

Istituto per l'Analisi dello Stato Sociale

estate 2015

L'Arco di Giano



84

RIVISTA DI MEDICAL HUMANITIES



Medicina e misericordia

A CURA DI MARIAPIA GARAVAGLIA E SALVINO LEONE


SCEDITRICE

estate 2015

L'Arco di Giano



84

RIVISTA DI MEDICAL HUMANITIES



Medicina e misericordia

A CURA DI MARIAPIA GARAVAGLIA E SALVINO LEONE



Istituto per l'Analisi dello Stato Sociale

DIRETTORE

Mariapia Garavaglia

COMITATO SCIENTIFICO

Anna Banchemo, *legislazione regionale sociosanitaria* - Mario Bertini, *psicologia* - Paola Binetti, *pedagogia medica* - Alberto Bondolfi, *filosofia morale e bioetica* - Luigino Bruni, *economia politica* - Mauro Ceruti, *filosofia della scienza* - Gilberto Corbellini, *storia della medicina* - Giorgio Cosmacini, *storia della sanità* - Francesco D'Agostino, *filosofia del diritto* - Bruno Dallapiccola, *genetica* - Dietrich von Engelhardt, *teoria della medicina* - Adriano Fabris, *filosofia delle religioni* - Bernardino Fantini, *storia e filosofia delle scienze biologiche* - Carlo Favaretti, *management sanitario* - Raffaele Landolfi, *clinica* - Salvino Leone, *bioetica* - Luca Marini, *diritto internazionale* - Alessandro Pagnini, *storia della filosofia* - Roberto Palumbo, *habitat* - Augusto Panà, *sanità pubblica* - Corrado Poli, *ecologia* - Alberto Quadrio Curzio, *economia politica* - Pietro Rescigno, *sanità e diritti umani* - Walter Ricciardi, *sanità internazionale* - Rosanna Tarricone, *economia sanitaria* - Willem Tousijn, *sociologia* - Marco Trabucchi, *neuroscienze* - Massimo Valsecchi, *politica economico-sanitaria* - Silvia Vegetti Finzi, *psicoanalisi*.

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Giuseppina Ventura

La corrispondenza con la direzione e la redazione va inviata a:

"L'Arco di Giano" iassgiano@gmail.com - info@arcodigiano.org

EDITORE



SCE SC EDITRICE - SOCIETÀ COOPERATIVA

Via Giunio Bazzoni, 1 - 00195 Roma

abbonamenti@sceditrice.it - www.sceditrice.it

ABBONAMENTI

Italia € 60,00 - Paesi U.E. € 80,00 - Paesi Extra U.E. € 90,00

da versare su:

Bonifico bancario - Intesa Sanpaolo - IBAN IT14A0306903214100000008901

Intestati a SCE SC Editrice - Società Cooperativa - Via Giunio Bazzoni, 1 - 00195 Roma

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 636 del 20/11/1992 - Direttore responsabile: Sandro Franco - Trimestrale
Poste Italiane S.P.A. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1 comma 1 DCB- Roma

Finito di stampare nel mese di dicembre 2015 dalla tipografia "Press Up s.r.l." Nepi VT

Chiunque è autorizzato a utilizzare e duplicare gli articoli de *L'Arco di Giano*.
Naturalmente apprezziamo chi vorrà, per correttezza, citare la fonte.

FOTO DI COPERTINA: SANDRO FRANCO



Medicina e misericordia

DI MARIAPIA GARAVAGLIA

Siate misericordiosi! Un invito, un imperativo? Una esortazione ad uscire dalla propria esperienza, vissuta singolarmente, per metterla in comune, per riconoscere che tutti siamo accomunati da un medesimo vissuto. Gli altri attraversano le mie stesse esperienze.

