

Cap. 6 - "Basi attuali della medicina": l'oggi della salute, della malattia e della cura

1. Sofferenza e morte nella cultura contemporanea

L'indagare sui significati della sofferenza e del morire sono delle esigenze fondamentali della persona che emergono quotidianamente ed interrogano gli uomini di ogni epoca storica. Da sempre, unicamente questa ricerca, consente di vivere fruttuosamente e serenamente il tragitto, lungo o breve, della propria esistenza. Questi interrogativi irrompono nel più vasto contesto dei cosiddetti "grandi interrogativi della vita": chi è l'uomo? qual è il senso dell'esistenza? cosa avviene quando si muore? la persona è designata all'eternità? Sono interrogazioni che investono l'uomo che può temporaneamente eluderle, soffocarle, allontanarle ritenendole inquietudini moleste ma poi si ripresentano drammaticamente e ineluttabilmente.

Questa ricerca è faticosa soprattutto nel post moderno, poichè molte idealizzazioni o utopie riconducibili allo scientifico e al tecnologico che fino a pochi decenni fa sembravano fornire risposte accettabili al significato della vita, fondate sul benessere senza limiti o su una scienza che prometteva soluzioni alla maggioranza delle patologie e forse anche la cancellazione della morte come affermava C. Huston nel romanzo "L'arte di cancellare la morte"¹, sono crollate o naufragate. Di fronte a queste constatazioni, e al fatto che nessuna filosofia o ideologia sono esaurienti, occorre oltrepassare l'ambito delle conoscenze umane. Tutto ciò fu affermato da sempre dai maggiori filosofi; ad esempio, Platone, sosteneva che se gli uomini dovessero abbandonarsi ad attraversare il grande mare della vita con i loro semplici ragionamenti, assomiglierebbero a persone che sono a bordo di una zattera inconsistente sbattuta qua e là dalle onde².

L'interrogarsi sui grandi quesiti esistenziali porta, come affermato, inesorabilmente alla tematica della sofferenza che anch'essa esige delle risposte; le chiede con insistenza ogni malato. Ma, nessuno, può fornirne riscontri significativi poichè la sofferenza è da sempre un mistero inaccessibile. E, allora, come comportarci? Dobbiamo addestrarci ad intrattenerci con i nostri pazienti anche quando vogliono "parlare" con noi della loro sofferenza essendo quel momento un elemento essenziale della cura poichè riduce l'ansia, conferisce speranza, fa superare la tentazione di ripiegarsi e di chiudersi in se stessi. Però, come presupposto di ogni colloquio, dobbiamo porre un grandissimo rispetto riguardando questi argomenti gli strati più profondi ed intimi dell'uomo. Affermava da ammalato il cardinale J.M. Villot: "Sappiamo costruire delle belle frasi sul dolore, io stesso ne ho parlato con calore. Dite di non dire più niente; noi ignoriamo quello che è; lo si capisce solo quando lo si vive"³. E gli fece eco Carlo Bo affermando: "non c'è una letteratura della sofferenza, ci sono solo dei gridi"⁴. E, i "gridi", non si spiegano, solo si ascoltano! Nel proseguo del testo, entreremo in questa "originale letteratura" con l'obiettivo di spronare il lettore ad ascoltare le angosciose domande del malato. Suggerisce la psichiatra svizzera E. Kubler Ross nel testo "La morte e il morire" che trascrive i risultati di una ricerca condotta su duecento malati tumorali riguardo al rilievo del dialogo medico-paziente sulle tematiche della sofferenza e della morte (ma l'osservazione è valevole per tutti

¹ Cfr.: C. HUSTON, *L'arte di cancellare la morte*, Edizione BD, Milano 2013.

² PLATONE, *Il Fedone*, XXXV.

³ Dall'Omelia di san Giovanni Paolo II alle esequie del Cardinale, 13 marzo 1979.

⁴ C. BO, *Scandalo della Speranza*, Vallecchi, Firenze 1957, pg.57.

coloro che accostano un malato): "Per trovare la formula giusta per un incontro è necessaria la capacità di un medico di pensare alla propria sofferenza e alla propria morte. Qualora questo fosse per lui un pensiero arduo, qualora la sofferenza e la morte fosse per lui un evento terribile, da considerare 'tabù' egli allora non potrà parlarne serenamente e con spirito caritatevole con i suoi ammalati"⁵. Ognuno, quindi, deve verificare la capacità di fornire un riscontro veritiero.

1.2.SOFFERENZA, TEMATICA SCONTATA MA OSTICA

Un proverbio arabo afferma: "Non c'è nulla di più scontato dell'aria ma guai a non respirarla". Lo stesso possiamo asserire per la sofferenza e per la morte, essendo la prima un evento che senz'altro, prima o poi, si presenterà nella nostra esistenza, e la seconda, l'unica scadenza indiscutibile della vita indipendentemente dalle convinzioni religiose, filosofiche e sociali, anche se rimane "fuori" dai nostri programmi. Pur comprendendo il timore che queste tematiche suscitano e le ragioni psicologiche che ci inducono ad allontanarle dalla quotidianità, isolandole in angoli remoti, riteniamo come affermava lo psichiatra viennese V. Frank che "vivere è sofferenza, sopravvivere è trovare il senso a queste sofferenze; cioè il senso della vita deve anche comprendere la sofferenza e la morte"⁶. Dunque chi anela di vivere pienamente e totalmente la sua esistenza, superando il cosiddetto "male di vivere", cioè la profonda insoddisfazione che molti sperimentano nello scorrere dei giorni come sosteneva il biblico Giobbe: "Maledetto il giorno in cui fui generato. Quel giorno sia tenebra e Dio non se ne ricordi. Perché non sono morto nel seno materno e non spirai appena uscito dal ventre di mia madre? Non ho pace, non sono contento, mi manca il riposo, ed ecco, su di me cade lo sconforto"⁷, non può sfuggire la riflessione riguardante questi limiti.

Inoltre, la storia, avanza attraversata dalla sofferenza che non tende a spegnersi, anzi è in continuo ampliamento come possiamo verificare tutti i giorni. Quindi, la sofferenza, è inseparabile dall'esistenza, partecipa al mistero stesso dell'uomo, pertanto "eliminarla completamente dal mondo non sta nelle nostre possibilità semplicemente perché nessuno di noi è in grado di eliminare il potere del male, della colpa che - lo vediamo - è continuamente fonte di sofferenza"⁸. Frequentemente, poi, ci troviamo di fronte a "croci senza crocefissi", cioè sofferenze fisiche, psicologiche e sociali apparentemente prive di significato, procurate accidentalmente dalle circostanze della vita o dalla pessima gestione di eventi personali o anche determinate da particolari normative. A complicare l'argomento s'inserisce anche la "sofferenza innocente", quella della domanda rivolta a Dio da Ivan, un personaggio di F. Dostoevskij: "Se tutti devono soffrire per comprare con la sofferenza l'armonia eterna, che c'entrano i bambini? Rispondimi, per favore. E' del tutto incomprensibile il motivo per cui dovrebbero soffrire anche loro e perché tocchi pure a loro comprare l'armonia con la sofferenza"⁹. Infine, la sofferenza, smentisce il disegno della creazione nel quale "tutto era molto buono"¹⁰, e nel pensiero originale di Dio non erano previsti il dolore e il male, ma la vita dell'uomo si sarebbe sviluppata seguendo un progetto

⁵ E. KUBLER ROSS, *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 2005, pg. 87.

⁶ V. FRANK, *Un significato per l'esistenza. Psicoterapia e umanismo*, Città Nuova, Roma 1990, pg. 89.

⁷ *Libro di Giobbe* 3,10.

⁸ BENEDETTO XVI, *Spe salvi*, n. 36.

