

La verità al letto del malato: aspetti etici e deontologici

Renzo Pegoraro (Padova)

1. Introduzione

Il problema della comunicazione della verità al malato si inserisce nella complessa e impegnativa relazione medico-paziente, e ne rappresenta un punto cruciale.

Anche l'infermiere viene coinvolto, per le proprie responsabilità relative al piano di assistenza, e nella collaborazione con il medico nell'approccio d'équipe al paziente.

Le attuali tendenze socio-culturali che condizionano in diversi modi la pratica medica, nonché la maggior attenzione alla dignità e ai diritti del soggetto-paziente (sua autonomia ed esigenza del «consenso informato»), orientano sempre più alla piena informazione del paziente riguardo la malattia, il decorso, e la terapia. Tuttavia è ancora diffusa la prassi del medico di tacere o di «manipolare» in qualche modo la verità, specialmente quando la prognosi è grave o infausta (es. cancro) e il paziente manifesta serie difficoltà ad accoglierla, facendo temere reazioni inconsulte, o ripercussioni negative sul processo terapeutico.

La discussione sul comportamento da assumere in questi casi è complessa, con aspetti di carattere medico, psicologico, giuridico e etico; ed è soprattutto sul piano morale che possono sorgere drammatici interrogativi per il medico: Quale verità comunicare? Quali sono i modi e i tempi più appropriati ed efficaci? Come comportarsi se si ritiene opportuno tacere? Come si configura la menzogna in tale contesto? E in questione la verità stabilita in ordine alla persona, nella tensione tra dimensione «oggettiva» di essa e «reattività» del soggetto.

Il medico risulta profondamente coinvolto a livello di coscienza personale e di prestigio professionale per la fiducia e la stima che gode nei confronti del malato e dell'intera società; non può evitare di assumersi la responsabilità per una giusta comunicazione della verità al paziente che a lui si è affidato.

2. Un dovere e un diritto. Il medico (chiamato per tradizione *vir bonus sanandi peritus*) avverte in quanto uomo e per la professione che esercita *il grave compito* di conoscere e comunicare la verità, e quindi di essere verace nel suo parlare e agire; e questo nella relazione con l'«altro» che è sofferente e lo «interpella» per affrontare una situazione di «crisi». L'attenzione è rivolta al bene della persona malata, compresa nelle ansie e incertezze che sta vivendo, cercando di riconoscere qual è la verità che coinvolge la sua esistenza.

Il *Nuovo Codice Italiano di Deontologia Medica (3-10-1998)* conferma un atteggiamento prudentiale, sottolinea la responsabilità del medico e l'importanza della volontà del paziente, non fa più menzione (rispetto alla stesura precedente del Codice), del dovere di comunicazione ai congiunti quando ci siano difficoltà per la reattività del paziente. L'art. 30 afferma: «Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche..... Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata». In modo sostanzialmente analogo si sono espressi i Codici Deontologici di altri Paesi (cf. Lega).

Il *Codice di Deontologia dell'Infermiere (febbraio 1999)* insiste sulla relazione e comunicazione con il paziente, e così si esprime: art. 4.2 «L'infermiere ascolta, informa,

coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito”; e all’art. 4.5 “L’infermiere, nell’aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato”.

Tuttavia rimangono dei problemi su come comportarsi concretamente quando la verità è “pesante” e si prevede una particolare fatica da parte del paziente nell’accoglierla e accettarla.

Giuridicamente non ci sono dubbi: il paziente ha sempre diritto di conoscere la verità. Si tratta di pretesa che attiene al diritto individuale e si ricollega al diritto personale di poter disporre di se stesso (cf. artt- 32 e 13 della *Costituzione italiana*; *Raccomandazione n. 779, 29-1-1976, del Consiglio d'Europa relativa ai diritti dei malati e dei morenti*).

La Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina del Consiglio d’Europa (1996) afferma all’art. 10: “Ogni persona ha il diritto di conoscere ogni informazione raccolta sulla propria salute. Tuttavia, la volontà di una persona di non essere informata deve essere rispettata”.

Il rispetto per la dignità della persona sostiene il diritto: di conoscere tutta la verità intorno alle proprie condizioni di salute e alle cure che si rendono necessarie, per poter disporre di se stesso; e di gestire la propria libertà (cf. M. Comporti-G. Lorè). Ma vanno considerati anche altri diritti certi del paziente (ricerca della salute, benessere), insieme alla responsabilità verso terze persone che questi può avere; da qui la necessità di interpretare adeguatamente la volontà del malato, nel caso che esplicitamente chieda o che non chieda sulla sua condizione.