L'anno giubilare, dedicato alla misericordia, nel pensiero di Papa Francesco, è il rilancio di una virtù che non è nemmeno ben compresa nel suo significato semantico. Viene di volta utilizzata come se fosse sinonimo di pietà, compassione, giustizia, perdono. *Misericordiae vultus* è l'incipit della Bolla papale con la quale Papa Francesco ha indetto il Giubileo Straordinario della Misericordia. La misericordia travalica i confini del cristianesimo; ebraismo e Islam la considerano un attributo che identifica Dio stesso "Misericordioso e clemente".

Questo Papa ha avvertito acutamente e dolorosamente quanto l'umanità stia soffrendo perché fra persone e popoli non intercorrono più relazioni improntate a prudenza, lealtà, trasparenza, dialogo; osserva che "la parola e il concetto di misericordia sembrano porre a disagio l'uomo, il quale, grazie all'enorme sviluppo della scienza e della tecnica, non mai prima conosciuto nella storia, è divenuto padrone e ha soggiogato e dominato la terra". È la stessa preoccupazione che emerge nella enciclica *Laudato si*, con la quale chiede a tutti gli uomini - non solo ai credenti - di concentrarsi "sul paradigma tecnocratico dominante e sul posto che occupano l'essere umano e la sua azione nel mondo".

Negli approfondimenti che via via la rivista *L'Arco di Giano* ha proposto negli anni, ci si è soffermati su quanto la tecnologia abbia fornito un enorme bagaglio di conoscenza, ma anche altrettanta difficoltà ad avere uno sguardo d'insieme in una attività di "custodia della vita" come è, eminentemente, la relazione di cura della persona in tutte le diverse forme in cui esprime un bisogno.

Il Comitato scientifico della rivista si è sentito interpellato dall'ansia di Papa Francesco e dedica questo numero alla "medicina della misericordia".

Gli Autori propongono riflessioni che sono sostenute da esperienze professionali o di studio in vari ambiti dei servizi alla persona. Ci si propone un nuovo modello antropologico nell'incontro fra medico e paziente, struttura e bisogno, etica e disciplina.

Colui che, per scelta professionale si prende cura di una persona - sostenuto dalla sua capacità e vocazione - nel ben operare risponde certamente ad un dovere e attua quanto previsto dalla normativa vigente, agisce con misericordia?

Misericordia io chiedo e non rigore; Paolo VI suggerisce: "invece di deprimenti diagnosi, incoraggianti rimedi"!

La giustizia, come siamo soliti intenderla, è soddisfatta se viene dato ciò che è dovuto a ciascuno. La misericordia arricchisce la giustizia con l'altra sua faccia nobile: cor, miser, misereor. Un cuore che riconosce e condivide la comune condizione umana. Fa comprendere meglio il bisogno e concentra l'attenzione - l'occhio del cuore (non solo occhio clinico) - sul bisognoso: senza superiorità, disprezzo, lontananza.

Questo occhio misura gli strumenti tecnologici più o meno sofisticati, guarda ai cicli terapeutici più o meno costosi, col solo fine di prendersi cura di un fratello, di un concittadino che, per un momento, gli è affidato come, a sua volta, egli stesso è affidato all'altro: "beati i misericordiosi, perché troveranno misericordia".

dossier

Medicina e misericordia

A CURA DI MARIAPIA GARAVAGLIA E SALVINO LEONE

Prefazione

DI GIANFRANCO RAVASI

Nietzsche nella sua famosa opera *Così parlò Zarathustra* (1883-85) non aveva esitazioni: «Io non amo i misericordiosi. Tutti i creatori sono duri. Dio è morto e la sua compassione per gli uomini fu la sua morte. Sia lodato ciò che ci rende duri». Era il suo anti-vangelo che al Cristo crocifisso opponeva il Dioniso orgiastico o l'eroe trionfatore della classicità. Effettivamente la logica cristiana è all'antipodo con la sua etica della misericordia, del perdono, della tenerezza, della solidarietà e dell'amore. Una scelta che è modellata sul Dio cristiano "ricco di misericordia", come lo definisce san Paolo (*Efesini* 2,4), ed è per questo che l'appello di Gesù suona così: «Siate misericordiosi, come misericordioso è il Padre vostro» (*Luca* 6,36).

