

# La relazione con il paziente terminale

Adriano Pessina<sup>1</sup>

Nella medicina contemporanea sono stati molto valorizzati i temi della comunicazione con il paziente, della corretta informazione, del rispetto della sua autonomia decisionale, anche se tutto ciò si è spesso risolto in termini puramente procedurali, dando vita a moduli di consenso informato, più o meno standardizzati, che, con il tempo, si sono mostrati per quello che sono: una forma di delega di responsabilità che tutela giuridicamente il medico e lo mette al riparo – in parte – da quei contenziosi che derivano dall'aumentata pratica di una medicina pensata in termini eminentemente contrattualistici. Non tutte le informazioni si possono fornire con *un pezzo di carta* e ci sono notizie che i medici amano dare di persona: sono quelle che sanciscono un risultato sperato. Ma ci sono notizie che sono difficili da comunicare: sono quelle che riguardano il fallimento di un intervento, o che annunciano la possibilità di una morte più o meno imminente. Il dovere di *dire la verità* al paziente sembra, in questi casi, incontrare molti ostacoli, che si materializzano in vari interrogativi: a chi tocca parlare, come lo si deve fare, quando lo si deve fare. E anche se esistono vari suggerimenti psicologici che possono aiutare il medico ad attuare una corretta comunicazione, il problema resta. Se, infatti, osserviamo attentamente la situazione, ci rendiamo facilmente conto di come queste domande abbiano, spesso, sullo sfondo, una inconfessata finalità: "liberarsi" al più presto da un'incombenza sgradevole. Fare bene, certo, ma soprattutto fare presto per rimuovere una situazione che di fatto grava esistenzialmente, psicologicamente e professionalmente sul

medico. In effetti, quando si introduce l'argomento della morte non solo come possibilità statistica, ma come evento prossimo che qualcuno che ci sta di fronte dovrà affrontare, muta il senso stesso della relazione. Nessuna relazione professionale in quanto tale può farsi carico della questione esistenziale del morire. Le competenze scientifiche sono azzerate di fronte a qualcosa che riguarda la condizione umana e ne determina un aspetto tanto singolare quanto universale. Il *dobbiamo morire* è diverso dal sapere che colui con il quale sto parlando, a cui stringerò la mano per salutarlo, sta per morire.

Ciò che più si teme è il rischio di diventare permeabili alla sofferenza, di dover sopportare qualcosa a cui, in fondo, spesso, non si è preparati, non tanto in termini psicologici o procedurali, ma in termini esistenziali. Si pensa, in effetti, che soltanto mantenendo una giusta distanza con le sofferenze e i disagi esistenziali altrui si possa esercitare la professione medica: questa convinzione ha una parte di verità, ma non deve farci dimenticare che non è rimuovendo o nascondendo la fatica dell'esistere che la si può affrontare nelle sue differenti forme. Nella relazione con il paziente terminale ci sono due soggettività che si possono incontrare soltanto se entrambe sono disponibili alla cosa più difficile: all'ascolto e, a volte, al silenzio come potente mezzo di comunicazione. Molte volte si trascura questo aspetto della relazione, e cioè il momento dell'ascolto e dell'accoglienza della paura, a volte della disperazione, della persona che deve affrontare la consapevolezza del morire e a cui dobbiamo offrire la possibilità di parlare della propria imminente morte.

<sup>1</sup> Professore Straordinario di Filosofia Morale, Direttore del Centro di Ateneo di Bioetica Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

Corresponding author  
Prof. Adriano Pessina  
adriano.pessina@unicatt.it

Con chi, infatti, potrà sfogare le proprie angosce, con chi potrà esprimere i propri timori, con chi potrà condividere i propri bilanci esistenziali e le proprie delusioni? La risposta che siamo soliti dare è che si tratta di una questione personale, che deve trovare la sua collocazione nell'alveo familiare, o all'interno di eventuali strutture di aiuto e di conforto. Nel migliore dei casi, inoltre, il paziente può essere indirizzato a qualche psicologo o, se religioso, a qualche sacerdote. Del resto, si osserva, non è possibile fare di più. La professione del medico è, in fondo, un mestiere altamente specializzato, che non contempla anche una preparazione di ordine psicologico, né si possono chiedere virtù eroiche a chi la esercita, né si può ipotizzare un impiego del tempo (già così scarso, si suole dire) che sottragga il medico alle sue attività di ricerca, alla sua prassi clinica. Sono tutte osservazioni ineccepibili.

Se restiamo all'interno della logica dei diritti e dei doveri, è sufficiente una comunicazione veritiera, corretta, aperta, capace di non togliere la speranza al paziente (come insegna anche il codice deontologico, senza però spiegare come si possa fare), per assolvere all'ingrato compito di dare brutte notizie.