⁹ F. DOSTOEVSKIJ, *I fratelli Karamazov*, Garzanti, Milano 1992, pg. 338.

¹⁰ *Libro della Genesi* 2,31.

eccellente nella libertà e nell'equilibrio dei valori e delle forze, e l'umanità sarebbe vissuta attendendo di essere trasfusa nella visione beatificata. Anche se tanti, mediante la sofferenza, hanno ritrovato "l'autenticità dell'esistenza", questa è una roccia contro la quale è facile "sfracellarsi" anche nei confronti dell'Assoluto poiché la sofferenza depone sempre contro Dio e la fiducia che dovremmo a Lui. Ad esempio, lo scrittore tedesco G. Buchner nel testo "La morte di Danton" (1835) si chiedeva: "Perché soffro?". E concludeva: "Questa è la roccia dell'ateismo"¹¹.

1.3.LA MORTE

1.3.1.La morte nella società contemporanea

La nascita, la crescita e la morte formano un trinomio inscindibile essendo momenti costitutivi della persona che dovrebbe acquisire sia "l'ars vivendi" che "l'ars moriendi" così descritta da H. Nouwen: "La gente muore. Non solo i pochi che conosco, ma innumerevoli persone, ovunque, ogni giorno, ogni ora. Morire è l'evento umano più naturale, qualcosa che tutti dobbiamo sperimentare. Ma moriamo bene? La nostra morte è qualcosa di più di un destino inevitabile, qualcosa che semplicemente non vorremmo esistesse. Ma può diventare in qualche modo l'atto di una realizzazione, forse più umana di ogni altro atto umano"¹², ma, quando l'uomo, "non sa più guardare alla propria morte, mettendosi in rapporto con ciò che giace oltre lo spazio e il tempo della sua esistenza, perde il desiderio di creare e l'eccitazione di essere uomo"¹³. Dunque, la morte, dovrebbe costituire un momento altamente significativo ed espressivo della vita. Ma, della morte, è arduo parlarne: ricorda la finitezza e la caducità, incute paura, provoca terrore, suscita pudori in continua crescita non essendo controllabile. J. Baudrillard affermava: "Al giorno d'oggi non è normale essere morti (...). Essere morti è un'anomalia impensabile, rispetto alla quale tutte le altre sono inoffensive. La morte è una delinquenza, una devianza incurabile"¹⁴. Inoltre, il contesto societario, non permette di trattare il tema come ogni altro argomento dell'esistenza, o meglio di recepire la morte come il naturale compimento della persona; perciò si muore peggio che in passato. Da fatto biologico, da "sorella" con la quale convivere è stata trasformata in nemico da combattere, mostro da esorcizzare, fatto da negare, anche se poi, in varie circostanze, invade le televisioni e i giornali, ed è presentata nei talk show e nei films come spettacolarizzazione banalizzata dove il rispetto e la riverenza sono assenti. La morte si è trasformata nel "tabù" degli ultimi decenni del XX° secolo e dei primi del XXI°. Sembra "che l'antico divieto sociale di parlare di sesso e di funzioni genitali si è oggi spostato sulla morte e sui morti, tanto che G. Gorer parla di 'pornografia della morte' (The Pornography of death, è il titolo della sua opera)"¹⁵. Concetto ripreso anche da P. Ariès: "oggi sembra che ci si vergogni a parlare di morte, come una volta ci si vergognava a parlare di sesso e dei suoi piaceri"¹⁶.

Oggi, come già affermato, si vive come se non si dovesse morire mai! La vita è sradicata dalla morte; tutto ci distrae da quest'idea, e di conseguenza la visione che ha estromesso la morte dalla quotidianità, ha fatto smarrire anche la capacità

¹¹ Cfr.: G. BÜCHNER, *La mort de Danton, Léonce et Lena, Woyzeck, Lenz*, Paris, Flammarion, 1997, pp. 13-14.

¹² H. NOUWEN, *Il dono del compimento*, Queriniana, Brescia 1995, pg. 12.

¹³ H. NOUWEN, *Il guaritore ferito*, Queriniana, Brescia 1982, pg. 18.

¹⁴ J. BAUDRILLARD, *Lo scambio simbolico e la morte*, Feltrinelli, Milano 2007, pg. 89.

¹⁵ D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 2000, pg. 534.

¹⁶ *Storia della morte in occidente*, op. cit., pg. 184.

di accompagnare il prossimo verso la morte. Da evento gestito nell'ambito familiare e comunitario, dove la persona terminava la vita nel proprio letto, trasmetteva le ultime volontà, riceveva i sacramenti e si affidava a Dio per compiere una "buona morte", è divenuto un avvenimento anonimo da relegare in spazi artificiali, in ambienti specialistici per "scompare in silenzio", lontano dalla quotidianità, nell' impersonale stanza d'ospedale dove avvengono circa il 75% dei decessi, oppure nella "casa di riposo" (RSA) per non turbare l'equilibrio delle persone. Quasi si elogia chi "se ne è andato rapidamente senza disturbare nessuno", facendo una "bella morte", descritta da R. Rémond, come quella che "sopraggiunge all'improvviso, che vi porta via di sorpresa come un ladro e vi risparmia la sofferenza, la decadenza fisica e mentale, il timore dell'ultima ora"¹⁷. Sono state ideate, prevalentemente nelle grandi città, le "case funebri" dove deporre la salma, affinché la società drogata dal delirio dell'onnipotenza e della bellezza inesauribile, non sia turbata da quest' anomalia inaccettabile. E anche quando si visita la salma si esprimono attestati di stima per lo scomparso, ma pochi si interrogano del suo futuro.

La morte da evento sociale è stata "privatizzata"; coinvolge prevalentemente il defunto e i suoi famigliari. Per questo si predispongono alcuni accorgimenti affinché scorra inosservata e velocemente: niente rintocchi di campane a lutto o necrologi murali, nessun corteo funebre al cui passaggio ci si toglieva rispettosamente il cappello, basta abiti appropriati al lutto per non adottare un atteggiamento dissimile da quello di tutti gli altri giorni. E, no, al culto della memoria¹⁸ e alle lacrime definite da Ariès come "le escrezioni del malato e le urine; le une e le altre sono ripugnanti"¹⁹. Le difese più comuni sono quelle di "negare, rimuovere, dimenticare, fare come se la morte non esistesse. Sembra questa l'unica maniera di combattere l'angoscia di morte propria di questa società, di queste città che sono come grandi cimiteri, sotto la luna, di uomini morti, o uomini che devono morire e che molto spesso hanno nessuna o poca speranza in una loro personale vita eterna"²⁰. Rammentava il filosofo B. Pascal: "gli uomini non avendo potuto liberarsi dalla morte, dall'ignoranza e dalla miseria, hanno deciso per essere felici di non pensarci"²¹.

Pure negli ospedali il vocabolo "morte" è sussurrato sottovoce, sostituendolo con il termine "exitum". La medicina, che spesso non riconosce i propri limiti, ha trasformato la visione della morte, e anche il medico, quando si dissolvono le ultime speranze, tende spesso a "passare la mano", ad esempio, diradando le visite. E' stato verificato che se in un reparto suonano contemporaneamente due campanelli, quello di un ammalato ordinario e quello di un morente, l'operatore sanitario istintivamente risponde per primo a quello del paziente comune. Di fronte a questi comportamenti, possiamo affermare, che la "disumanizzazione medica" della morte è ambientale e relazionale.

Ovviamente, anche nel passato, la morte procurava timori ma per ragioni opposte alle attuali: ieri la paura era suscitata dal giudizio di Dio, oggi dalla sua dimenticanza!

