

## **CAPITOLO 6 – OBIETTIVO: SALUTE INTEGRALE. SOFFERENZA E MORTE, SALUTE, SALVEZZA E MALATTIA**

### **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 affermò l'oncologo americano A. Silverstein che negli anni '80 del ventesimo secolo pubblicò il testo "La conquista della morte" che aveva come sottotitolo "Perché potremmo essere l'ultima generazione che muore. Come e quando la medicina sconfiggerà definitivamente la morte"<sup>1</sup>, 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 onde<sup>2</sup>.

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 significanti 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

---

<sup>1</sup> Rusconi, Milano 1982.

<sup>2</sup> PLATONE, Il Fedone, XXXV.

vive”<sup>3</sup>. E gli fece eco Carlo Bo affermando: “non c’è una letteratura della sofferenza, ci sono solo dei gridi”<sup>4</sup>. 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 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”<sup>5</sup>. Ognuno, quindi, deve verificare la capacità di fornire un riscontro veritiero.

### **1.1.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”<sup>6</sup>. 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”<sup>7</sup>, 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

---

<sup>3</sup> Dall’Omelia di san Giovanni Paolo II alle esequie del Cardinale, 13 marzo 1979.

<sup>4</sup> C. BO, *Scandalo della Speranza*, Vallecchi, Firenze 1957, pg.57.

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

<sup>6</sup> V. FRANK, *Un significato per l’esistenza. Psicoterapia e umanismo*, Città Nuova, Roma 1990, pg. 89.

<sup>7</sup> *Libro di Giobbe* 3,10.

sofferenza”<sup>8</sup>. 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”<sup>9</sup>. Infine, la sofferenza, smentisce il disegno della creazione nel quale “tutto era molto buono”<sup>10</sup>, 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 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”<sup>11</sup>.

## 1.2 MORTE

### 1.2.1.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 dal teologo e scrittore olandese 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”<sup>12</sup>, poiché 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”<sup>13</sup>. Per questo, la morte, dovrebbe costituire un passaggio eloquente per ogni uomo! Eppure della morte, un appuntamento che attende tutti, è arduo parlarne: rammenta la precarietà e la provvisorietà, incute paura, provoca terrore, suscita pudori essendo incontrollabile. Il sociologo J. Baudrillard affermava: “Al giorno d’oggi non è

---

<sup>8</sup> BENEDETTO XVI, *Spe salvi*, n. 36.

<sup>9</sup> F. DOSTOEVSKIJ, *I fratelli Karamazov*, Garzanti, Milano 1992, pg. 338.

<sup>10</sup> *Libro della Genesi* 2,31.

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

<sup>12</sup> H. NOUWEN, *Il dono del compimento*, Queriniana, Brescia 1995, p. 12.

<sup>13</sup> H. NOUWEN, *Il guaritore ferito*, Queriniana, Brescia 1982, p. 18.

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<sup>14</sup>. Inoltre, il contesto societario, non consente di commentare il tema come ogni altro argomento dell'esistenza, o meglio di recepire la morte come il naturale compimento della persona; di conseguenza si muore peggio che in passato. Da avvenimento biologico e naturale, da "sorella" con la quale convivere, è stata trasformata in nemico da combattere, mostro da esorcizzare, evento da negare, anche se in alcune circostanze invade le televisioni e i giornali, ed è presentata nei talk show come spettacolarizzazione banalizzata dove la riverenza sparisce. La morte, dunque, è il tabù degli ultimi decenni del XX secolo e dei primi del XXI. L'antico divieto sociale di parlare di sesso e di funzioni genitali si è oggi trasferito sulla morte; per questo l'antropologo inglese G. Gorer parla di "pornografia della morte"<sup>15</sup>. Concetto ripreso anche dallo storico francese 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"<sup>16</sup>. Oggi si vive come se non si dovesse morire mai! La vita è sradicata dalla morte; tutto ci distrae da questa realtà, e di conseguenza la visione che ha estromesso la morte dalla quotidianità, ha ridotto anche l'attitudine di accompagnare il prossimo moribondo. Da evento gestito nell'ambiente familiare e comunitario, dove la persona terminava la vita nel proprio letto, comunicava le ultime volontà, riceveva i sacramenti e si affidava a Dio per realizzare una "buona morte", è divenuto un fatto anonimo da relegare in spazi artificiali, in ambienti specialistici per "scompare in silenzio", lontano dalla quotidianità, nell'impersonale stanza d'ospedale oppure nelle "case di riposo" (RSA) dove avvengono circa il 75% dei decessi, per non turbare l'equilibrio delle persone. Spesso si elogia chi "se ne è andato rapidamente senza importunare nessuno", compiendo una "bella morte", descritta dallo storico francese 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"<sup>17</sup>. Inoltre, sono state costruite, soprattutto nelle metropoli, le "case funebri" dove riporre la salma, affinché la società non sia turbata da quest' inaccettabile anomalia. E, anche quando si visitano le spoglie mortali, si esprimono attestati di stima per lo scomparso, ma pochi s'interrogano sul suo futuro eterno. Oltre a tutto ciò, la morte, cioè "l'innominabile", da evento sociale è stata privatizzata affinché coinvolga unicamente i famigliari. Infine, si predispongono degli stratagemmi affinché passi inosservata e velocemente: nessun rintocco di campane a lutto o necrologi murali, niente cortei funebri al cui passaggio si toglieva rispettosamente il cappello o abiti appropriati al lutto per non adottare un atteggiamento dissimile da quello degli altri giorni. No al culto della memoria e alle lacrime definite da Ariès come "le escrezioni del malato e le urine e le une e le altre sono ripugnanti"<sup>18</sup> e, le difese più comuni, sono il "negare, rimuovere, dimenticare, fare come se la morte non esistesse.

