

VITA IN CORSA | **PAOLO CORRADINI****No alle bugie pletose**

Paolo Corradini, 50 anni, direttore del dipartimento di medicina oncologica e della divisione di ematologia all'Istituto dei tumori di Milano e docente di ematologia.

ROBERTO CACCIARI / CONTRASTO

Come si dice: lei ha un tumore

Una diagnosi di cancro, magari inoperabile. Ammettere che la medicina può fare poco. Esistono le parole giuste da usare? E i pazienti come reagiscono? Lo racconta un oncologo milanese che, da 25 anni, lo fa ogni giorno.

DI DANIELA MATTALIA

Sono le parole più difficili da comunicare, anche dopo tanti anni e dopo migliaia di pazienti. Dire a un malato di tumore che non resta più molto da fare è come spegnere le luci nella sua vita. A volte la tentazione di tacere è forte, sia per il medico sia per i familiari. Lo scorso 13 settembre l'alpinista Walter Bonatti è morto per un cancro al pancreas e la compagna Rossana Podestà ha confessato di avergli sempre nascosto la sua malattia. Fingere per risparmiare dolore. O, all'opposto, affrontare la realtà: alcuni oncologi inglesi, la scorsa settimana, hanno scritto su *Lancet* che ai malati terminali non vanno più date medicine sperimentali o false speranze, ma solo cure palliative.

Un crinale, quello fra verità e speranza, in cui muoversi con delicatezza. Lo fa ogni giorno, come racconta a *Panorama*, Paolo Corradini, che da 25 anni cura malati di leucemie e linfomi all'Istituto

VITA IN CORSIA | PAOLO CORRADINI

dei tumori di Milano, dove è direttore del dipartimento di medicina oncologica e della divisione di ematologia.

Come fate, voi medici, a dire a un malato che non c'è più nulla da fare?

Quasi non ci si riesce. Se il paziente è in grado di accettare la notizia, gli si dice che è molto grave e le terapie non possono guarirlo. Che possiamo al più controllare la malattia. Ma dire «la medicina non è in grado di salvarla» è diverso da «lei adesso muore»: sono messaggi che la mente umana recepisce in modo differente, anche se il contenuto poi è lo stesso.

È cambiato, oggi, il modo di dire «lei ha un tumore» rispetto al passato?

Ricordo che 25 anni fa, da studente, frequentavo i reparti cercando di imparare: cancro era una parola innominabile, si diceva «lei ha una brutta lesione all'intestino che va operata» e il paziente chiedeva «ma è un polipo?», perché neanche lui osava. Ma ciò che a me pareva davvero brutto, più che la diagnosi edulcorata, era il dire «stia tranquillo, lei guarirà». Questo innestava una sequela di balle che dovevano essere sostenute da tutti i medici dell'ambulatorio, dagli infermieri, dai familiari... Poi, nel 1994, sono andato negli Stati Uniti.

E lì era meglio?

Mica tanto. I medici americani, per prevenire i contenziosi, erano sinceri ma brutali: io me ne infischio della tua condizione psicologica, ti dico quello che hai così poi tu, malato, non puoi dire che non sapevi e farmi una causa. Queste sono le tue possibilità di sopravvivenza, amen.

Ci sarà un modo giusto di dire le cose come stanno. Lei, per esempio?

Scelgo di dire verità al 90 per cento, ometto quel pezzettino che in quel momento sarebbe troppo duro. È come se erodessi la quantità di speranza che rimane: all'inizio è 100, poi 70, poi 10, ma 10 non è zero. L'importante è che la speranza non sia mai zero.

Capisce subito quale tipo di paziente ha di fronte?

Passo le giornate a guardare corpi e

menti per trarne informazioni, come una sorta di poliziotto. E devo dire che, dalla diagnosi alla terapia, cambiano quasi tutti. Il paziente che sembrava un rompicapelle pazzesco dopo due mesi diventa collaborativo. Anche perché capisce che stiamo facendo di tutto. E se vede che il linfonodo che aveva al collo, grande come un pompelmo, scompare, il suo stato d'animo cambia. Si dice ok, ho avuto sfortuna, ma sto facendo qualcosa, e quel qualcosa funziona.

I pazienti più difficili?

C'è un tipo di malato che proprio non capisco: quello che devi quasi convincere a guarire.

Persone fataliste?

Ma no. Siccome la malattia risponde bene al trattamento, vogliono interromperlo. Ho avuto un paio di casi simili, di recente. Tu dici «proprio perché lei ora sta bene, è nella situazione ideale per un trapianto di midollo». E loro invece prendono tempo «per pensarci». È come se non volessero spezzare un equilibrio. Si fa una fatica pazzesca a mettere insieme le statistiche per convincerli che la malattia torna, ma niente. E la malattia torna. Allora li rivedi, però a quel punto il trapianto sarà meno efficace.

Ma un malato ha diritto di scegliere.

La verità è che quando ci ammaliano non siamo più liberi. La malattia è sempre una limitazione del nostro libero arbitrio.

E quando un paziente non ha più

«Il paziente chiede tutto al medico. Chiede di guarire. È la cosa più difficile, la risposta spesso sarebbe no. Ma conta mantenere sempre vivo un pezzetto di speranza»

voglia di lottare?

In questo caso un ruolo fondamentale l'hanno gli infermieri. Un infermiere bravo può fare tantissimo, anche più della famiglia. Spesso i malati sono lasciati a se stessi: il figlio scarica il padre perché è impegnativo, il padre lo percepisce, e te lo dice pure: «Mio figlio mi ha abbandonato». Anche nelle coppie, che spaccato di umanità... Fai le tipizzazioni dei trapianti e scopri che ci sono pazienti che hanno un fratello che non è un fratello, ne ho trovati decine nella mia vita, e allora il trapianto non si può fare. E al malato come dirglielo? Ti inventi che sono casi rarissimi, di cross-over genetici... Sperando che ci creda. Sempre meglio dei casi in cui il fratello non vuole donare le sue cellule.

È successo?

Una volta ho avuto il fratello di un malato che mi ha fatto questo discorso: «Io non ho donato il midollo già all'altro mio fratello, quando anche lui ha avuto la leucemia, e voglio comportarmi in modo uguale. Quindi non lo do neanche a lui». E li ha lasciati morire entrambi. Un fenomeno. Ma uno così che essere umano è?

E i medici che esseri umani sono?

Noi oncologi viviamo ogni giorno al confine tra vita e morte. Puoi fare due cose: stare male più o meno sempre, perché non ti abitui mai, o cercare di distaccarti.

Lei?

Non riesco a trovare un equilibrio fra i due atteggiamenti. Ne esco distrutto. Però molti malati ce la fanno, oggi.

Sì, in ematologia il 50 per cento circa dei pazienti guarisce.

E quando non è così, si può comunque morire bene?

Morire bene? Mah, quando stanno per morire sono tutti incazzati, terrorizzati. Per questo sono favorevole a dosi adeguate di morfina o di farmaci simili. Riducono il dolore e hanno un effetto euforizzante sulla psiche. Io, come medico, in quel momento non posso fare di più. Ma posso farti morire senza disperazione. ■