¹⁷ R. REMOND, *Il nuovo anticristianesimo*, Lindau, Torino 2007, pg. 16.

¹⁸ Scrive Ariès: "Nel XIX secolo era dappertutto presente: cortei funebri, abiti da lutto, estensione dei cimiteri e della loro superficie, visite e pellegrinaggi alle tombe, culto della memoria, ma questo eloquente scenario di morte si è dissolto nell'epoca nostra, e la morte è divenuta l'*innominabile*. Ormai tutto avviene come se né io, né tu, né quelli che mi sono cari, fossimo più mortali" (*Storia della morte in occidente*, op. cit., pg. 75).

¹⁹ *Storia della morte in occidente*, op. cit., pg. 69.

²⁰ S. ACQUAVIVA, *Eros, morte e esperienza religiosa*, LaTerza, Bari 1990, pg. 160.

²¹ B. PASCAL, *Pensiero*, n. 250.

1.3.2. La morte nel vissuto personale

La morte mostra l'instabilità e la precarietà dei nostri giorni! Vari autori affermano che l'atteggiamento che si assume d'innanzi alla morte trae origine principalmente dal comportamento tenuto nell'esistenza; infatti, ogni considerazione sulla morte, richiama una determinata visione della quotidianità vissuta. In latino i verbi "nascere" e "morire" sono deponenti, cioè assumono "forma passiva" e "significato attivo". La "forma passiva" indica un evento indipendente dalla scelta personale, il "significato attivo" mostra che il fatto ha l'accezione che noi gli attribuiamo. Per questo notiamo due atteggiamenti divergenti.

"Il primo" è adeguatamente riassunto nella leggenda "di Samarcanda"²². G. Ancona, che riporta la leggenda nell'introduzione ad un suo libro sulla morte, così commenta: "Suggestione e realismo s'intrecciano nella leggenda di Samarcanda che rappresenta nell'essenza il paradigma di un incontro ineludibile: l'uomo e la morte. Per quanto, infatti, ci sforziamo di non pensarla o fuggirla, la morte è sempre lì ad attenderci..."²³. Inoltre, la secolarizzazione e la laicizzazione della società hanno reso maggiormente ostico l'argomento, poichè la maggioranza dei nostri contemporanei faticano a comprendere un destino di "uomini risorti" a livello spirituale ma anche corporeo, mentre, nel passato, quando la religione cristiana, che ha come fondamento la risurrezione del Signore Gesù²⁴, era maggiormente vissuta e praticata, questo era un indubbio riferimento.

"Il secondo" atteggiamento è di profferire alla morte un "significato pienamente esistenziale" come afferma il cristianesimo che autorizza il credente a giustificare la morte come parte integrante di un cammino infinitamente più vasto; essa, non annulla la persona, ma la trasfigura mediante il perdurare dell'esistenza in tempi e in condizioni mutati rispetto agli attuali. Chi è convinto di ciò organizza saggiamente la quotidianità sostenuto da valori, sentimenti e progetti che oltrepassano il terreno, realizzando esperienze arricchenti e rinunciando a quelle banali e negative. "Il problema", ricordava il cardinale G. Biffi "è molto interessante, drammatico e inevitabile, perché i casi sono due: con la morte o si va a finire nel niente o si va a finire nella vita eterna. Le altre soluzioni sono forzatamente provvisorie. Io so già che tra qualche anno o andrò a finire nel niente o andrò a finire nella vita eterna. Ma se andrò a finire nel niente, io vivo già adesso per niente; cioè, se l'approdo dell'esistenza è il niente, anche la sostanza dell'esistenza è il niente, e questa è un'assurdità. Che qualcosa debba venire dal niente solo per tornare al niente è una contraddizione"²⁵. E la sua fede nella risurrezione la testimoniò fino alla morte come dichiarò il suo successore, il cardinale C. Caffarra, che ai funerali affermò: "Il vescovo Giacomo fu maestro di fede anche nella lunga tribolazione della malattia. Non potrò mai dimenticare il

²² "C'era una volta un uomo che non voleva morire. Era un uomo di Isfahan. E una sera quest'uomo vide la Morte che lo aspettava seduta sulla sedia di casa. 'Cosa vuoi da me?' gridò l'uomo. E la Morte: 'Sono venuta a...'. L'uomo non le lasciò completare la frase, saltò su un cavallo veloce e a briglia sciolta fuggì in direzione di Samarcanda. Galoppò tre giorni e tre notti, senza fermarsi mai, e all'alba del terzo giorno giunse a Samarcanda. Qui, sicuro che la Morte avesse perso le sue tracce, scese da cavallo, e si mise in cerca di un alloggio. Ma quando entrò in camera trovò che la Morte lo aspettava seduta sul letto. La Morte si alzò, gli andò incontro e gli disse: 'Sono felice che tu sia arrivato e in tempo, temevo che ci perdessimo, che tu andassi da un'altra parte o che tu arrivassi in ritardo. A Isfahan non mi lasciasti parlare. Ero venuta a Isfahan per avvisarti che ti davvo appuntamento all'alba del terzo giorno nella camera di quest'albergo, qui a Samarcanda' ". G. ANCONA, *La morte. Teologia e catechesi*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1993, pg. 2.

²³ *La morte. Teologia e catechesi*, op.cit., pg. 6.

²⁴ "Se Cristo non è risuscitato, allora è vana la nostra predicazione ed è vana anche la nostra fede" (*Lettera di san Paolo ai Corinzi* 15,14).

²⁵ G. BIFFI, *L'Aldilà*, LDC, Torino 1998, pg. 5.

modo con cui accettò l'amputazione di una gamba. Il volto emanava serenità, pace, abbandono. La fede era diventata vita nel senso più profondo al punto da dirmi: 'il più bello deve ancora avvenire!' ". Dunque, l'osservazione del cardinale Biffi mostra uno stretto legame tra vita e morte, poichè il Signore Gesù con la sua risurrezione ha insegnato che a seguito della morte, l'esistenza di ogni uomo proseguirà nell'eternità in comunione con Dio. In Cristo, rammentava san Paolo, "tutti riceveranno la vita (eterna)"²⁶, essendo il Signore Gesù la "primizia di coloro che sono morti"²⁷ (cioè la primizia dei risorti). Questa verità, inoltre, è il fondamento del cristianesimo come affermava l' "Apostolo delle Genti": "Se Cristo non è risuscitato, allora è vana la nostra predicazione ed è vana la nostra fede"²⁸; cioè eliminato l'evento della risurrezione, la fede cristiana risulterebbe unicamente una tragica illusione. Da ultimo ricordiamo che un evento, quello della morte, si contrappone ad un altro avvenimento, quello della risurrezione. Il filosofo russo J. Solov'ev rammentava che la morte è "un fatto", e nei confronti dei fatti, nessuna filosofia, ideologia ed illusione estetica resiste²⁹. Ad un fatto, unicamente un altro fatto, può opporsi con successo. Il cristiano, possiede nella Risurrezione di Cristo, la realtà che lo salvaguarda dalla circostanza della morte che rimane, pur sempre, un mistero ed un "passaggio" doloroso. Per questo, la morte, è spesso circondata dal timore. Gesù Cristo, incarnandosi, ha sperimentato l'autentica esperienza della morte; come ha reagito? Nel Getsemani ebbe paura³⁰, e pianse al sepolcro dell'amico Lazzaro³¹, ben consapevole che lo avrebbe risuscitato. Questo mostra che il Cristianesimo, pur offrendo dei chiarimenti sulla morte, ne legittima il timore ma non la disperazione. Unicamente riconciliandosi con la propria morte, con quella che san Francesco d'Assisi definiva "sorella", si potrà accompagnare efficacemente anche il prossimo alla morte, atto rilevante nella professione sanitaria. Qualcuno si chiederà: perché tra le molte visioni di morte è stata esposta quella che si riferisce alla fede cristiana? Per il semplice motivo che nella storia è stata luce per i drammi di milioni di uomini e lo è anche oggi, poiché quella cristiana è la religione più praticata nel nostro Paese. Non lasceremo però, nel corso del testo, in ombra anche la visione di altre religioni essendo la nostra una società multi-etnica e pluri-raziale.