---

<sup>14</sup> J. BAUDRILLARD, *Lo scambio simbolico e la morte*, Feltrinelli, Milano 2007, p. 89.

<sup>15</sup> Cfr. G. GORER, *The Pornography of death*, Encounter, Londra 1955

<sup>16</sup> P. ARIES, *Storia della morte in occidente*, Rizzoli, Milano 1998, p. 184.

<sup>17</sup> R. REMOND, *Il nuovo anticristianesimo*, Lindau, Torino 2007, p. 16.

<sup>18</sup> *Storia della morte in occidente*, op. cit., p. 69.

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"<sup>19</sup>. 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"<sup>20</sup>.

Pure negli ospedali il vocabolo "morte" è sussurrato sottovoce, rimpiazzandolo con il termine "exitus". La medicina, che frequentemente non riconosce i propri limiti, ha modificato anche la percezione della morte, e pure gli operatori sanitari, quando svaniscono le ultime speranze, si allontanano. Si è constatato 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.

Ovviamente, anche nel passato, la morte procurava timori: ieri la paura era provocata dalla trepidazione per il giudizio di Dio, oggi dalla sua scomparsa!

### 1.2.2. LA MORTE NEL VISSUTO PERSONALE

Vari autori affermano che l'atteggiamento che si assume d'innanzi alla morte trae origine principalmente dal comportamento perseguito nella vita, infatti ogni considerazione sulla morte richiama una specifica percezione della quotidianità. 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 indica che l'avvenimento assume in significato che noi gli attribuiamo. Per questo, riscontriamo due atteggiamenti divergenti.

Il primo è riassunto nella "Leggenda di Samarcanda". "C'era una volta un uomo che non voleva morire. Era un uomo di Isfahan. Ma, 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 davo appuntamento all'alba del terzo giorno nella camera di quest'albergo, qui a Samarcanda'"<sup>21</sup>. Il teologo G. Ancona, che riporta questa leggenda nell'introduzione a un suo libro, così commenta l'episodio: "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..."<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> S. ACQUAVIVA, *Eros, morte e esperienza religiosa*, LaTerza, Bari 1990, p. 160.

<sup>20</sup> B. PASCAL, *Pensiero*, n. 250.

<sup>21</sup> O. FALLACI, *Un uomo*, Rizzoli, Milano 1979, p. 32.

<sup>22</sup> G. ANCONA, *La morte. Teologia e catechesi*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1993, pp. 5-6.

Il secondo atteggiamento è quello di offrire alla morte un “significato esistenziale”, predisponendosi consapevolmente al fatto, amando e ottimizzando ogni giornata e ogni attività. Per concretizzare questo convincimento un supporto considerevole è offerto dal cristianesimo, essendo la morte un mistero inesplorabile dalla nostra ristretta ragione. Di conseguenza, la fede, consente al credente un approccio peculiare e la sicurezza che "preziosa agli occhi del Signore è la morte dei suoi fedeli"(Sal. 115,15). Inoltre, il Signore Gesù, con la Sua risurrezione, testimonia che la vita di ogni uomo come la Sua, non si concluderà con la morte. Il Messia proclama che tutti gli uomini sono destinatari della vita eterna; che la morte è esclusivamente il passaggio dall'esistenza terrena, breve, per alcuni brevissima, e spesso scalfita dalla sofferenza e dal dolore a quella eterna, contrassegnata dalla gioia e dalla beatitudine, siccome dopo il Venerdì Santo è predisposta per ognuno, come per Cristo, la Pasqua. Pertanto, l'uomo trascorre la prima parte dell'esistenza nel mondo e poi la proseguirà partecipe della stessa vita di Dio conformemente al risultato del “giudizio particolare” (Cfr. Gv. 5,29). Per questo, il credente, accettando positivamente la morte, le offre il significato di una “tappa” che termina l'esistenza terrena contraddistinta dalla precarietà, dal dolore e dal peccato. San Paolo, ammalato e anziano, osservando il suo corpo in declino, afferma: "Egli trasformerà i nostri miseri corpi a immagine del suo corpo glorioso" (Col. 1,14). Colme di speranza sono anche le parole che sant'Agostino pone sulla bocca di un defunto: "Sono ormai assorbito nell'incanto di Dio, nella sua sconfinata bellezza. Le cose di un tempo sono così piccole al confronto. Vivo in una gioia purissima"<sup>23</sup>.

Siamo perfettamente convinti che tutti dovremo affrontare la morte; non sappiamo quando. Per questo, il mistico tedesco Tommaso da Kempis nell' “Imitazione di Cristo”, affermava: "La mattina fa' conto di non arrivare alla sera. Scesa la sera non osare di riprometterti la mattina"<sup>24</sup>. Oppure: “Guardare la vita dal punto d'osservazione della morte, dà un aiuto straordinario a vivere bene. Sei angustiato da problemi e difficoltà? Portati avanti, collocati al punto giusto: guarda queste cose dal letto di morte. Come vorresti allora aver agito? Quale importanza daresti a queste cose? Fa' così e sarai salvo. Hai un contrasto con qualcuno? Guarda la cosa dal letto di morte. Cosa vorresti avere fatto allora: aver vinto o esserti umiliato? Aver prevalso, o aver perdonato?”<sup>25</sup>.

