

**Dott. Giario Conti**

Direttore responsabile  
del periodico "Europa Uomo"  
Direttore reparto di Urologia  
ospedale Sant'Anna, Como

**G**entile professore, mio marito (60 anni) si accinge ad un intervento di prostatectomia radicale e il chirurgo non ha escluso la possibilità che ci sia una ripresa dell'attività sessuale dopo l'intervento, dato che il tumore è in fase iniziale. Recentemente, però, ha letto un articolo allarmante, che sembra non lasciare spazio ad alcuna speranza. Ora affronterà l'intervento con maggiore angoscia. È possibile che il chirurgo abbia solo creato illusioni? Gli è stata proposta anche la radioterapia ma gli hanno detto che deve scegliere lui e lui non sa come fare. Come posso, se posso, aiutarlo?"



**Cara lettrice,** non ho letto l'articolo specifico cui lei fa riferimento ma ritengo di poter comunque fare qualche osservazione che potrebbe essere di interesse generale e che apre la possibilità di ulteriori successivi ragionamenti: i "mai" e i "sempre" dovrebbero essere banditi dal vocabolario dei medici (e dei media) quando si illustrano ai pazienti le possibilità di cura e di guarigione di qualunque malattia, così come quando si considerano i possibili effetti collaterali. Se il chirurgo "garantisce" la conservazione della potenza sessuale dopo un intervento di prostatectomia radicale, senza dubbio crea delle illusioni eccessive (lo stesso vale per il radioterapista) in quanto in nessuna casistica al mondo tale conservazione è ottenibile nel 100% dei casi. Questo, però, non significa neppure l'opposto, e cioè che si debba per forza "dire addio al sesso dopo un tumore": in primo luogo perché esiste comunque la possibilità che possa essere con-

servata una funzione erettile spontanea più o meno efficace e poi perché esistono terapie in grado di aiutare il raggiungimento di una funzione sessuale soddisfacente per la coppia. Noti che ho volutamente usato due termini differenti, per sottolineare che la funzione sessuale è un insieme complesso che coinvolge diversi livelli della coppia, non solo fisici, ed è un concetto ben più ampio dell'erezione di per sé.

I fattori chiamati in causa sono molteplici, le caratteristiche del tumore, la sua maggiore o minore aggressività (e quindi la necessità correlata di una maggiore aggressività terapeutica), le caratteristiche cliniche del paziente, la sua situazione prima del trattamento, le eventuali patologie concomitanti, i farmaci assunti, le sue aspettative e i suoi bisogni più o meno inespressi.

Si ribadisce in ogni occasione la necessità di una corretta informazione sui benefici e sui rischi dei

diversi trattamenti e di un colloquio franco e aperto con il paziente e, se possibile, anche con i suoi familiari. Al di là delle parole, però, spesso abusate e utilizzate come alibi e autogiustificazioni, resta una realtà ad oggi molto differente in cui ognuno di noi ha perso, a mio avviso, un pezzetto della propria identità. Noi medici non siamo depositari di verità assolute e universali da dispensare come leggi divine e i malati non sono orologi rotti da riparare sostituendo qualche pezzo e registrando qualche molla. La malattia può far parte della vita di un uomo, ma non è "tutta" la sua vita e, soprattutto, non deve diventarlo, assorbendo ogni energia, annientando e desertificando ogni moto dell'animo che non sia di paura o di sconforto, sopprimendo ogni energia vitale e facendoci sprofondare in un gorgo di solitudine e di smarrimento.

Il rapporto umano concreto e motivato resta, per come la vedo io, l'unica strada percorribile per su-



perare una separazione che oggi è purtroppo più evidente che in passato. Un rapporto è fatto di dialogo, di comunicazione bidirezionale, di dire e ascoltare l'un l'altro ciò che ci può permettere di comprendere ciò che si cerca di comunicare, di condividere la sofferenza, di tenere viva la speranza. Per un medico è un cammino che dovrebbe iniziare sin dai primi anni di università e non concludersi mai, una progressiva costruzione, giorno dopo giorno, della propria capacità di dar vita a rapporti umani che le conoscenze scientifiche possono sostenere ma non sostanziare.

Ogni rapporto nella vita richiede che ognuno degli interlocutori lasci "cadere" un pezzetto di sé, delle proprie sovrastrutture mentali e culturali, per aprirsi all'ascolto di ciò che l'altro ha da dirci, il paziente al medico e il medico al paziente, fino al realizzarsi di una sintonia che possa riequilibrare rapporti di forza fra le due figure, così che diventi meno evidente l'intrinseca debolezza di chi, da malato, chiede aiuto e comprensione e non solo numeri e dati spesso poco comprensibili e interpretabili.

Disponiamo di tanti, tantissimi esami sofisticati e costosi, in cui spesso riponiamo una fiducia cieca e totale; eppure nessuno ci dirà sempre e comunque "la verità, tutta la verità, nient'altro che la verità"; spesso ho la sensazione che vengano usati come sostegno psicologico, sia da parte dei medici che dei pazienti, come se l'obiettività che deriva da una TAC o da una PET fosse il fine ultimo,

la certezza che fuga ogni dubbio, il lume della ragione trasferito sulla carne viva di chi ha un problema di salute; purtroppo non è così, gli esami sono solo *strumenti*, non possiamo farli diventare dei decisori terapeutici dando loro un ruolo che non possono avere, dimenticando la complessità umana che abbiamo di fronte; così la confusione e l'insicurezza aumentano, le decisioni si fanno più difficili, le posizioni più lontane, la comunicazione un'utopia. Perché non possiamo comunicare solo a colpi di TAC e di valori della glicemia.

L'apertura di un rapporto umano dovrebbe secondo me partire da una reciproca apertura di credito di chi in questo rapporto si sta impegnando: il medico mette in gioco la sua esperienza e competenza professionale ma anche la sua sensibilità umana e la sua capacità di ascolto; il paziente può trovare una nuova fiducia se può esprimere i suoi bisogni e le sue ansie, raccontare cosa si aspetta dalla vita e come vorrebbe affrontare il problema malattia; non vuole essere tenuto all'oscuro ma neppure si

aspetta un'asettica comunicazione di una diagnosi grave che potrebbe ferirlo psicologicamente togliendogli ogni speranza e ogni forza per continuare una lotta.

Ho già avuto modo di dire che questa è un'alchimia complessa di competenza professionale, di esperienza, di sensibilità umana, di capacità di ascolto e di interpretazione dei segnali che ci vengono inviati; è l'attività umana per eccellenza, a mio modo di vedere, saper riconoscere l'umanità nell'altro che si affida a noi; è ciò che rende bella la nostra professione anche se è certamente più difficile che non formulare una diagnosi corretta o proporre una terapia che, per essere adeguata, non potrà prescindere dall'aver preso in considerazione tutti gli aspetti umani di chi abbiamo di fronte.

Ribadisco che non bisogna "mai dire mai": la soluzione giusta in assoluto non esiste, esiste quella che più si addice a ogni singolo paziente con la sua irripetibile originalità di fisico, di mente, di emozioni, di aspettative.

Io credo che ognuno di noi sia chiamato a compiere un suo cammino nella vita, a volte da solo, a volte con altre persone al suo fianco; quando un ammalato viene da noi, è come se ci chiedesse di compiere un pezzo di strada insieme a lui, magari facendogli da guida e tenendolo per mano; una macchina non lo può fare ma un uomo sì; e se "siamo" medici, dovremmo essere, prima di tutto, uomini fra gli uomini. ■