A volte, la morte dell'altro, si trasforma anche in "maestra di vita". Un esempio eloquente fu quello narrato da Fra Pierluigi Marchesi (Fatebenefratello). Siamo agli inizi degli anni 40' del ventesimo secolo, è in corso la seconda guerra mondiale, e Fra Pierluigi era novizio presso l'ospedale di Erba (Co). Un giorno, un treno proveniente da Milano, fu mitragliato e contemporaneamente anche la città di Erba subì pesanti attacchi bellici. Nelle sue memorie ricorderà che la piccola cittadina della Brianza, in due giorni, dovette piangere centoundici vittime. E lui e i suoi confratelli, per una settimana, operarono giorno e notte per curare i feriti e per ricomporre e vestire i morti. Quella traumatica esperienza suscitò nel giovane novizio una profonda riflessione, che ricorderà nel corso di una conferenza dopo molti decenni: "Per me la vocazione è nata a Erba, perché quando si veste un morto se non hai una vocazione o si scappa o nasce la vocazione"³². Una vocazione che sarebbe proseguita per tutta la vita servendo gli ammalati.

²⁶ *Prima Lettera di san Paolo apostolo ai Corinzi*, 15,22.

²⁷ *Lettera ai Corinzi*, op. cit., 15,20.

²⁸ *Lettera ai Corinzi*, op. cit., 15,14.

²⁹ Cfr.: J. SOLOV'EV, *Sulla divino-umanità e altri scritti*, Jaca Book, Milano 1990, pp. 88-89.

³⁰ Cfr. *Vangelo di Luca*, 22,40-46.

³¹ Cfr. *Vangelo di Giovanni*, 11,33.

³² Cfr.: G. CERVELLERA – G.M. COMOLLI, *Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi*, Ancora, Milano 2012, pp. 22-23.

2. Contesto filosofico-societario in cui si inserisce la medicina

2.1. LA SALUTE, OGGI

Il vocabolo “salute” è dinamico, trasformandosi nelle varie epoche a seguito di elaborazioni storico-culturali e oggi ci troviamo con un’ampia letteratura però disomogenea. Quello che possiamo innegabilmente ammettere è che negli ultimi decenni, la percezione della salute, ha assunto accezioni molto più ampie che nel passato, assumendo rinnovate connotazioni, trasformandosi da semplice “assenza di malattie”, aprendosi a visioni che ostentano lo stretto rapporto con gli stili di vita e l’evoluzione societaria.

La salute, così fu definita dall’ “Organizzazione Mondiale della Sanità” (OMS) nel lontano 1946 nel “Protocollo di Costituzione”. “La salute è un completo benessere fisico, mentale e sociale, e non la mera assenza di malattia”. Secondo noi la definizione è eccessivamente “efficientista” e poco realista particolarmente nei termini di “completo benessere” e va integrata con la visione personalistica, comunitaria e sociale dell’uomo. Fortemente criticata sia in ambito medico che etico-filosofico, si pensi solamente ai filosofi americani D. Callahad e Ch. Boorse, l’OMS nel 1978 nella “Declaration of Alma-Ata” identificò la meta principale della salute nel raggiungimento di “un livello (di salute) che permetta di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva”. Un’ulteriore aggiunta fu impressa al “Congresso di Ottawa” (1986), indicando che la persona deve essere in grado di identificare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l’ambiente e di adattarvisi. Le integrazioni, pur soddisfacenti, lasciano aperte delle questioni: la salute come “stato” e non come “tensione”, l’eccessiva importanza dell’aspetto produttivo, la capacità di modificare l’ambiente e l’assenza totale di riferimenti al “benessere spirituale”.

Di fronte a varie discordanze ci è di supporto la Nota Pastorale “La pastorale della salute nella Chiesa Italiana”. La Nota afferma che la salute: “Non si rapporta unicamente a fattori fisici ed organici, ma coinvolge le dimensioni psichiche e spirituali della persona, estendendosi all’ambiente fisico, affettivo, sociale e morale in cui la persona vive ed opera”³³. Di conseguenza: “Un rapporto profondo è avvertito tra salute, qualità della vita e benessere dell’uomo”³⁴. Dunque, nella società contemporanea, il “concetto di salute” ha modificato caratteristiche e finalità rispetto al passato, giungendo ad un “sistema” che pone accanto alla salute “la prevenzione”, “promozione” e il coinvolgimento totalmente della collettività. La salute “allargata”, che potremmo anche denominare “ben-essere”, interessa elementi individuali e societari della persona essendoci un rapporto vitale tra salute, autorealizzazione e pienezza dell’esistenza. Perciò, l’argomento, dovremo esaminarlo nel contesto della “visione olistica dell’uomo”, poichè ogni evento riguardante la vita o la società può trasformarsi “in pericolo” per la salute: dalla minaccia di una malattia alla perdita del lavoro, da una delusione sentimentale alla morte di una persona cara. Il bioeticista P. Cattorini aggiunge un ulteriore elemento alla discussione: “la libertà”, definendo la salute: “benessere o equilibrio psico-fisico, che rende possibile una positiva qualità del vivere ed un agile esercizio della libertà”³⁵. Di fronte ad una “libertà ferita”, condizionata da

³³ CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, *La Pastorale della salute nella Chiesa italiana*, 1989, n. 6.

³⁴ *La Pastorale della salute nella Chiesa italiana*, op. cit., n. 6.

³⁵ *Beneficialità, alleanza, fiducia: oltre il paternalismo*, in P. CATTORINI – M. MORDACCI (a cura di), *Modelli di medicina. Crisi e attualità dell’idea di professione*, Vita e Pensiero, Milano 1992, pg. 82.

molteplici componenti, è opportuno puntualizzare che dobbiamo comprendere la libertà come “responsabilità” nei confronti di se stessi e degli altri. La salute, “liberata” dal dominio egemonico della medicina ed aperta ai vari saperi, rivela che questa è un “progetto complesso” che l’uomo deve assumere come un compito da realizzare e da concretizzare responsabilmente. La “salute” non è unicamente un sentirsi, ma prevalentemente “un esserci”; una presenza nel mondo con gli altri per realizzare attivamente le spettanze della propria vocazione.

Questa visione “umanistica” della salute, paradossalmente diverge a volte dal pensiero dominante e più diffuso nelle società post-moderne che incitano l’uomo primariamente “ad apparire”, identificando la salute con una forma fisica favorevole e con l’ invidiabilità del corpo, che per alcuni, è idolo e contemporaneamente ostacolo. Nelle strade, cartelloni pubblicitari, promettono benessere; nelle farmacie molteplici prodotti assicurano l’eterna giovinezza e le città sono invase da palestre, centri massaggio e beauty center. Ma quando il corpo invecchia e si imbruttisce, gli uomini e le donne privi di certezze, cultura e idoneità critica, si abbandonano alla ribellione e alla disperazione. La salute del corpo è un dono ragguardevole come ricordava il Libro del Siracide: “Non c’è ricchezza migliore della salute del corpo”³⁶, ma non può porsi come finalità primaria ed esclusiva dell’esistenza. Immediatamente, l’antico autore, aggiunge: “E non c’è contentezza al di sopra della gioia del cuore”³⁷.