A volte, la morte dell'altro, per la sua drammaticità, diviene anche “maestra di vita”. Un esempio eloquente fu quello narrato da Fra Pierluigi Marchesi (Fatebenefratello). Siamo agli inizi degli anni '40 del XX secolo, era 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 alcuni 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 i morti. Quella traumatica esperienza suscitò nel giovane novizio una profonda riflessione che

---

<sup>23</sup> Da: *De fide rerum quae non videntur*

<sup>24</sup> T. DA KEMPIS *Imitazione di Cristo*, Paoline Editoriale Libri, Milano 2001, p. 291.

<sup>25</sup> R. CANTALAMESSA, *Sorella morte*, Ancora, Milano 1991, p. 45.

ricorderà nel corso di un incontro 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”<sup>26</sup>. Una vocazione che sarebbe proseguita per tutta la vita servendo gli ammalati.

La riflessione attinente la propria morte è essenziale anche per l'operatore sanitario. Scriveva la psichiatra E. Kubler-Ross a riguardo del medico, ma la medesima osservazione è fruttuosa per tutti coloro che operano nel settore assistenziale. “Per trovare la formula giusta per un incontro è necessaria la capacità di un medico di pensare alla propria morte. Qualora questo fosse per lui un pensiero arduo, qualora 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”<sup>27</sup>.

### 1.2.3. CRISTIANESIMO E MORTE

Il tema della morte ha coinvolto le religioni, i sistemi filosofici, la letteratura e l'arte che però non hanno fornito risposte esaurienti, unicamente hanno proposto degli atteggiamenti di sottomissione, di rassegnazione, di passività o di fatalismo, oppure hanno suggerito consolazioni effimere e fugaci. Altri, hanno evidenziato nella morte, soprattutto quella incomprensibile degli innocenti, la prova della non esistenza di Dio e, di conseguenza, hanno intrapreso il sentiero dell'ateismo.

Noi, invece siamo convinti, come già accennato, che il cristianesimo fornisca motivazioni e speranze al timore, poiché la fede cristiana chiaramente afferma che tramite il Signore Gesù “tutti riceveranno la vita”(1 Cor. 15,22), essendo il Figlio di Dio la “primizia di coloro che sono morti” (1 Cor. 15,20). Altri approfondimenti sono offerti dal Catechismo della Chiesa Cattolica che espone una “risposta” e una “precisazione” sulla “resurrezione dei morti”.

La risposta. “Con la morte avremo la separazione dell'anima dal corpo. Il corpo dell'uomo cade nella corruzione, mentre la sua anima va incontro a Dio, pur restando in attesa di essere riunita al suo corpo glorioso. Dio nella sua onnipotenza restituirà definitivamente la vita incorruttibile ai nostri corpi riunendoli alle nostre anime, in forza della Risurrezione di Cristo”(n. 997).

La precisazione. “Il ‘come’ supera la possibilità della nostra immaginazione e del nostro intelletto; è accessibile solo nella fede”(n. 1000). Ovviamente, l'accoglienza di questa prospettiva, è sempre e unicamente un dono di Dio che va invocato, come pure le convinzioni su queste realtà sono direttamente proporzionali alla fede individuale.

Riguardo alla risurrezione, il cardinale G. Biffi, affermò: “è molto interessante, drammatico e inevitabile parlarne 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

---

<sup>26</sup> G. CERVELLERA- G.M. COMOLLI, *Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi*, Ancora, Milano 2012, p. 22.

<sup>27</sup> E. KUBLER ROSS, *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 1982, pg. 35.

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"<sup>28</sup>.

Ebbene, il cristiano, possiede nella Risurrezione del Signore Gesù "il fatto" che lo salvaguarda dalla morte che permane sempre un mistero e un transito doloroso attorniato dal timore. Pure il Signore Gesù, incarnandosi, ha vissuto l'esperienza della morte; come ha reagito? Nel Getsemani ebbe paura e invocò Dio: "Padre mio, se è possibile, passi da me questo calice!"(Mt. 26,39), e l'evangelista Luca aggiunge: "In preda all'angoscia, pregava più intensamente; e il suo sudore diventò come gocce di sangue che cadevano a terra"(Lc. 22,34). Dunque, il cristianesimo, pur offrendo valide prospettive al fine vita, legittima il turbamento, il tremore e la trepidazione ma sempre accompagnate dalla fiducia e dalla speranza.

Queste riflessioni possiamo presentarle anche a chi propone l'eutanasia come "liberazione per il malato". "La giustificazione della liberazione per il malato è totalmente falsa, poiché liberarsi significa passare da una situazione di assenza di libertà (chiusura fisica o morale) a una condizione di riconquistata autonomia. Ma la morte, per 'il non credente', - e chi la richiede è tale - non è 'passare a', ma semplicemente 'non esistere più'. La liberazione implica un poi nel quale la persona, non è più costretta o rinchiusa ma si realizza in maggiore pienezza e gioia. Ma niente di tutto questo può sperare chi non spera in niente dopo la morte"<sup>29</sup>.

