Accanto al malato â€“ Parte 3: Condividere la verità

Tratto da:
Luciano Manicardi, L'umano soffrire, Edizioni Qiqajon, Monastero di Bose, Magnano (BI) 2006, p. 47-50

Si ringrazia l'editore per la gentile concessione

Guida alla lettura

In questa terza e ultima parte della sua riflessione su come stare accanto a chi soffre, Luciano Manicardi affronta il più delicato dei problemi: comunicare al malato una prognosi infausta, fargli capire con trasparenza e delicatezza la gravità irreversibile della sua condizione.

Ancora una volta il punto di partenza è la Bibbia: il Salmo 41, in particolare, svela senza mezzi termini come le parole di circostanza e banalmente rassicuranti, le parole «che parlano di un futuro che in realtà non ci sarà», lungi dall'illudere il malato, lo fanno sentire solo e incompreso, e finiscono per scavare un solco di ostilità fra lui e gli amici che lo visitano con ipocrisia. Ma il rischio di arrendersi alla "congiura del silenzio" riguarda ognuno di noi, in ogni tempo, perché la rimozione della morte è sempre in agguato, mentre occorrerebbe aver chiaro che «la morte è parte costitutiva dell'esistenza e la malattia una modalità dell'esistenza».

Ciò che è decisivo capire per porsi in modo corretto nei confronti del malato è che la "verità" sulle sue condizioni di salute non è un'informazione tecnica che altri possiedono ed eventualmente trasmettono, ma fa parte integrante della sua vita, è la sua stessa vita. Quello della "comunicazione" della **verità al malato** è quindi un falso problema, perché semmai si tratta di trovare il modo migliore per condividere la **verità del malato**. E per questo, sottolinea Manicardi, non esistono regole generali: occorrerà sempre valutare caso per caso, adattandosi al linguaggio, alle condizioni psicologiche, alla cultura, alla fede della persona, e sempre coinvolgendo le figure affettivamente più significative per lei. Solo così si potrà salvaguardare la sua dignità, e aiutarla a fare della sofferenza e persino della morte le tappe di un cammino consapevole e sensato.

Un testo biblico presenta una situazione che spesso, anche oggi, il malato vive con profonda angoscia. Si tratta del Salmo 41, in cui un uomo malato viene visitato da conoscenti. Dice quest'uomo dei suoi visitatori:

«Chi viene a visitarmi dice parole false,
raccoglie cattiverie nel suo cuore
e, uscito, sparla nelle piazze.
Contro di me mormorano i miei nemici:
"L'ha colpito un male incurabile,
non si alzerà più dal letto in cui giace"» (Sal 41,7-9).

Il malato sente come nemici i suoi visitatori. Perché? Perché egli percepisce che essi si comportano con lui in modo non limpido: **dicono il falso, oppure sanno ma non dicono**. Con

Â© 2011 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org

lui si esprimono con parole false, o forse, meglio, inconsistenti, cioè con parole banalmente rassicuranti ("Vedrai che presto ritorni a casa", "Ti vedo meglio"), con **parole che parlano di un futuro che in realtà non ci sarà e a cui essi stessi non credono**, tant'è vero che, usciti fuori, esprimono ciò che veramente pensano, ovvero che il malato non ha scampo né speranza ("Hai visto com'è ridotto?", "Poverino, non gli resta molto da vivere"). Dietro alle parole di circostanza, vuote, **non all'altezza della gravità dell'evento della malattia e dell'approssimarsi della morte di un uomo**, si nasconde la rimozione della morte e la non volontà di farvi i conti. Il malato però intuisce la doppiezza e la falsità dei suoi amici-nemici e questo lo deprime, lo avvilisce e lo irrita.