“La vita e la salute fisica sono beni preziosi donati da Dio”, ricorda il Catechismo della Chiesa Cattolica³⁸, quindi valori da curare e da difendere. Però con una attenzione: il “bene salute” non è assoluto ma relativo, o meglio va contestualizzato nel progetto globale dell’esistenza: “Se la morale richiama al rispetto della vita corporea, non ne fa tuttavia un valore assoluto. Essa si oppone ad una concezione neopagana che tende a promuovere il culto del corpo, a sacrificare tutto, a adorare la perfezione fisica ed il successo sportivo”³⁹.

La salute, inoltre, è sempre circondata da limiti con i quali è indispensabile convivere e questi sono la fragilità, la sofferenza e il dolore. Ma, il venir meno della salute e il moltiplicarsi delle fragilità non toglie la sacralità e la dignità alla vita umana. Come conclusione e riassunto di quanto affermato riportiamo una riflessione di R. Siebeck, medico e docente universitario tedesco: “Il concetto di salute non è completo senza la domanda: salute a che scopo? In fin dei conti, non viviamo per stare sani, ma siamo e vogliamo essere sani per vivere e per agire. La salute non è un bene che ci è stato affidato soltanto per determinate funzioni e capacità. La salute non è un fine ultimo, ma è determinata e limitata dal significato della vita stessa. E il significato della vita è disposizione, donazione e sacrificio. Il senso della salute è oltre la salute, si trova in quel progetto di vita buona che ciascuno si propone di realizzare, per il quale la salute è condizione necessaria, ma non indispensabile. Non soltanto la malattia non rende necessariamente vano un progetto di vita buona, ma viceversa, si può dire che senza tale progetto la stessa salute non abbia alcun valore. Per questo Platone affermava che prima viene la virtù e poi seguono la salute e la saggezza., così come un dio è seguito dal suo corteo. La salute, infatti, non è una proprietà

³⁶ *Libro del Siracide*, 30,16a.

³⁷ *Libro del Siracide*, 30,16b.

³⁸ *Catechismo della Chiesa Cattolica*, n. 2288.

³⁹ *Catechismo della Chiesa Cattolica*, n. 2289.

dell'organismo, ma della persona intera, per cui sarà subordinata a ciò che per la persona rappresenta l'autentico bene"⁴⁰.

2.2.LA MALATTIA, OGGI

Ciò che preclude la realizzazione degli obiettivi evidenziati va ricondotto alla malattia che "non è più configurabile come semplice patologia, rilevabile attraverso analisi di laboratorio, ma è intesa anche come malessere esistenziale, conseguenza di determinate scelte di vita, di spostamento di valori e di errate gestioni dell'ambiente materiale umano"⁴¹. Pertanto, anche il concetto di malattia, si è modificato e rettificato. Abbraccia le molteplici dimensioni della persona come già nell'antichità richiama il poeta e retore romano D. Giovenale: "mens sana in corpore sano". Inoltre, anche la malattia, oltrepassa l'aspetto personale, cioè le componenti biologiche e vissuti psichici, estendendosi al contesto socio-culturale, investendo contemporaneamente sia le dimensioni del singolo, sia le scelte e l'agire della collettività.

2.3.LA SANITÀ NEGLI ULTIMI DECENNI

Il diritto alla salute, con quelli alla libertà, all'istruzione e all'uguaglianza di fronte alla legge, sono proclamati nelle Costituzioni moderne e reclamati dai cittadini, ma non sempre risultano soddisfatti poiché, anche laddove l'impegno socio-sanitario è massimo, le attese sono molteplici e in costante crescita.

Negli ultimi decenni siamo stati protagonisti di alcune riforme sanitarie; accenniamo brevemente le più rilevanti.

-La "Prima Riforma Sanitaria"⁴² (1978)

Con questa riforma fu garantito a tutti i cittadini il diritto di accostarsi gratuitamente all'assistenza e alla cura come richiesto dall'articolo 32 della Costituzione italiana, superando l'onere di assicurazioni obbligatorie o di contribuzioni sull'IRPEF. Dunque, fu unificando in "un'unica istituzione", l'apparato riguardante la salute, però senza un'adeguata vigilanza ai costi. E il sistema fu impostato sul tacito presupposto del "tutto gratuito a tutti", con l'impegno dello Stato di farsi carico dell'assistenza "dalla culla alla tomba". La legge che privilegiò "la cura" alla "prevenzione" provocò una preoccupante deresponsabilizzazione nei cittadini, negli operatori e negli amministratori, oltre l'incremento della corruzione e l'ingigantimento della burocrazia. Si pensi, inoltre, ai ricoveri impropri, a volte superflui e di lunga durata, alle analisi di laboratorio e strumentali scarsamente motivate, allo spreco di farmaci, alle cagionevoli amministrazioni e alle "ruberie" varie.

-La "Seconda Riforma Sanitaria"⁴³ (anni 90' del XX secolo).

Mutate alcune coordinate economiche, abbiamo assistito ad un considerevole rallentamento nella crescita del prodotto interno lordo (PIL) e ad una consistente diminuzione del reddito pro-capite, mentre la spesa sanitaria lievitava per molteplici cause: costi delle sofisticate tecnologie diagnostiche-terapeutiche; interventi superflui e caparbiaità terapeutica; incapacità di discernere tra "cure

⁴⁰ R. SIEBECK, *Medizin in Bewegung: Klinische Erkenntnisse arztliche Ausgabe*, Thieme, Stuttgart 1949, pg. 514.

⁴¹ *La Pastorale della salute nella Chiesa italiana*, op. cit., n. 6.

⁴² Legge 833/1978: "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".

⁴³ *Decreto Legislativo 502/1992: "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

*Decreto Legislativo 517/1993: "Modificazione al Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

essenziali” e “cure secondarie”, interventi primari ed interventi opzionali, accordati unicamente poichè esigiti dal paziente ed enfatizzate dai massmedia o da internet; campagne di prevenzione; comparsa o incremento di alcune patologie (aids, tossico-dipendenza, alcool-dipendenza, bulimia, anoressia...); prolungamento dell'età media della popolazione spesso afflitta da malattie croniche ed invalidanti. Inoltre, la “divinizzazione” della salute, la “sopravalutazione” del ruolo degli operatori e delle cure, le “aspettative miracolistiche” dagli interventi in ogni fase dell'esistenza, hanno ingenerarono dispendiose, pericolose e irragionevoli speranze. Un accenno merita pure il diffondersi della propensione a dilatare il campo di intervento terapeutico anche a situazioni puramente sgradevoli, privilegiano gli espedienti farmacologici ai più gravosi ma efficaci interventi educativi. Non possiamo omettere, inoltre, la chirurgia estetica, gli interventi di procreazione medicalmente assistita, gli screening prenatali e anche l'interruzione della gravidanza che gravarono notevolmente sui bilanci sanitari. E, infine, si iniziò a fare i conti con la “medicina difensiva” che si concretizza prevalentemente nella non accuratezza nella prescrizione di analisi ed indagini, acconsentite, nella maggioranza dei casi, per compiacere il paziente ed evitare in futuro spiacevoli cause legali.