## **2.Salute, salvezza e malattia**

### **2.1.LA SALUTE, OGGI**

La salute non coinvolge unicamente il corpo ma "l'unitotalità dell'uomo", e per tutelarla è primario vegliare anche sulle componenti psicologiche, sociali e spirituali, affiancando ed intersecando il vocabolo "salute" con quello di "salvezza" essendo strettamente concatenati e possedendo le stesse coordinate. Non a caso, i due termini, dispongono della stessa radice comune: "salus" cioè totalità, pienezza e realizzazione (cfr. paragrafo seguente). Inoltre, nei primi secoli della storia, salute e malattia erano ritenute condizioni trascendenti, soggette alla benevolenza o malevolenza delle divinità.

Il vocabolo "salute" è dinamico, trasformandosi nelle varie epoche a seguito di elaborazioni storico-culturali. Negli ultimi decenni, la percezione della salute, ha assunto accezioni più ampie, assumendo rinnovate connotazioni, trasformandosi da semplice "assenza di malattie" a visioni che ostentano lo stretto rapporto con gli stili di vita e lo sviluppo personale e sociale. Così la definisce l' "Organizzazione Mondiale della Sanità" (OMS): "La salute è un completo benessere fisico, mentale e sociale, e non la mera assenza di malattia". Ma la definizione è "utopistica" particolarmente nei termini: "completo benessere" e va integrata con la visione personalistica, comunitaria e sociale

---

<sup>28</sup> G. BIFFI, *L'Aldilà*, LDC, Torino 1998, p. 5.

<sup>29</sup> G. MIRANDA, *I problemi etici dell'eutanasia nell'Enciclica Evangelium Vitae*, in E. SGRECCIA – D. SACCHINI (a cura di), *Evangelium Vitae e bioetica. Un approccio interdisciplinare*, Vita & Pensiero, Milano 1996, p. 89.

dell'uomo. E' di supporto la Nota "La pastorale della salute nella Chiesa Italiana" e il "Catechismo della Chiesa Cattolica".

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" (n. 6). Di conseguenza: "Un rapporto profondo è avvertito tra salute, qualità della vita e benessere dell'uomo" (n. 6). Il "Catechismo della Chiesa Cattolica", pur non presentando un'organica definizione di salute, più volte evidenzia che questa è strettamente congiunta alle altre dimensioni della vita umana e quindi assume prevalentemente una "connotazione antropologica", aspetto rilevante per il progetto societario e sanitario. Inoltre, per il "Catechismo", la salute, si interseca con l'origine della vita umana (cfr.: nn. 355, 357, 366), la sua natura (cfr.: n. 358) e la sua finalità (cfr.: n. 357) e, di conseguenza, con l'itinerario relazionale ed etico che ogni esistenza dovrebbe percorrere (cfr.: n. 340). 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" 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", dato che 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"<sup>30</sup>. Di fronte ad una "libertà ferita", condizionata da molteplici componenti, è opportuno puntualizzare che dobbiamo comprendere la libertà come "responsabilità" nei confronti di se stessi (cfr.: *Catechismo della Chiesa Cattolica* n.357) e degli altri (cfr.: *Catechismo della Chiesa Cattolica* n. 357). 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.

La visione "umanistica" della salute, paradossalmente diverge dal pensiero dominante e più diffuso nelle società post-moderne che mirano primariamente "all'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

---

<sup>30</sup> 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 1992, pag. 82.

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” (30,16a), 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” (30,16b). Concetto ripreso anche dal “Catechismo della Chiesa Cattolica”: “La salute fisica è un bene prezioso e dobbiamo averne cura ragionevolmente” (n.2280), ma con lo stesso distinguo del Siracide: “non è un valore assoluto, quindi va respinto un culto idolatrino del corpo” (n. 2288), oppure la ricerca ossessiva di questa.

Per concretizzare parzialmente questa ampia visione non possiamo trascurare “i percorsi educativi e formativi”, poichè le colonne portanti della salute, accanto al progresso della medicina sono lo stile di vita e i valori, dunque anche il coinvolgimento morale ed etico. Ricorda 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”<sup>31</sup>.

Educare a che cosa? Il filosofo A. Rosmini risponderebbe: “L’educare ha lo scopo di rendere l’uomo autore del proprio bene”<sup>32</sup>. Questa affermazione è particolarmente appropriata come indicazione per vivere l’esistenza come dono e mistero e attuare “la prevenzione” che a breve presenteremo.

L’educazione alla salute deve procedere parallelamente con la cura della vita e della sua sacralità che ha come conseguenza la venerazione per ogni esistenza umana anche se fragile o sofferente.

Tre sono le “agenzie” deputate all’educazione alla salute: la famiglia, la scuola e i mezzi di comunicazione.

-Nell’educazione alla responsabilità nei confronti della propria salute, il ruolo della *famiglia* è essenziale operando a livello relazionale, fisico, affettivo e sessuale soprattutto oggi, poichè una vasta porzione di adolescenti e di giovani non comprendendo “il dono” della salute ma la sfidano con comportamenti assai rischiosi: dall’abuso di alcool all’assunzione di droghe, dalle notti turbolenti in discoteca alle corse dissennate in automobile. Un preoccupante fenomeno è anche l’uso e l’abuso della cosiddetta “pillola del giorno dopo” (Norlevo), o quella dei “cinque giorni” (ElleOne). Prodotti abortivi che procurano onerose conseguenze a livello fisico. Ma, l’acquisto di questi farmaci, sono in costante crescita. Dai i 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. Da ultimo, non possiamo sottovalutare, il malessere esistenziale provocato da “pratiche magiche o esoteriche”. L’unico percorso da intraprendere per interrompere questi pericolosi crinali sta nell’intervento delle famiglie, che dovrebbero con tolleranza e pacatezza, educare i figli ad amare la vita, e di conseguenza, la salute. Un dato impressionante: in Italia, la prima causa di morte dei giovani dai 18 ai 25 anni sono gli incidenti stradali del sabato sera, la seconda fonte è “il suicidio”. E negli Stati Uniti in soli 15 anni, dal 2004

---

<sup>31</sup> 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.