Ma se cambiamo la prospettiva, se cerchiamo di pensare nei termini della condizione umana del nostro paziente (un nostro che indica qualcosa di più di un legame professionale?), allora comprendiamo che è possibile fare qualcosa di più: offrire un'autentica disponibilità all'ascolto. Comunicare *sul posto di lavoro*, che è lo studio medico, qualcosa che riguarda la dimensione più intima della persona umana, cioè la sua fine, significa *esporla esistenzialmente* in un ambiente in cui incombe, per sua natura, l'impersonalità e l'estraneità.

Per il paziente, soffrire in un letto d'ospedale, che è diventato il suo mondo esistenziale, significa soffrire in un ambiente che è anche il *posto di lavoro* di altri: significa interferire con le dinamiche e i tempi di lavori di altri. Venire a conoscenza della propria morte, più o meno imminente, dentro questi ambienti significa scoprire la propria radicale solitudine, perché fuori da quegli spazi la vita continua e il tempo altrui diventa un tempo estraneo quando il proprio tempo si fa breve.

Di fronte a questa situazione occorre creare uno spazio umano alla comunicazione infausta e questo avviene, mi sembra, laddove si crei una reale possibilità di ascolto.

Ascoltare: una delle più difficili attività umane. Perché noi siamo soliti udire le parole, sentire i suoni, percepire i rumori: ascoltare significa pazientare, cioè adeguarsi ai tempi della comunicazione altrui e non imporre i nostri tempi a chi sa che il proprio tempo è divenuto breve, troppo breve. Ora, questo ascolto mi sembra particolarmente doveroso quando ci si deve occupare di giovani pazienti, di bambini, di ragazzi, di adolescenti.

Ciò che dico non deriva da alcuna esperienza specifica, e questo parrà, a molti, un limite, perché spesso si pensa che si possa parlare soltanto a partire da qualche esperienza: quello che intendo dire deriva da una riflessione di ordine filosofico. Altri potranno dare suggerimenti concreti: ciò che, qui, vorrei però sottolineare è un altro aspetto, che potrei definire esistenziale.

Noi uomini siamo disarmati di fronte alla morte, perché della morte non si ha alcuna esperienza: molti hanno esperienza del morire altrui, o del decesso altrui, ma mai della morte. La morte depotenzia, in qualche modo, la sicurezza della nostra competenza, della nostra maturità umana. Il pensiero del morire, infatti, ci consegna a una condizione di esposizione e di fragilità che ci rende, sotto certi aspetti, compagni di avventura di chi ci precederà attraversando un'esperienza in prima persona che non è delegabile a nessuno. Ascoltare, in questi casi, significa condividere uno spazio e un tempo, nel quale le relazioni umane si intrecciano con le irripetibili differenze che fanno di ognuno di noi un unico io.

Il fatto che il medico, colui che possiede l'arte della guarigione, sappia prendersi cura del proprio paziente nell'ascolto delle sue paure e delle sue tristezze è un compito, mi sembra, fondamentale, che appartiene alla struttura di chi, per usare un facile gioco di parole, è un medico e non soltanto *fa* il medico.

Tutto ciò è distante sia dall'immagine di una medicina paternalistica, in cui il medico pretende di sostituirsi ad altre figure significative per l'esistenza del proprio paziente, sia da quella strettamente contrattualistica, che confina l'arte medica alla diagnostica, alla clinica, alla *prestazione d'opera*. Tutto ciò, piuttosto, ha a che fare con la responsabilità personale del medico di fronte alla sua stessa personalità umana. Infatti, saper ascoltare significa saper intrattenere relazioni personali che hanno a che fare con la costruzione della propria identità umana. Chi sa accogliere con serenità la propria condizione umana sa

anche consegnare serenità a chi lo precede sulla via della morte. Il medico non può e non deve sostituirsi a nessuno, ma non deve nemmeno farsi sostituire nel suo compito, e la medicina, che è un'arte che si avvale di molte conoscenze scientifiche, richiede un'attenzione alla condizione umana che non si esaurisce in nessun approccio naturalistico, perché l'uomo è sempre di più di una complessa macchina organica. Tutto ciò, ripeto, diventa particolarmente rilevante laddove si ha a che fare con i giovani, con i ragazzi, con i bambini, con coloro che hanno il diritto di incontrare non soltanto un esperto, un *tecnico altamente specializzato*, ma un uomo, una persona umana.

Ci sono mestieri che non si imparano, se non si impara a essere uomini. Il tempo per ascoltare, il tempo per pensare, il tempo per condividere, il tempo per parlare del morire è l'unico tempo che non possiamo sacrificare laddove il tempo si è fatto breve. Un tempo che, un giorno, sarà anche il nostro.

Ci sono limiti che il medico, nella sua professione, non può valicare, ma questa capacità di non sostituirsi ad altri, questa consapevolezza che dopo un paziente ce ne sarà un altro, che a una visita ne seguirà un'altra, non può diventare un alibi per sottrarci al compito, professionale perché umano, di ascoltare e, a volte, di ascoltarci nelle parole e nelle paure altrui.