I Decreti citati, oltre il 229/1999⁴⁴ ed altri aggiornamenti normativi, rivoluzionarono nuovamente la sanità riducendo le prestazioni fornite gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre, l'assistenza nella fase di convalescenza e di riabilitazione si sarebbe effettuata “sul territorio”, mentre l'ospedale o meglio le “aziende sanitarie”, avrebbe curato unicamente le patologie nella fase “dell'acuzia”, cioè nello stadio di gravità e intensità della malattia. Inoltre, il Decreto legislativo 502/92, contemplava i “parametri di accreditamento” per le strutture ospedaliere e l'adozione di sistemi di “verifica e di controllo” della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate, modificando anche le modalità di pagamento. In precedenza si retribuivano i “fattori produttivi”, ossia le giornate di degenza, dal 1995 si remunerò “il prodotto”, cioè la patologia seguendo il sistema dei “Diagnosis Related Groups” (DRG, raggruppamenti omogenei di diagnosi). Furono classificate circa cinquecento patologie stabilendo il rimborso per l'Ente indipendentemente dai tempi di degenza e dalle terapie effettuate, con il conseguente abbreviamento dei tempi di ricovero con il rischio di dimettere i pazienti, soprattutto anziani, non ancora guariti. I DRG sono sistemi di classificazione rigidi, inflessibili e insufficienti per catalogare situazioni diagnostiche e prognostiche differenti, scordando che la “miglioria della salute” non è un prodotto ma “uno stato esistenziale” difficilmente misurabile, essendo ogni persona eterogenea anche nelle modalità di esprimere la malattia o riacquistare la salute.

Le esigenze perentorie del pareggio di bilancio, non oltrepassando i “tetti di spesa” posti dalle Regioni, tramutarono il malato da paziente in “cliente”; gli strumenti di cura in “materiale di consumo”; la salute in “prodotto”; gli operatori sanitari in “burocrati” spesso demotivati; i medici in “amministratori” condizionati dalla struttura, con il costante dilemma di dover scegliere tra i costi e la cura migliore, faticando a prescrivere al paziente quanto scienza e coscienza suggeriscono. Osservava D. Pellegrino: “La battaglia più dura che molti medici oggi si trovano a combattere (...) si risolve, principalmente, nel tentativo di

⁴⁴ “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”.

riduzione dei costi della sanità⁴⁵. E sempre Pellegrino ammonisce: “Gli abusi generano le regole, le regole limitano l’autorità discrezionale del medico e dei pazienti e burocratizzano l’esperienza della malattia”⁴⁶. Per alcuni, questa prospettiva è inaccettabile, poiché la salute non è un prodotto ma una componente esistenziale della persona; il malato non è un cliente dal momento che la malattia non ha andamenti e tempi fissati, e soprattutto si smarrirebbe la relazione medico-paziente archiviata nel momento della consegna del prodotto. A peggiorare questa contorta situazione si è aggiunto l’introduzione dei ticket, a volte gravosi, su esami diagnostici, visite mediche e medicinali. Questi sono ingiustificati e irrazionali, soprattutto quando colpiscono famiglie numerose, malati cronici, anziani e persone fragili. Non saranno i ticket a risolvere il problema economico, avendo scordato che questi provvedimenti restituiranno in un futuro prossimo “cattivi frutti” con un aumento dei costi sanitari, dovuti al peggioramento globale della salute dei cittadini. Gli ammalati cronici già diradano gli esami o non assumano delle terapie salva-vita e gli apparentemente sani, spesso, non si controlleranno adeguatamente.

Da ultimo, notiamo una scarsa formazione umanistica di alcuni Direttori Generali e figure apicali che reputano queste discipline estranee alla loro attività, dimostrando un’insufficiente conoscenza delle necessità globali dell’ospedale. Dirigere un’istituzione sanitaria vuol dire non solo gestire razionalmente dei fondi seguendo ferree regole economiche, ma guidare ed organizzare un microcosmo particolarmente sensibile, comunicando con le risorse umane che vi operano, riconoscendo virtuoso non solo chi sviluppa prestazioni ad alta remunerazione ma anche chi cura con deferenza e benevolenza. Le competenze e le motivazioni degli operatori sanitari costituiscono il punto di forza per offrire un servizio migliore a costo minore. Ciò innescherebbe comportamenti “buoni”, oltre che la capacità di rispondere con abnegazione, coraggio e grande umanità alle richieste d’aiuto intersecando scienza e carità, cura e premura.

Dunque, negli ultimi anni del XX° secolo, la cura della salute fu soggettata alla compatibilità economica, seguendo la logica delle tre “T” (tagli, ticket, tetti di spesa). Ciò ha comportato innumerevoli disagi ai cittadini essendo in consistente incremento le persone in età avanzata, afflitte da polipatologie, all’interno di nuclei familiari spesso con la presenza unicamente di “figli unici”. Inoltre, dilagano rapidamente, varie malattie irreversibili: tumori, morbo di Alzheimer, Sla, patologie psichiatriche..., e frequentemente, questi malati, sono assistiti unicamente dai familiari, essendo le organizzazioni di assistenza domiciliare inadeguatamente preparate e insufficienti.

-La “Terza Riforma Sanitaria”⁴⁷ (2001)

Alcuni, definiscono questi Decreti, non una riforma sanitaria ma unicamente “modifiche del sistema” dovute al federalismo fiscale e alla riforma del “Titolo V della Costituzione” che responsabilizzarono le Regioni anche nella gestione sanitaria.

⁴⁵ D. PELLEGRINO – A. THOMASMA, *Medicina per vocazione*, EDB, Roma 1992, pg. 32.

⁴⁶ D. PELLEGRINO, *Helping and healing. Religious commitment in healthcare*, 1997.

⁴⁷ *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001: “Definizione di livelli di assistenza”, integrato con altri Decreti del Presidente di Consiglio dei Ministri (16 aprile 2002; 28 novembre 2003; 5 marzo 2007).

*Legge costituzionale 3/2001: “Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione”.

*Decreto legislativo 56/2000: “Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell’articolo 10 della legge 18 maggio 1999, n. 133”.

Da ultimo, meritano una particolare attenzione anche i LEA (livelli essenziali di assistenza), cioè le prestazioni e i servizi che i cittadini hanno diritto di ottenere dal Servizio Sanitario Nazionale. L'ultimo aggiornamento è del giugno 2016⁴⁸. Fu poi prevista per le Regioni la possibilità di valersi di risorse "supplementari" per garantire cure aggiuntive, mai inferiori, però, a quelle incluse nei "LEA nazionali".

3. Dalla prevenzione della malattia alla cura della salute

E' l'obiettivo che tutti, operatori sanitari e cittadini, dobbiamo proporci per il terzo millennio con due attenzioni particolari: la salute globale e la prevenzione, promozione ed educazione alla salute.

3.1. LA SALUTE GLOBALE

In entrambe le definizioni, quella di salute e quella di malattia, ricorrono, espressi o sottintesi, termini comuni: corpo, psiche, spirito e il loro rapporto, come pure si constata la correlazione tra le sfere della persona e l'ambiente esterno. Ogni entità dell'uomo forma, secondo le interpretazioni umanistiche⁴⁹ che noi seguiamo in questo testo, un'unità sostanziale con le altre e quando diminuisce una sana armonia psico-fisica e psico-affettiva compaiono dei turbamenti che si ripercuotono anche sulla salute. E' la situazione evidenziata dalle malattie psico-somatiche nelle quali si notano patologie corporee provocate da disturbi psicologici.

"Nulla di nuovo sotto il sole" affermava Qoelet⁵⁰, infatti già Socrate nel IV° secolo a. C., ammoniva i medici: "Non permettere che alcuno ti convinca a curarlo se prima non ti abbia aperto il suo animo, giacché il grande errore che commettono i medici del nostro tempo nel sanare le infermità è di considerare come separati lo spirito e il corpo. Non si può guarire l'uno senza curare l'altro"⁵¹. Anche C. De Bernard nel testo "L'effetto corporeo dell'Estrema Unzione"⁵², si rileva che nel passato, alcuni Dottori della Chiesa, tra cui san Tommaso e San Bonaventura sottolineavano la stretta correlazione, nella malattia, tra tutte le componenti della persona, compresa quella spirituale. Questa visione, che oggi incontra sempre maggior credito in alcune scuole di pensiero, trova una valida sintesi nelle parole del cardinale J. M. Lustiger: "Certo non è sufficiente 'medicalizzare' il malato; occorre andare alle radici del male. Ogni malattia ha una dimensione spirituale, poiché l'uomo non è una macchina da riparare con pezzi di ricambio, con mezzi meramente tecnici. Prima occorre purificare il cuore e poi far posto ai medici, ed essi pure preghino il Signore che faccia trovar loro un rimedio per sollevare il malato"⁵³. Da queste brevi osservazioni comprendiamo anche l'intersecarsi tra missione medica e missione sacerdotale, tra cura medica e cura pastorale.