<sup>32</sup> M. DE PAOLI, *Antonio Rosmini, maestro e profeta*, San Paolo, Milano 2007, pg. 58.

al 2019, il numero dei giovani che si sono tolti la vita è cresciuto del 24% (da 29mila a 42mila), con un tasso di 13 decessi ogni 100 mila giovani<sup>33</sup>.

-Anche *la scuola* deve proporre percorsi di sensibilizzazione alla salute e a stili di vita salutari, oltre la prevenzione e la difesa dell'ambiente. Afferma S. Pintor: "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"<sup>34</sup>.

-Pure i *mezzi di comunicazione* posseggono ampie responsabilità. Di conseguenza devono fornire alla popolazione indicazioni corrette e verificate scientificamente, superando le logiche commerciali che annebbiano verità e realtà.

Un' aforisma popolare afferma: "quando abbiamo la salute, abbiamo tutto!". Ed è vero! Ma questa saggia deduzione spesso è contraddetta da stili di vita e comportamenti nocivi. Pertanto, il primo atteggiamento nei riguardi la salute è la sua salvaguardia che si concretizza nella "prevenzione", memori del detto "prevenire è meglio che curare", superando la convinzione che possiamo procacciarci la salute unicamente con l'assunzione 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" (*Predicate il Vangelo e curate i malati*, n. 15). E la prevenzione allontana cause e fattori che mettono a rischio l'amore che dobbiamo ai noi stessi secondo l'insegnamento del Signore Gesù: "Amerai il prossimo tuo come te stesso" (Mt. 22,39). Dalla prevenzione e dalla cura della nostra salute, scaturirà anche la qualità della nostra prossimità!

## **2.2. SALUTE E SALVEZZA: UN BINOMIO INSCINDIBILE**

Per il cristianesimo *salute* e *salvezza*, come affermato, si intersecano. La salvezza, a volte, la demandiamo esclusivamente all'aspetto spirituale, riferendola al "dopo-vita" mentre, ogni domanda di salute, è sempre anche una richiesta di salvezza, poichè il sofferente sollecita di essere sciolto dal limite finale e radicale della morte, essendo presente nella persona una unità duale di anima e di corpo, che interagiscono profondamente.

La salvezza, dunque, coinvolge sia la "fede" che le "opere", cioè la quotidianità. Esorta san Paolo: "Non vi fate illusioni; non ci si può prendere gioco di Dio. Ciascuno raccoglierà quello che avrà seminato. Chi semina nella sua carne, dalla carne raccoglierà corruzione; chi semina nello Spirito, dallo Spirito raccoglierà vita eterna. E non stanchiamoci di fare il bene; se infatti non desistiamo, a suo tempo mieteremo" (Gal. 6,7-8). Dunque, ci è sollecitata un'esistenza, e di conseguenza, una fede operante e non oziosa, poichè ognuno al termine della vita coglierà ciò che avrà seminato. Di conseguenza, "tutto quello che fate, parole o azioni, tutto sia fatto nel nome di Gesù, nostro

---

<sup>33</sup>Dati: *Center for Disease Control and Prevention*.

<sup>34</sup> *Educare alla vita e alla cura della salute*, op. cit., pg. 22.

Signore e per mezzo di Lui, ringraziate Dio nostro Padre” (Col. 3,17). Ogni azione, pur esprimendo rilevanze temporali, contemporaneamente è anche un’opera di salvezza, perciò i beni dell’esistenza, compresa la salute, va valutata nella prioritaria relazione con Dio. San Giacomo afferma che il compimento della legge è la carità (cfr.: Gc. 2,1-10; 2,14-26). “Fratelli miei”, si domanda, “che giova ad uno dire di aver la fede, se non ha le opere? Forse che quella fede potrà salvarlo?” (Gc. 2,14). No, perché la fede priva delle opere è morta, e giunge a paragonare chi disgiunge la fede dalle opere ad un demone: “Tu credi che c’è un solo Dio? Fai bene; anche i demoni lo credono, e tremano” (Gc. 2,19). Questo insegnamento mostra l’inganno presente in coloro che si ripromette la vita eterna pur praticando una fede separata dalla quotidianità. E san Gerolamo aggiunge: “Ciò che la malattia e le ferite sono per il corpo, lo è il peccato per l’anima”<sup>35</sup>. J. Maritain, asseriva che l’uomo perviene all’oblatività sociale nel trascendersi, sostenuto dalla fede nel Trascendente<sup>36</sup>. J. Ratzinger nell’opera “Introduzione al cristianesimo” sottolineava che la spiritualità della vita, della risurrezione, della comunione con Dio e con l’umanità, troverà pienezza nel futuro e non nel passato, in un arricchimento di beatitudine proporzionale al progredire dell’unione dell’uomo con Dio in Cristo risorto e con gli altri uomini<sup>37</sup>. Ciò dimostra che il concetto di salvezza assume un ampio significato, abbracciando la totalità dell’uomo. Anche i miracoli di Gesù, pur intervenendo sulle realtà fisiche, possedevano un’ampia valenza spirituale che si concretizzava nella remissione dei peccati poiché il Messia, a tutti i sanati, donò salute e salvezza!