Da quanto finora esposto, sembra sostenibile l'indicazione per una piena e chiara informazione del paziente, che risulta abbastanza semplice nel caso di patologie lievi e benigne, mentre sorgono reali difficoltà e gravi «conflitti» se la malattia condiziona seriamente la vita futura o è a decorso fatale. Si intravede come il problema non possa esaurirsi in semplici termini di «dovere e diritto», ma sia questione impegnativa per entrambi i soggetti coinvolti, e specialmente per il medico, che evitando atteggiamenti paternalistici o sbrigative e crude informazioni, deve affrontare con coscienza e dignità professionale la sua relazione col paziente, ricordando il principio classico «primum non nocere». Emerge la necessità di ulteriori approfondimenti sulla «verità» e sulle sue espressioni all'interno della peculiare relazione medico-paziente.

3. Verità e veracità.

La ricerca della *verità*, nelle sue diverse manifestazioni, è caratteristica fondamentale dell'uomo e trova espressione nei rapporti di ogni persona con se stessa, con gli altri, con la realtà. Nel considerare il denso e poliedrico concetto di verità, richiamiamo l'approccio biblico-teologico che ne evidenzia l'intima correlazione con solidità, fedeltà, costanza. La verità implica una relazione sicura e si pone su un piano storico-esistenziale. «Dire la verità», nell'orizzonte semantico biblico (cf. il termine ebraico *'emeth*: ciò che è sicuro, stabile), evoca meno il problema dell'esattezza della dichiarazione, che la stabilità derivante da un patto. Proprio questa concezione appare più vicina a quella in questione nel rapporto terapeutico, per cui la verità non è solo trasmissione di informazioni pur «scientificamente esatte» da parte del medico, ma implica un impegno di fedeltà che si vuole esprimere e realizzare.

Si aprono, così, più ampie prospettive a riguardo della *veracità*, come virtù tesa alla verità e alla attuazione di essa, nella fedeltà a se stessi e agli altri. Ciò rende possibile la fiducia e la certezza nella e della comunicazione, di cui costituiscono il fondamento necessario. Solo la fiducia consente all'interlocutore di interpretare, comprendere e reagire adeguatamente alle parole e gesti che riceve. L'atteggiamento verace del medico veglierà sulla giustezza del contenuto e del fine rispetto alla verità sottostante, integrando le circostanze, il luogo, i tempi; alla luce del rapporto esistente fra gli interlocutori e fra soggetto e oggetto in questione, rivedendo la «competenza» della stessa parola usata per evitare ogni inganno. Ne risulta chiaro il rifiuto della menzogna, la cui legittimazione «in certi casi» rappresenta sempre una

minaccia alla fiducia e alla certezza di un rapporto, e induce al sospetto su ogni affermazione, anche realmente «buona». Ma è necessario comprendere meglio il senso morale della bugia, superando una concezione «oggettivistica» di essa, per una visione più sfumata, attenta alla antropologia della comunicazione (motivazione-intenzione, conseguenze...). In particolare, sembra opportuno affidare alla veracità complessiva del soggetto in relazione con l'altro la decisione per le situazioni estreme di una difficile comunicazione.

4. Indicazioni per un approccio etico al problema. Anche il Magistero cattolico, con Pio XII, aveva fornito delle indicazioni etiche a riguardo: «Vi sono dei casi in cui il medico, anche se interrogato, non può, pur non dicendo mai cosa positivamente falsa, manifestare crudamente tutta la verità, specialmente quando sa che il malato non avrebbe la forza di sopportarla. Ma vi sono altri casi nei quali egli ha senza dubbio il dovere di parlare chiaramente: dovere dinanzi al quale ha da cadere ogni altra considerazione medica o umanitaria» (*Allocuzione all'Unione Italiana Medico Biologica «San Luca», 12-11-1944*).

Alla luce di quanto detto sopra, sviluppiamo alcuni criteri guida per una responsabile comunicazione della verità al malato.

1. E necessario un continuo sforzo intellettuale per *entrare nella verità che si deve comunicare*. Il medico, facendo appello alla propria esperienza clinica, deve anzitutto conoscere e valutare nel modo più preciso possibile i vari elementi della verità in questione, che non sempre ha carattere così definito sul piano dei parametri medici e nel riferimento al singolo paziente. E poi, la verità che si comunica, è «neutrale» o coinvolge intensamente tutta l'esistenza del malato?

E come impegna anche lo stesso medico, in termini di energia morale e di tempo?

2. Occorre interrogarsi sul *tipo di rapporto esistente col malato*. Si è ridotto a semplice fatto tecnico, «freddo», perdendo di vista la persona nella sua interezza? O, al contrario, può essere troppo coinvolto emotivamente, creando altre difficoltà? Come si configura un vero rapporto terapeutico? Questo chiede competenza scientifica, ma anche discrezione e un massimo di onestà e sincerità. Il medico cerca di operare per una piena e adeguata informazione, "condividendo" la verità che conosce. Ma può essere urgente tacere o velare momentaneamente la verità: come rispettare la veracità di sé e della comunicazione, evitando la cosiddetta «bugia pietosa»?