Le considerazioni, fin qui riportate, pongono, tra gli altri, un interrogativo che riteniamo basilare: "La medicina odierna sa salvaguardare 'l'unità personale', cioè l'unità tra corporeità e spiritualità nell'orizzonte di una pratica sanitaria sempre più frammentata?". Ieri poco, oggi molto, domani oltremodo dovremo confrontarci con una medicina che osserverà il corpo oggettivamente con una prospettiva

⁴⁸ Cfr.: "Ultimo schema di Dpcm sui Lea inviato da Lorenzin alle Regioni", in http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2016-06-22/ecco-nuovi-lea-aggiornati-lorenzini-inviati-regioni-164901.php?uuiid=ADUfi9g&refresh_ce=1

⁴⁹ Cfr.: H. G. GADAMER, *Verità e metodo*, Bompiani, Milano 1983.

⁵⁰ *Libro di Qoelet*, 1,10.

⁵¹ Cfr.: C. HORN, *L'arte della vita nell'antichità: felicità e morale da Socrate ai neoplatonici*, Carocci, Roma 2005, pg. 105.

⁵² Cfr.: C. DE BERNARD, *L'effetto corporeo dell'Estrema Unzione*, Castaldi, Belluno 1962.

⁵³ J. M. LUSTIGER, *Le Sacrement de l'Onction des malades*, Cerf, Paris 1990, pg. 23.

organicista che “isola”, o meglio si disinteresserà delle ripercussioni della malattia, limitandosi a prescrivere le terapie più adeguate ma ignorando le motivazioni dei sintomi e le cause scatenanti, cioè l’unità che E. Fromm definiva tra “mente e cuore”⁵⁴. Questa modalità di comportamento, sottrae al paziente la capacità di affrontare la malattia con tutte le sue forze, valorizzando anche la sua “parte sana” che potrebbe infondergli fiducia, speranza e soprattutto supportarlo nel vivere una vita di qualità pur nelle limitazioni. Una qualità così espressa da M.L. King: “Se non potete essere un pino sulla vetta di un monte, siate scopa nella valle, ma siate la migliore piccola scopa sulla sponda del ruscello. Siate un cespuglio, se non potete essere un albero. Se non potete essere una via maestra, siate un sentiero. Se non potete essere il sole, siate una stella. (...) Siate il meglio di qualunque cosa siate. Cercate ardentemente di scoprire a che cosa siete chiamati, e poi mettetevi a farlo appassionatamente”⁵⁵. Invece, cosa accade? Nota I. Illich:” La medicina organizzata professionalmente è venuta assumendo la funzione di un’impresa morale dispotica, tutta tesa a propagare l’espansione industriale come una guerra contro ogni sofferenza. Ha così minato la capacità degli individui di far fronte alla propria realtà, di esprimere propri valori e di accettare il dolore e la menomazione inevitabile e spesso irrimediabile, la decadenza e la morte. Godere buona salute significa non soltanto riuscire a fronteggiare la realtà ma anche gioire di questa riuscita, significa essere capaci di sentirsi vivi nel piacere e nel dolore. La salute e la sofferenza come sensazioni vissute e consapevoli sono fenomeni propri degli uomini che in ciò si distinguono dalla bestia”⁵⁶.

Da ultimo, non possiamo non notare che accanto alla medicina ufficiale o scientifica si fanno strada sempre di più i cosiddetti metodi terapeutici alternativi che godono un fascino crescente, poiché non “trattano” unicamente la malattia ma si pongono come obiettivo di potenziare la salute della persona accolta nella sua individualità di “essere in ricerca di senso”, dato che al malato è insufficiente un indirizzo diagnostico o terapeutico ma richiede anche un orientamento psicologico, sociale e spirituale. Non è nostro compito entrare nel merito di questa branca della cura, ma riteniamo significative le espressioni utilizzate dal dottor M. Rivera, farmacista e specialista di omeopatia, sul blog “L’uomo pensante”⁵⁷ per presentare le convinzioni di chi opera in questo settore. “Ci dobbiamo rendere conto che la persona diventa il nostro centro di attenzione, la diagnosi di malattia è fondamentale ma è fondamentale inserire questa diagnosi all’interno della persona che sta vivendo questa malattia, e quindi in questo quadro che diciamo unitario, bisogna tenere presente che la persona che abbiamo davanti non è solo un involucro che trasporta organi e apparati più o meno funzionanti ma è un qualche cosa, un qualcuno che vive questo involucro, che vive questi organi, che ha delle emozioni, che ha degli stati d’animo, che ha delle aspirazioni, che ha delle sofferenze che ci sono e non si vedono, e in qualche maniera dobbiamo prendere atto di questa situazione, e il prendere atto vuol dire tener presente che una malattia non nasce mai per caso, una qualsiasi malattia nasce con una serie di situazioni che devono essere in qualche maniera indagate e devono essere prese in visione per quello che rapportano, per quello che significano, e se noi prendiamo la persona nella sua interezza psicosomatica, e in questa persona

⁵⁴ Cfr.: E. FROMM, *La rivoluzione della speranza. Per costruire una società più umana*, Bompiani, Milano 1996, pg. 136.

⁵⁵ M. L. KING, *La forza di amare*, SEI, Torino 2002, pg. 143.

⁵⁶ *Nemesi medica: l’appropriazione della salute*, op. cit., pg.61.

⁵⁷ www.gianmariacomolli.it

individuiamo un terreno sul quale delle situazioni esterne possono fare germogliare una sofferenza, dobbiamo analizzare il terreno e le situazioni esterne, analizzare le situazioni esterne, l'ambiente della persona. L'ambiente della persona è un qualche cosa di plurifattoriale, nell'ambiente dobbiamo tenere presente il livello economico, il livello collaborativo, il livello familiare, il livello parentale, il livello affettivo, il livello religioso di questa persona, o per lo meno, a seconda del soggetto che vedremo, dovremo andare a cogliere quello che ci parrà essere maggiormente identificativo⁵⁸.

Un interrogativo e un suggerimento finali.

L'interrogativo: perché queste metodologie di cura mietono tanto successo?

Il suggerimento è del medico e epistemologo italiano G. Federspil che estese il confronto dei temi dell'epistemologia alle aree della statistica, della psicologia e della filosofia: "...al piano corporeo si ferma la medicina intesa come attività scientifica e tecnologica, e qui inizia un'altra medicina, intesa come attività rivolta verso il proprio simile"⁵⁹.

3.2.PREVENZIONE, PROMOZIONE E EDUCAZIONE ALLA SALUTE.

Ancora oggi, la medicina, si situa prevalentemente a livello curativo e poco a livello preventivo e promozionale, mentre i percorsi educativi e formativi che coinvolgono lo stile di vita e i valori, e di conseguenza le evidenze etiche e morali, sono accanto al progresso della medicina colonne portanti della promozione e dell'educazione alla salute ma, senza scordare, il consiglio di S. Pintor: "Un educazione sanitaria ispirata e motivata dai valori etici più facilmente potrà trovare in un' azione preventiva un mezzo efficace per conseguire i propri obiettivi"⁶⁰.