### 2.3.LA MALATTIA

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” (*La pastorale della salute nella Chiesa Italiana*, n. 6). Pertanto, anche il concetto di malattia, è stato modificato e rettificato. Abbraccia le molteplici dimensioni della persona come già nell’antichità richiamava il poeta e retore romano D. Giovenale: “mens sana in corpore sano”. Inoltre, anche la malattia, oltrepassa l’aspetto personale estendendosi al sociale, investendo contemporaneamente sia le dimensioni del singolo, sia le scelte e l’agire della collettività.

Una particolare attenzione merita la “salute mentale”. L’argomento è ampio e complesso, coinvolgendo le patologie psichiatriche una folla di soggetti affetti da molteplici sintomi. Dai dati dell’Organizzazione Mondiale della Sanità le persone con sofferenze mentali, più o meno gravi, raggiungono a livello mondiale un miliardo, cioè circa un quinto della popolazione del pianeta. In Europa questi “fragili” rappresentano il 27% degli adulti; in Italia oltre due milioni. I dati sono confermati dall’ampio consumo ed abuso di farmaci “da sostegno”: sonniferi, antidepressivi, tranquillanti... E le proiezioni indicano un

---

<sup>35</sup>SAN GEROLAMO, *Dialogo contro Pelagio*, III,11.

<sup>36</sup>Cfr.: J. MARITAIN, *Nove lezioni sui primi fondamenti della filosofia morale*, Morcelliana 1979, pg. 262.

<sup>37</sup>Cfr.: J. RATZINGER, *Introduzione al cristianesimo*, Queriniana 1968, pp. 184-186.

incremento nei prossimi decenni di questi disagi superiore alle patologie cardiovascolari e tumorali. Il fenomeno coinvolge prevalentemente i Paesi ricchi, e i fattori scatenanti sono genetici, psicobiologici, ambientali e sociali. Vari soffrono, con modalità diverse, un “disagio psichico” procurato prevalentemente dal contesto societario concorrenziale, antagonista e conflittuale. Ma su questo il silenzio è assoluto!

#### **2.4. BREVE STORIA DELLA SANITÀ IN ITALIA NEGLI ULTIMI DECENNI**

Il “diritto alla salute”, con quelli di libertà di opinione e di movimento, di accesso all'istruzione e di uguaglianza di fronte alla legge..., sono proclamati nelle Costituzioni moderne e rivendicate dai cittadini, ma non sempre si attuano soprattutto nel settore sanitario poiché, anche laddove l'impegno civile è sommo, le aspettative sono molteplici e in costante incremento.

In Italia, sono stati compiuti negli ultimi decenni con il potenziamento del welfare, supportato del cosiddetto boom economico, pregevoli sforzi per offrire a tutti un'adeguata qualità di vita. Ciò ha interessato anche la sanità principalmente con la legge 833/1978: “Istituzione del servizio sanitario nazionale” che assicurava al cittadino i diritti all'assistenza e alla cura gratuiti, escludendo particolari attenzioni ai costi. La metodologia adottata era fondata sul tacito accordo del “tutto gratuito a tutti”, con l'impegno dello Stato di farsi carico della cura “dalla culla alla tomba”. Questo apparato che favorì “la cura” rispetto “alla prevenzione”, provocò una evidente deresponsabilizzazione nei cittadini, negli operatori e negli amministratori, oltre una sconveniente espansione della burocrazia, un irrefrenabile incremento dei costi e una corruzione inarrestabile.

Mutate alcune coordinate economiche, abbiamo assistito a una notevole riduzione del prodotto interno e del reddito pro-capite, mentre la spesa sanitaria lievitava per molteplici motivi: gli oneri delle nuove e complesse tecnologie diagnostiche e terapeutiche, gli interventi superflui e l'ostinazione terapeutica, l'incapacità di discernere tra “cure essenziali” e “cure secondarie”, prestazioni accordate esclusivamente perché richieste dal paziente ed enfatizzate dai mass-media o dal web, la manifestazione di nuove patologie, l'incremento dell'età media della popolazione. E, poi, l'idealizzazione della salute, la valutazione eccessiva delle cure, le attese miracolistiche in ogni fase dell'esistenza negando il limite. Infine, la chirurgia estetica, la procreazione medicalmente assistita, gli screening prenatali, l'interruzione volontaria della gravidanza e la “medicina difensiva”. Tutto ciò ha reso i bilanci economici incontrollabili e ingovernabili! E ora, ci ritroviamo con una sanità che molti definiscono un “malato complesso” e forse “inguaribile”. Ricordava D'Agostino: “Nessuno Stato al mondo, nemmeno il più ricco, è in grado di dare una risposta compiuta ai bisogni sanitari della propria popolazione. Molti ritengono ingiusta questa situazione. Ma non è così: se per paradosso il bilancio dello Stato venisse tutto o in massima parte utilizzato per far fronte alle spese sanitarie, si paralizzerebbero le altre attività (di tutela dell'ordine pubblico, di promozione dell'economia, di formazione delle nuove generazioni...) cui lo Stato deve far fronte e questo da una parte creerebbe più ingiustizia sociale e dall'altra una

situazione di recessione e di crisi economica, di cui comincerebbe a soffrire lo stesso sistema sanitario”<sup>38</sup>.