3. Qual è la *capacità ricettiva del paziente*? È necessario valutare le sue condizioni fisiche e spirituali, considerando il sovraccarico psicologico e morale che la verità comunicata può rappresentare. Forse il paziente ha alle spalle una precedente storia alimentata da illusioni e da nascoste menzogne di vita. Forse la sua opzione di vita, incarnata nelle scelte concrete, non ha mai subito la necessità di una dolorosa disillusione e maturazione. Un atteggiamento di fuga e una incapacità di soffrire creano un ostacolo serio per il rapporto con il medico.

4. Vanno prese in considerazione le *possibili conseguenze* nel malato della verità comunicata. Questa potrebbe essere duramente rifiutata, creare ulteriori angosce, compromettere l'intervento terapeutico. O potrebbe essere accolta con una certa serenità, dischiudendo nuove prospettive per la vita stessa del paziente e per i suoi rapporti con gli altri, in primo luogo col medico. Questi, d'altra parte, non può dispensarsi dalle proprie responsabilità, ma deve verificare ogni cosa e chiedersi se abbia fatto tutto il possibile nelle date circostanze per il rispetto del paziente.

5. Considerare i possibili *beni in conflitto*: il diritto alla verità del paziente, il rispetto della sua condizione di sofferenza, l'efficacia dell'intervento terapeutico, la salvaguardia della stima personale e pubblica del medico, gli interessi di terzi. Una ponderazione, talora difficile e sofferta, è necessaria.

6. Creare un *clima adatto* alla comunicazione della verità, in base alla reciproca fiducia e cercando le condizioni più opportune. Importanza degli infermieri, dei familiari e di tutti coloro che in vario modo assistono il malato. Coinvolgere attivamente lo stesso paziente nel processo per superare gli ostacoli personali ad una vera comunicazione.

In sintesi, si tratta di individuare il «bene globale» del paziente che istruisce il «modo» del comunicare la verità e il suo stesso «contenuto».

5. Una scelta di autenticità e di gradualità. Lo sfondo è quello del rapporto medico-paziente inteso come *alleanza* che si instaura tra persone, tra una «coscienza» e una «fiducia», basata sul reciproco rispetto. Al suo interno si rende possibile una vera e fedele comunicazione, che dà senso ad ogni particolare informazione. Ne deriva la responsabilità etica per una *relazione autentica*, alla quale aspirano medico e paziente; e in essa trovano piena luce le parole e i gesti. «Il significato della parola esternata dipende dall'intenzione di chi parla e dalla capacità di chi ascolta, cioè dal contesto di vita in cui si innesta e che serve da chiave ermeneutica» (Demmer, 8).

Non sembra opportuno stabilire condotte stereotipate, standardizzate, ma l'invito è alla massima prudenza in ogni singolo caso, escludendo assolutamente ogni routine. Si deve insistere sul dovere morale della verità, sulla virtù della veracità, che impegnano la coscienza professionale del medico per poter dire convenientemente e gradualmente quella verità di cui ha bisogno una persona umana per far fronte in modo positivo alle sfide che le pone l'ultima malattia.

Si può parlare in questo contesto di *legge della gradualità*, per una introduzione progressiva nella verità intera, accompagnata da una esperienza di accettazione, di solidarietà e di conforto, che consente una elaborazione personale della speranza. Il medico è chiamato in causa nella sua competenza comunicativa (scelta dei tempi, termini usati...), nella capacità di coinvolgere opportunamente le diverse persone che assistono il paziente, specialmente sul piano psicologico e religioso. Occorre esprimere un autentico «prendersi cura» del malato, con delle presenze fedeli, prima e dopo la «rivelazione» della sua condizione. Il cammino è verso una consapevolezza, più o meno esplicitata, della «verità» della propria vita, qui e ora, attraverso il confronto con la realtà biologica e la prospettiva della propria visione religiosa. Concretamente, il medico dovrà affrontare i limiti insiti nella comunicazione umana e quelli conseguiti a scelte «negative» proprie e del paziente, nella ricerca di ponderare il «bene da fare»; valutando come male «non morale» quella dissociazione tra pensiero e sua espressione che può risultare inevitabile.

Importante è la collaborazione all'interno dell'équipe curante, riconoscendo e valorizzando il ruolo dell'infermiere ed eventualmente dello psicologo. L'infermiere, specialmente, svolge una funzione essenziale nel creare le condizioni di relazione e fiducia per cui il paziente trova il coraggio di chiedere quanto desidera sapere. Ed è altrettanto preziosa la funzione di vicinanza, sostegno e mediazione nel «dopo comunicazione» della verità.