Educare a che cosa?

Il filosofo A. Rosmini risponderebbe "L'educare ha lo scopo di rendere l'uomo autore del proprio bene" (nel nostro caso "il bene salute")⁶¹. Ci sembra che questa affermazione del filosofo è particolarmente appropriata come indicazione per vivere l' esistenza come dono e mistero e per mettere in atto la prevenzione che tra poco presenteremo, puntando la nostra attenzione prevalentemente sugli adolescenti e i giovani, poichè un ampio numero di essi non comprendendo il pregiato dono della salute la sfidano con comportamenti altamente pericolosi: dall'abuso di alcool all'assunzione di stupefacenti o di droghe, dalle notti turbolenti in discoteca alle corse pazze sulle strade. Inoltre, non possiamo sottovalutare, i malesseri esistenziali provocati da pratiche magiche o esoteriche, come pure che in Italia la seconda causa di morte dei giovani da 18 a 25 anni è da addebitarsi al suicidio.

Quattro sono le agenzie deputate all'educazione alla salute e, di conseguenza, alla prevenzione: la famiglia, la scuola, i mezzi di comunicazione e gli operatori sanitari.

Nell'educazione alla responsabilità nei confronti della propria salute oltre ad amare la vita e a scoprire la nobiltà dell'esistenza il ruolo della *famiglia* è essenziale, impegnandosi ad operare sull'aspetto relazionale, fisico, affettivo e sessuale, ricordandosi il motto che l'OMS propose per la Giornata Mondiale del

⁵⁸ <http://www.gianmariacomolli.it/sito/wp-content/uploads/2015/07/cose-lomeopatia.pdf>

⁵⁹ Dalla "Christmas Lecture" avente per titolo "*Le medicine alternative*", tenuta presso la Facoltà di Farmacia dell'Università di Firenze nel dicembre 1993.

⁶⁰ S. PINTOR, *Educare alla vita e alla cura della salute*, in E. LANGHERO – M. BRUNETTI (a cura di), *Percorsi di Pastorale della Salute*, Camilliane, Torino 2012, pg. 20.

⁶¹ M. DE PAOLI, *Antonio Rosmini, maestro e profeta*, San Paolo, Milano 2007, pg. 58.

1973: “La salute comincia dalla propria casa”, senza negare, come molti fanno oggi, le difficoltà esistenziali che si dovranno affrontare. Categorico è lo scrittore e poeta brasiliano P. Coelho: “Se c’è la sofferenza, allora bisogna accettarla, perché non scomparirà solo fingendo che non esiste”⁶².

Anche la *scuola* nel suo iter formativo, dalle materne alle superiori, deve porsi l’obiettivo dell’educazione alla salute proponendo stili di vita salutari oltre la difesa dell’ambiente. S. Pintor, trattando dell’ “ambiente in generale”, afferma: “Ma esistono altre forme di inquinamento, a cui bisognerebbe dare una maggiore attenzione, costituita da un diffuso ‘smog sociale’ che si manifesta nella caduta di relazioni veramente umane tra le persone, con la caduta di valori di solidarietà e di attenzione all’altro, provocando soprattutto nei soggetti che vivono situazioni di particolare sensibilità e fragilità, un malessere esistenziale, un minore amore alla vita ed evidenti danni alla stessa salute”⁶³.

Pure i *mezzi di comunicazione* hanno precise responsabilità in questo settore; di conseguenza, il loro compito, è quello di divulgare alla popolazione regimi di vita sani ed indicazioni corrette e verificate scientificamente, superando le logiche commerciali che in questo settore, come in molteplici altri, annebbiano la verità e la realtà.

Infine, un’ampia responsabilità all’educazione alla salute e alla prevenzione, è affidata agli operatori sanitari anche se “il medico di oggi è divenuto un maestro di osservazione obiettiva, ma meno del suo paziente”⁶⁴. Esaminiamo, ad esempio, il comportamento delle adolescenti e delle giovani che usano ed abusano della cosiddetta “pillola del giorno” (Norlevo) o di quella dei “cinque giorni” (ElleOne). Prodotti abortivi che procurano gravi conseguenze a livello fisico poiché contengono elementi chimici ormonali costituiti da estrogeni e da estrogeno-progestinici. Eppure, l’acquisto di questi “farmaci”, è in costante crescita. Dai dati diffusi dal Ministero della Salute apprendiamo che le vendite si sono incrementate negli ultimi cinque anni del 59% attestandosi a 356mila confezioni annuali. Il 65% delle acquirenti hanno un’età compresa tra i 14 e 20 anni, e vi ricorrono con la convinzione di assumere un innocuo prodotto poiché nessuno dialoga con loro impaurite da un eventuale gravidanza che non possono o vogliono sostenere.

Anche il corretto uso dei farmaci rientra nel rapporto cittadino-operatore sanitario poiché i farmaci costituiscono una componente rilevante della spesa sanitaria, non sempre è giustificata. Si pensi, ad esempio, ai cassette straripanti di medicinali presenti in varie abitazioni e, a volte, scaduti. Questo indica l’incapacità del cittadino, senza un supporto, di valutarne sia l’uso che i costi. Per quanto riguarda i costi, il Servizio Sanitario Nazionale nel 2015, ha rimborsato circa il 75% della spesa farmaceutica per un totale di 26 miliardi di euro, il 20% del totale delle spese sanitarie. L’economista G. Domighetti afferma che quello delle medicine è un mercato particolare che non permette al consumatore di scegliere essendo “l’offerta” e non la domanda a disciplinare i consumi⁶⁵. E, C. Lanzetti, sostiene che “il difetto principale di tale mercato è l’assenza di trasparenza tra offerta e domanda che non permette al cittadino di gestire in modo più autonomo e responsabile la propria salute”⁶⁶. E’ facile intuire quali sono i soggetti e le

⁶² P. COELHO, *Lo Zahir*, Bompiani, Milano 2015, pg. 125.

⁶³ *Educare alla vita e alla cura della salute*, op. cit., pg. 22.

⁶⁴ B. SHERWIN NULAND, *Doctors and Deities*, in *The New Republic*, ottobre 1997, pg. 33.

⁶⁵ Cfr. G. DOMIGHETTI, *Educare i consumatori a rimanere sani*, in *Arco di Giano*, 10, 1996, pp. 56-69.

⁶⁶ C. LANZETTI, *La qualità del servizio in ospedale. Una ricerca sull’esperienza dei malati*, F. Angeli, Milano 1999, pg. 41.

categorie più influenzabili e suggestionabili che necessitano di un supporto medico anche in queste scelte.

A volte affermiamo: “quando abbiamo la salute, abbiamo tutto!”. Ed è vero! Ma questa saggia deduzione spesso è contraddetta da alcuni stili di vita e da comportamenti che tralasciano le norme igieniche basilari, una corretta dieta, il giusto riposo, l’esercizio fisico e la moderazione, anche se alcuni fattori nocivi sfuggono al controllo dell’individuo (esempio l’inquinamento ambientale). Come pure non possiamo trascurare attività lavorative o pratiche sportive pericolose.

Quindi, il primo atteggiamento per promuovere la salute è la sua salvaguardia che si concretizza nella prevenzione, memori del motto dei prudenti: “prevenire è meglio che curare”, superando l’idea che è possibile procacciare la salute unicamente con l’utilizzo dei farmaci. “Se tutta la medicina si pone come scopo la salute, solo la prevenzione ha come caratteristica specifica la tutela di questo bene e impegna ciascuno a essere soggetto attivo del proprio benessere”⁶⁷.

⁶⁷ COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E DELLA SALUTE, *Predicate il Vangelo e curate i malati*, EDB, Bologna 2006, n. 15