Dagli anni novanta del XX secolo si riformò completamente la sanità con le leggi 421/1992: “Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale”; 502/1992: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421”; 517/1993: “Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992”... e con altri aggiornamenti normativi. Queste leggi rivoluzionarono il panorama sanitario limitando le prestazioni, trasferendo l’assistenza nelle fasi di convalescenza e di riabilitazione “sul territorio” mentre l’ospedale si sarebbe occupato unicamente delle patologie nello stadio acuto, rapportando la cura della salute alle compatibilità economiche. Si avvantaggiò “la prevenzione” e s’intraprese l’austera via della razionalizzazione, riconoscendo che il welfare state era dannoso ed era irrealizzabile il garantire: “tutto a tutti”. Lo Stato poteva assicurare unicamente uno standard minimo di prestazioni essenziali, i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Ebbene, il “diritto alla salute” che sembrava un traguardo raggiunto definitivamente, fu rimesso in discussione non teoricamente ma concretamente con la metodologia delle tre “T”: tagli, ticket, tetti di spesa.

La sanità, fu inoltre aziendalizzata, spalancata alle regole del mercato, della competizione e della privatizzazione. Fu adottato un sistema di verifica e controllo della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate (cfr. legge 502/1992, articolo 13). Fu assunta come prassi quella imprenditoriale, attuata nelle aziende sanitarie prevalentemente dai “Diagnosis Related Group” (DRG) che classificarono all’inizio 463 patologie, stabilendo il rimborso per l’Ente indipendentemente dai giorni di degenza e dalle terapie effettuate. Questo significava che se il paziente rimaneva più giorni in ospedale e necessitava di terapie dispendiose, l’Ente subiva perdite economiche. Di conseguenza, i tempi di degenza, si abbreviarono anche troppo, dimettendo anticipatamente pazienti, soprattutto anziani, con molteplici problemi fisici, psicologici e sociali irrisolti. Precedentemente alla riforma l’indennizzo della cura era “a piè di lista” per gli ospedali pubblici e con una “quota diaria capitaria” per gli enti convenzionati. L’innovazione fu dunque radicale; nel passato, i ricoveri, a volte erano impropri e di durata superiore rispetto alla cura della patologia, mentre dal 1992 si fu incentivati a dimettere rapidamente per “guadagnare” altri DRG.

Questa riforma tramutò “il malato” da paziente in utente; “gli strumenti di cura” in materiale di consumo; “gli operatori sanitari” in burocrati frequentemente demotivati; “i medici” in amministratori condizionati dalla struttura, con il costante dilemma di optare tra i costi o la cura più opportuna, faticando a prescrivere al paziente quanto scienza e coscienza suggerivano. Osservava D. Pellegrino: “La battaglia più dura che molti medici oggi si trovano a combattere (...) si risolve, principalmente, nel tentativo di riduzione dei costi della sanità”<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> *Bioetica. Nozioni fondamentali*, op. cit., p. 219.

<sup>39</sup> *Medicina per vocazione*, op. cit., p. 32.

E sempre Pellegrino ammoniva: “Gli abusi generano le regole, le regole limitano l’autorità discrezionale del medico e dei pazienti e burocratizzano l’esperienza della malattia”<sup>40</sup>. Pure la crisi finanziaria dei cosiddetti “mutui subprime” che tra il 2007 e il 2008 colpì prima gli Stati Uniti e, poi, il resto del mondo, aggravò ulteriormente la situazione.

Come se non bastasse, a deteriorare questo complesso scenario, s’inserì l’istituzione dei ticket, frequentemente onerosi, per esami diagnostici, visite specialistiche e farmaci, incrementando il già intollerabile onere fiscale a carico del cittadino. I ticket sanitari, che riducono in minima percentuale il deficit, sono irrazionali e dannosi, particolarmente quando colpiscono famiglie numerose, malati cronici, anziani e persone fragili... Restituiranno nel futuro “cattivi frutti” con un incremento, nel tempo, dei costi dovuti al deterioramento della salute generale della popolazione. Gli ammalati cronici riducono gli esami diagnostici o non assumono delle terapie anche salva-vita e gli “apparenti sani” non si cautelano adeguatamente.

Non possiamo omettere, infine, che il rapporto 2019 della “Fondazione Banco Farmaceutico onlus” e “BFResarch”<sup>41</sup> evidenziò che 539mila poveri non hanno potuto permettersi i farmaci e 13milioni d’italiani ha limitato accertamenti e visite. Inoltre, i costi per diagnosi, cura e medicinali, non più sostenuti dal SSN, quindi a totale carico dei singoli, si sono incrementati passando dal 37,3% del 2018 al 40,6% del 2019. Un altro quadro preoccupante è presente nel IX rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata ed intermenia<sup>42</sup>. Rilevò che 20milioni d’italiani furono costretti nel 2019 a rivolgersi al privato a causa di liste d’attesa di mesi o chiuse. Ciò significa che la spesa sanitaria privata media per famiglia fu di circa 1.430 euri, cifra del 7,5% superiore alla media dell’Ue. Inoltre, le richieste di farmaci, al Banco Farmaceutico, in prevalenza per patologie del sistema nervoso, dell’apparato muscolo-scheletrico, del tratto alimentare e metabolico e dell’apparato respiratorio sono state di 993mila confezioni con un incremento del 22% rispetto al quinquennio 2013-2018. Ebbene, importante in questo settore, sarebbe una strategia comune tra istituzioni, enti no-profit e la “filiera del farmaco” con l’obiettivo di valorizzare le pratiche di solidarietà. La legge 166/2016: “Disposizioni concernenti la donazione e la distribuzione di prodotti alimentari e farmaceutici a fini di solidarietà sociale e per la limitazione degli sprechi” è senz’altro un buon inizio ma ancora insufficiente.

