. Area in cui una progettualità fantasticata e verbalmente espressa diventa equivalente alla sua concretizzazione, mantenendo carattere costruttivo di interazione con la realtà piuttosto che sostituirsi, ingannevolmente, a essa. Tenere accesa la fiammella che ancora alimenta il desiderio e cerca di farlo ardere a livelli diversi assume valenza terapeutica.

Rimango solo. La mia seduta di trattamento implica tempi più lunghi. Al termine l'infermiera mi applica una pompa elastometrica, dispositivo collegato al port. Devo tenerlo per due giorni, durante i quali nel mio corpo continuerà a essere iniettata, in modo graduale, una quantità di farmaco adeguata al programma terapeutico, contenuta in una sorta di palloncino, che pian piano si sgonfia e che, grazie all'involucro rigido in cui si trova inserito, può essere fissato alla cintura. Momentaneamente lo tengo nella tasca del giaccone. Tornato a casa, lo infilo in un piccolo marsupio che di solito utilizzo durante i viaggi. Bisogna

poi imparare a gestire questa scomoda appendice nei vari momenti della vita quotidiana (lavarsi, andare in bagno, dormire).

Tutto è cominciato alcuni mesi fa.

Dolori addominali, che avevo attribuito a una recrudescenza della gastrite, con cui ogni tanto devo fare i conti. Situazioni di stress professionale ne sono il principale fattore eziologico. Un accumulo di quelle tensioni che i pazienti mi riversano addosso e che, in alcuni momenti, non riesco sufficientemente a “digerire”. Esclusi fattori alimentari e stile di vita, rimane poi *Helicobacter pylori*. Effettivamente presente nell’ultima gastroscopia del 2006, seppure in bassa concentrazione. Particolare, questo, che aveva giustificato le mie resistenze ad attuare una terapia antibiotica idonea alla sua eliminazione.

Dal momento che gli abituali rimedi (gastroprotettori, antispastici) non davano risultati, ho consultato un gastroenterologo. Anche perché, nel frattempo, ero dimagrito e avvertivo riduzione delle forze. In piscina le gambe tendevano ad affondare nell’acqua, mantenere i consueti ritmi di bracciata diventava faticoso. La prima indicazione è stata quella di debellare *Helicobacter*, che il test del respiro aveva confermato essere presente, e di proseguire l’assunzione di omeprazolo. Poi, persistendo i dolori, è stata effettuata una gastroscopia. Risultato: conferma di una gastrite cronica interstiziale di grado lieve e in fase quiescente, ricerca negativa per *Helicobacter* ma presenza di ade-

nocarcinoma moderatamente differenziato nel duodeno, con “verosimile primitività” di tale sede.

Visita chirurgica ed esami preliminari all'intervento: ecocardiogramma, spirometria, TC torace–addome–pelvi con mezzo di contrasto. Quest'ultima indagine mette in evidenza un quadro clinico ancora più preoccupante. In sintesi: tumore del pancreas (3 cm) esteso a infiltrare il solco pancreatico duodenale e la parete della prima e seconda porzione duodenale; marcata aderenza della lesione alla vena mesenterica superiore; arteria gastroduodenale inglobata nel processo.

Quando leggo il referto, che mi viene consegnato poco dopo l'esame, non ho sufficiente lucidità per una oggettiva valutazione. Sono invaso dal convincimento di un verdetto senza speranza. Tre centimetri possono sembrare pochi, ma in realtà denotano una estensione già avanzata, che ha anche interessato alcuni vasi sanguigni. Vasi per ora esenti da infiltrazione, ma basterebbe un altro piccolo passo della neoplasia per determinarla. Un centimetro in più o in meno può fare la differenza tra vita e morte. Gabriella, accanto a me, è altrettanto sconvolta, ma cerca di farmi coraggio.

«La cosa buona è che non ci sono metastasi» dice, trattenendo le lacrime.

Il breve colloquio con il radiologo lascia invariata la mia condizione emotiva.

«Non è inoperabile» sottolinea. Che è cosa diversa, almeno per me in quel momento, da “è operabile”. Colgo in tale affermazione una ambiguità che suona conferma del mio vissuto.

Al nuovo appuntamento con il chirurgo, oltre Gabriella, vuole essere presente anche mia figlia Licia. Sono entrambe scosse dalla mia affermazione di non voler sottostare a terapie senza speranza di soluzione, a voler privilegiare qualità e dignità della vita rispetto alla sua durata. Già nel primo incontro ero rimasto colpito da disponibilità, capacità di attenzione, doti umane del chirurgo, cui il gastroenterologo stesso mi aveva indirizzato conoscendone l'elevato livello professionale e la particolare esperienza in questo tipo di tumori. Chiedo al professore massima sincerità riguardo la mia situazione clinica. L'interrogativo sul dire o non dire l'ho affrontato molte volte, stando dall'altra parte della scrivania. Ritengo non ci sia una regola fissa. Alcuni vogliono sapere, altri no. Dipende dalla dose di verità che il paziente è in grado di sostenere, da quanto il conoscere sia necessario per una pianificazione del futuro in termini economici o di progetti individuali, per dare compimento al proprio percorso esistenziale. Specifico di aver avuto una vita piena, gratificante. Posso anche non chiedere altro. Di fronte alle mie titubanze, guardandomi fisso, pone lui una domanda:

«Perché vuole rinunciare a qualcosa ancora possibile?»