La collaborazione tra le varie figure professionali permette di definire meglio l'approccio al singolo paziente, per concordare le modalità concrete di aiuto verso «quella verità di cui ha bisogno» per affrontare le cure e/o la fase terminale della vita.

Tale collaborazione, che può coinvolgere i familiari in una adeguata sinergia, non sottrae il medico al suo compito di essere referente principale per il paziente, e dal quale il paziente deve sapere la verità in gioco, senza deleghe.

La professione medica è interpellata fino in fondo. Secondo N. Cousins «essere capaci di diagnosticare con esattezza è una buona dimostrazione di competenza medica; essere capaci di dire al paziente ciò che egli deve sapere è una buona prova di arte medica» (Iandolo, 11).

6. Alcune situazioni tipiche. Se il paziente espressamente chiede di conoscere il proprio quadro clinico (anche se grave) il medico deve aiutarlo a raggiungere la verità, curando i tempi e i modi per una comunicazione adeguata, chiara, graduale se necessario.

Se il paziente preferisce non chiedere e non desidera affrontare l'argomento, ma manifesta adesione e collaborazione alle proposte terapeutiche, il medico non deve forzare la situazione ed esprimere rispetto verso la volontà di silenzio del paziente.

Se il paziente non chiede e dimostra difficoltà a comprendere e a collaborare nei confronti delle terapie, quindi scarsa consapevolezza della situazione, con pericoli di effetti negativi per sé (o per altri), il medico deve condurlo alla verità, con prudenza e chiarezza.

All'interno di una buona relazione tra i vari soggetti coinvolti (operatori sanitari, paziente, familiari, ...) è possibile individuare parole e gesti che portano alla verità, difficile spesso, ma anche liberante, dura "verità pesante" da portare insieme, da condividere, faticosa, che interpella sulla vita, e sulla morte; sulla speranza.

Bibl. - AA.VV. *Il diritto di sapere e la scelta di una morte serena* in: "Prospettive nel mondo" 75/76 (1982) 33-79 - AA.VV., *Wahrheit am Krankenbett*, in: «Arzt und Christ» 38 (1992), 3-55 - A. BERETTA ANGUSSOLA, *Bisogna dire la verità all'ammalato? La posizione del medico*, in: "Medicina e Morale" 15 (1965) 153-162 - P. BOLECH - J. HUBER, *La verità al capezzale dell'infermo*, in: "Res Medicae" 24 (1978) 287-291 - M. COMPORTI - C. LORÉ, *Decisione medica e diritti del malato: l'informazione e il consenso*, in: «Federazione Medica» 37 (1984) 606-613 - K. DEMMER, *Si deve dire la verità al malato? Il sacerdote cattolico*, in: "Federazione Medica" 36 (1983) 8 -10 - C. GEETS, *Vérité et mensonge dans la relation au malade*, in: "Revue Théologique de Louvain" 15 (1984) 331-345 - L. GOLDIE, *The ethics of telling the Patient*, in: "Journal of Medical Ethics" 8 (1982) 128-133 - B. HÅRING, *Etica Medica*, Paoline, Roma 1979 - C. IANDOLO, *Parlare col malato*, Armando, Roma 1983 - C. LEGA, *Il diritto del malato alla verità*, in: "Giurisprudenza italiana" 1 (1985) 5-11 - C.M. MARTINI, *Quale verità al malato: chi, come, perché*, in: «Anime e Corpi» 24 (1986) 671-686 - L. MILLET, *Vérité sincérité, authenticité dans la relation médecin-malade*, in: "Le Supplément" 117 (1976) 151-164 - R. PEGORARO, *Comunicazione della verità al paziente. Riflessioni etico-teologiche*, in: "Medicina e Morale" 41 (1991) 959-986; 42(1992)425-146 - R. PEGORARO, *Verità al malato*, in S. LEONE, S. PRIVITERA (a cura di), *Dizionario di bioetica*, Città Nuova, Roma - ISB Istituto Siciliano di Bioetica, Acireale (CT) 2004, pp. 1235-1239 - G. PERICO, *Il diritto del malato a sapere*, in: «Aggiornamenti Sociali» 34 (1983) 171-180 - A. SANTOSUOSSO - M. TAMBURINI, *Dire la verità al paziente. Alcuni motivi psicologici e giuridici*, in: "Federazione Medica" 43 (1990) 503-507 - I.SCHINELLA, *Condivisione della verità all' ammalato*, in: "Rassegna di Teologia" 31 (1990) 407-501 - S. SPINSANTI, *L'Alleanza terapeutica*, Città nuova. Roma 1988 - D. THOMASMA, *Telling the truth to patients: a clinical ethics exploration*, in "Cambridge Quarterly HealthcareEthics" 3 (1994) 375-382 - F. TOSCANI, *Ancora sul dire la verità ai malati*, in "Bioetica" 3 (2001) pp. 510-521.