Siamo di fronte al difficile problema della comunicazione al malato della reale gravità della sua malattia, soprattutto quando si ha a che fare con una prognosi infausta, **problema che crea alcune delle più penose situazioni che si verificano al capezzale di un malato**: la congiura del silenzio, l'inganno pietoso, la creazione di un clima di ipocrisia in nome di un malinteso affetto nei confronti del malato, i silenzi imbarazzati, le risposte evasive, le frasi che spengono le domande insistenti del malato ("Ma cosa dici?", "Non pensare a queste cose..."), l'umiliante paternalismo. Tutto questo accresce l'insicurezza del malato, alimenta i suoi dubbi e soprattutto **lo lascia solo in un momento critico e decisivo della sua esistenza** facendolo magari sentire tradito dai suoi stessi cari. Ovviamente su questo problema, impropriamente chiamato della "comunicazione della verità al malato", non esiste alcuna legge da applicare astrattamente: **occorrerà sempre vagliare caso per caso**, ascoltare ogni malato e adattarsi al suo linguaggio e alle sue modalità recettive tenendo presenti le sue condizioni psicologiche, la sua eventuale fede cristiana, la sua levatura culturale, la sua capacità di ricevere e assumere positivamente la comunicazione anche infausta (a volte questa comunicazione e la sua stessa modalità può causare stati depressivi o pulsione di suicidio) [**1**]. Si tratterà perciò di una comunicazione graduale, personalizzata, in cui dovranno essere coinvolti non solo i medici e il personale sanitario, ma anche i familiari, le persone care, soprattutto **le persone rilevanti e significative affettivamente per il malato**. Solo da chi conosce e ama il malato (e anche dal personale curante, se ha stabilito rapporti di stima e fiducia, di rispetto e confidenza con il malato) potrà venire non una brutale sentenza di morte, ma una comunicazione compartecipata e compassionevole [**2**]. Occorre inoltre tener presente che il malato intuisce e sa, molto più di quanto si sia disposti a credere, la sua malattia e il suo reale stato.

Ciò che rende arduo il problema è la cultura di rimozione della morte in cui si è immersi: **occorre avere chiaro che la morte è parte costitutiva dell'esistenza e che la malattia è una modalità dell'esistenza**. Se questo è vero, allora il malato ha il diritto di essere a conoscenza del suo stato di salute e dell'eventuale gravità o mortalità della sua malattia perché **ciò che è in gioco non è una "verità" su di lui posseduta da altri, ma è la sua stessa vita**, è lui stesso con la rete di relazioni affettive, familiari, professionali, sociali che deve ora fronteggiare nella nuova situazione.

Il problema non è dunque comunicare la verità al malato, ma condividere la verità del malato. Una diagnosi infausta scatena meccanismi di autodifesa e di elusione anche nei familiari e nel personale curante e richiede un lavoro su di sé di assunzione della morte e del dolore da parte di chi deve poi anche comunicarla e farne partecipe il malato. Il diritto del malato a essere informato sul suo stato di salute, come sulle medicine che gli vengono somministrate e sulle

terapie che gli vengono prospettate, va di pari passo con il dovere del medico o di chi è al corrente della reale condizione del malato di non giocare questo sapere come potere. **Ciò che è in gioco è l'autenticità della relazione con il malato** e la verità umana, esistenziale del malato stesso: questa non può essergli sottratta, non può essergli celata da altri che la gestiscono contro la sua volontà. Ne va della sua dignità umana. Del resto, tra i diritti stabiliti dalla "Carta del malato utente dell'ospedale" vi è il diritto di essere informato. **Per il cristiano** poi è una necessità insita nella sua stessa fede conoscere l'esito mortale a cui lo sta portando la malattia da cui è afflitto: così egli potrà assumere gradualmente la sua situazione ed elaborarla nella fede cogliendola come "debolezza in Cristo", e potrà prepararsi alla morte, che per lui è anche momento di passaggio da questo mondo al Padre. E così egli potrà non essere sorpreso dalla morte come da evento inatteso, **ma fare della morte un compimento del vissuto e l'inizio di una nuova vita**.

Note

1) Cf. I. Schinella, "Condivisione della verità all'ammalato", in Rassegna di teologia 5 (1990), p. 487-501; cf. anche C. Iandolo, Parlare col malato. Tecnica, arte ed errori della comunicazione, Armando Editore, Roma 1993, p. 171-183.

2) Cf. M. Faggioni, s.v. "Verità al malato", in Dizionario di teologia pastorale sanitaria, a cura di G. Cinà, E. Locci, C. Rocchetta e L. Sandrin, Edizioni Camilliane, Torino 1997, p. 1351-1360.

Biografia

Luciano Manicardi è nato a Campagnola Emilia (Reggio Emilia) nel 1957. Si è laureato in lettere classiche a Bologna, con una tesi sul Salmo 68. Dal 1981 fa parte della Comunità Monastica di Bose (BI), dove ha continuato gli studi biblici ed è attualmente Maestro dei novizi e, dal 2009, Vice Priore.

Membro della redazione della rivista "Parola, Spirito e Vita" (Dehoniane, Bologna), svolge attività di collaborazione a diverse riviste di argomento biblico e spirituale, tiene conferenze e predicazioni.

Dal 2008 è membro del Comitato Culturale della Fondazione Alessandra Graziottin.