Precisa poi, riguardo la data dell'intervento, di voler prima discutere con il radiologo alcuni particolari delle immagini della TC e consultare l'oncologa, valutando con lei l'opportunità di una chemioterapia preliminare, ai fini di rendere più facile e sicura l'asportazione del tumore. Chiedo quale sia il peso di questa terapia in termini di reazioni avverse.

«Il 70% delle persone la sopporta, il 30% no. Speriamo che lei non faccia parte di questo secondo gruppo».

Come concordato, mi fa avere una rapida risposta. Ritiene più opportuno seguire la strada di un ciclo di chemio prima dell'intervento. Lui stesso mi mette in contatto con l'oncologa. Un incontro rassicurante. Anche se in modo non sempre lineare, questa donna decisa e dagli occhi vivaci traccia un profilo del percorso da seguire, dando tutte le indicazioni utili per iniziarlo. Discute i possibili effetti collaterali, fornendo una lista di farmaci idonei a contenerli e focalizzando i giorni in cui, di solito, hanno carattere più intenso, quindi meno idonei al mantenimento di un'attività professionale. Mi dedica, senza fretta, il tempo necessario. Possiede quell'assetto recettivo che permette lo sviluppo di empatia.

Questo il decorso degli eventi, seguendo un filone sintomatico che porta dalle prime manifestazioni, apparentemente banali, a una diagnosi che sconvolge.

Ma il "killer silenzioso" aveva iniziato già prima la sua opera distruttiva e il mio inconscio ne dava informazione attraverso i sogni, con un linguaggio di cui solo in seguito sono riuscito a svelare i fonemi occulti. Ne ricordo due, fatti nella stessa notte, all'inizio di febbraio. Già allora avevo dolori epigastrici, poi momentaneamente regrediti, che suscitavano qualche interrogativo tacitato da risposte troppo circoscritte riguardo la loro origine.

Trovo la porta di casa aperta. Entrando percepisco la presenza di una figura seminascosta. Reagisco urlando e tirando calci.

Reazioni che acquistano anche carattere concreto e di cui fa le spese mia moglie. Al mattino, quando bonariamente si lamenta per i colpi ricevuti, le rispondo scherzando che evidentemente il blocco delle afferenze motorie per me non funziona. L'assenza di tono muscolare è una caratteristica della ciclica fase REM. Fase durante cui avvengono i sogni e che, elettroencefalograficamente, corrisponde a uno stato di sonno profondo, con attività cerebrale rapida, molto simile a quella della veglia, e con rapidi movimenti degli occhi. In questo caso invece il passaggio all'atto, conseguente ai particolari vissuti onirici, non viene impedito.

In quel periodo, l'essere aggredito era tema ricorrente nei miei sogni ed egualmente ne derivavano reazioni violente, tradotte in comportamenti attivi. Di tale ripetitività non ho valutato il senso in modo pieno. Interrogandomi sul possibile significato di questo piccolo frammento notturno, lo avevo correttamente inserito nella cornice del disturbo fisico con cui mi stavo confrontando. Staccato dal contesto, cioè da quanto una persona sta vivendo complessivamente in un certo momento, il sogno perde la possibilità di un'adeguata interpretazione. Ma il disturbo fisico aveva proporzioni più devastanti rispetto a quanto percepito sul piano cosciente. Siccome non aprivo gli occhi, la sveglia continuava a suonare. I messaggi in-

terni, rimasti inascoltati, si riproponevano. Gli eventi onirici non contengono profezie, veicolano invece avvertimenti riguardo rischi e possibilità che ancora non si affacciano sull'orizzonte della consapevolezza.

La lettura di questo primo sogno appare ora abbastanza immediata. Nel corpo che io abito si è introdotto un elemento che rimane "seminascosto", evidentemente pericoloso stando alle reazioni che suscita. Tale pericolosità è strettamente connessa al suo restare in ombra, a un lato oscuro inaccettabile, su cui ancora non riesco a gettare luce.

Devo ritirare, in un paese straniero, le ceneri derivanti dalla mia cremazione, pur essendo io ancora vivo, e decidere dove metterle. Per effettuare questo ritiro vago da un luogo all'altro. Sono accompagnato da mia sorella, che deve fare anche lei qualcosa di simile.

Questo secondo sogno, da considerare in sequenza con il precedente, attinge a livelli più profondi. Il contesto ha carattere di maggiore ampiezza. Non soltanto segnali di malattia che espone a un rischio, ma anche età in cui ciò avviene. Un'età che obbliga a guardare in faccia la morte e rende più imperativo il compito fondamentale che costella l'intero arco della vita: prepararsi alla fase finale di essa. L'artificio che il regista onirico mette in atto è illuminante. Sono vivo, ma devo assolvere il compito di dare collocazione alle mie ceneri, trovare spazi interni capaci di accogliere la morte. La cremazione ripropone soltanto una modalità rituale da me effettivamente scelta. Il