Dulcis in fundo. L’insufficiente e carente “formazione umanistica” di alcuni Direttori generali, burocrati della sanità e ruoli apicali che valutano questi argomenti estranei alla loro attività, dimostrando un’insufficiente conoscenza delle necessità globali del malato o dell’ente che dirigono. S. Marchionne, morto nel luglio 2018, già Amministratore Delegato di FIAT S.p.A. e Presidente e Amministratore Delegato di Chrysler Group LLC, in possesso di tre lauree, tra cui una in filosofia, partecipando al programma televisivo “Che tempo fa” (24 ottobre 2010), dichiarò che la laurea in filosofia offriva significato e qualità al suo agire quotidiano. Se questa esigenza era presente in una personalità che

---

<sup>40</sup> *Helping and healing. Religious commitment in healthcare*, op. cit.

<sup>41</sup> Cfr. <https://www.bancofarmaceutico.org/cm-files/2018/11/13/rapporto-poverta-2018.pdf>

<sup>42</sup> Cfr. [https://www.welfareday.it/pdf/VIII\\_Rapporto\\_RBM-Censis\\_SANITA\\_def.pdf](https://www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf)

operava nel settore industriale, superiore dovrebbe essere in chi, quotidianamente, è in relazione con il dolore, la sofferenza e la morte. Amministrare la sanità, dirigere un'istituzione sanitaria non comporta unicamente gestire dei capitali osservando inflessibili regole economiche, ma governare e organizzare un "microcosmo" specifico e originario, comunicando con le risorse umane, riconoscendo determinanti non unicamente coloro che esegue complesse prestazioni, ma anche chi assiste con competenza, umanità e rispetto il malato, qualunque ruolo svolga.

Di conseguenza, accanto alle risorse finanziarie, sono fondamentali le "motivazioni" degli operatori sanitari che costituiscono "il punto di forza" del servizio. Ciò innesca comportamenti virtuosi intersecando "scienza" e "carità", "cura" e "premura".

### 3. Salute integrale

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 umanistiche<sup>43</sup> 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 Qoelet<sup>44</sup>, 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"<sup>45</sup>. Anche C. De Bernard nel testo "L'effetto corporeo dell'Estrema Unzione"<sup>46</sup>, 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"<sup>47</sup>. Da queste brevi osservazioni comprendiamo anche l'intersecarsi tra missione medica e missione sacerdotale, tra cura medica e cura pastorale.

---

<sup>43</sup> Cfr.: H. G. GADAMER, *Verità e metodo*, Bompiani, Milano 1983.

<sup>44</sup> *Libro di Qoelet*, 1,10.

<sup>45</sup> Cfr.: C. HORN, *L'arte della vita nell'antichità : felicità e morale da Socrate ai neoplatonici*, Carocci, Roma 2005, pg. 105.

<sup>46</sup> Cfr.: C. DE BERNARD, *L'effetto corporeo dell'Estrema Unzione*, Castaldi, Belluno 1962.

<sup>47</sup> J. M. LUSTIGER, *Le Sacrement de l'Onction des malades*, Cerf, Paris 1990, pg. 23.

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 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”<sup>48</sup>. 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 in qualunque situazione. Cercate ardentemente di scoprire a che cosa siete chiamati, e poi mettetevi a farlo appassionatamente”<sup>49</sup>. 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”<sup>50</sup>.

Da ultimo, non possiamo tralasciare che accanto alla medicina ufficiale o scientifica è in crescita la cosiddetta “medicina alternativa” dove la malattia è ritenuta l’espressione simbolica di un disagio interiore, di conseguenza è riservata ampia attenzione a ciò che il corpo esprime mediante il contatto con il fisico del paziente e la comunicazione interpersonale. L’omeopatia, l’agopuntura, lo shiatsu, la riflessologia plantare... cioè alcune tra le varie branche di questa tipologia di cura, pur con metodologie diverse: uso di aghi, pressione della mano o del corpo su determinate parti..., riservano forte interesse all’unitotalità della persona e si propongono come fine, non solo la guarigione dalla malattia ma il benessere della persona. 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”<sup>51</sup> per presentare le convinzioni di chi opera in questo settore. “Ci dobbiamo rendere conto che la persona diventa il

---

<sup>48</sup> Cfr.: E. FROMM, *La rivoluzione della speranza. Per costruire una società più umana*, Bompiani, Milano 1996, pg. 136.

<sup>49</sup> M. L. KING, *La forza di amare*, SEI, Torino 2002, pg. 143.

<sup>50</sup> *Nemesi medica: l’appropriazione della salute*, op. cit., pg.61.

<sup>51</sup> [www.gianmariacomolli.it](http://www.gianmariacomolli.it)

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 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 identificativo<sup>52</sup>.

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"<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> <http://www.gianmariacomolli.it/sito/wp-content/uploads/2015/07/cose-lomeopatia.pdf>

<sup>53</sup> Dalla "Christmas Lecture" avente per titolo "*Le medicine alternative*", tenuta presso la Facoltà di Farmacia dell'Università di Firenze nel dicembre 1993.