L'organo simbolico di questa condivisione nella nostra lingua è il cuore ("miseri-cordia"). Nel lessico biblico, invece, è paradossalmente l'utero materno. In ebraico, infatti, si ha il termine *rehem* che evoca appunto il grembo, al plurale *rahamîn*, le viscere materne, per cui Dio ha indubbiamente un profilo anche di madre e non solo di padre, dato che questo vocabolo è prevalentemente attribuito nell'Antico Testamento a lui. Nel greco neotestamentario è, invece, il verbo *splanchnizomai* ad esprimere questo stesso simbolismo che viene applicato soprattutto al Cristo che si china sulle sofferenze umane.

Ora, una professione come quella medica, che non può ridursi a mera tecnica terapeutica, dovrebbe essere accompagnata costantemente da questa condivisione quasi "istintiva" e radicale nei confronti delle persone curate. Il medico, come ogni altro operatore sanitario, non può essere "apatico" come suggeriva Nietzsche, ma è necessariamente "patetico", entrando in sintonia col respiro di dolore e di speranza del paziente. Come affermava suggestivamente la scrittrice americana Susan Sontag, fondandosi sulla sua esperienza di malata di cancro, «la malattia diventa una metafora» dell'intera esistenza umana, caduca, limitata, mortale.

Ebbene, la misericordia nel senso pieno del termine fa scoprire l'identità

comune adamica tra sano e sofferente, tra medico e persona malata. L'atteggiamento dovrebbe essere, allora, quello esemplificato da Gesù nella celebre parabola del buon Samaritano (*Luca 10,30-37*) attraverso la figura di questo "eretico" e "diverso" che, però, di fronte al dolore dello sventurato ferito e abbandonato, sperimenta proprio il fremito "viscerale" dell'umanità: non per nulla a lui si applica proprio il citato verbo *splanchnízomai*, che lo fa non solo accostare – a differenza dell'apatia sacrale e perbenista del sacerdote e del levita – al sofferente ma chinare su di lui, testimoniando un amore attivo e affettuoso.

Infatti, fascia come può le ferite, vi versa sopra vino e olio secondo i metodi del pronto soccorso antico, carica la vittima sulla sua cavalcatura e la depone solo quando giunge al primo caravanserraglio che funge anche da albergo, e per due volte Gesù ricorda il suo "prendersi cura" di questo infelice, non esitando a contribuire personalmente con una somma di denaro ai costi del soggiorno. Il racconto evangelico è molto attento nel sottolineare la dimensione personale di questi atti. È ciò che viene indicato attraverso la ripetizione quasi martellata del pronome personale greco *autós*: «passò accanto a *lui*, *gli* si fece vicino, *gli* fasciò le ferite, *lo* caricò sulla sua cavalcatura, *lo* portò in albergo, si prese cura di *lui*... Abbi cura di *lui*».

Il sacerdote e il levita, invece, incarnano la religiosità rigida e formale che separa dal prossimo. Il Samaritano rappresenta la vera fede che si unisce al dolore altrui con misericordia per alleviarlo. Se volessimo attualizzare l'impatto che la parabola poteva avere sull'uditorio di Gesù, potremmo ritrascrivere il racconto come ha fatto un teologo americano: «Immagina tu, bianco razzista, magari affiliato al Ku Klux Klan, tu che fai chiasso se in un locale pubblico entra un negro e non perdi l'occasione per manifestare il tuo disprezzo e la tua avversione per la gente di colore, immagina di trovarti coinvolto in un incidente stradale su una via poco frequentata e di star lì a dissanguarti, mentre qualche rara auto con un bianco alla guida passa, rallenta ma non si ferma. Immagina che a un certo punto si trovi a passare un medico di colore e si fermi per soccorrerti...».

Per questo possiamo concludere con le parole che papa Francesco ha scritto nella sua bolla di indizione del Giubileo straordinario: «Misericordia è la legge fondamentale che abita il cuore di ogni persona quando guarda con occhi sinceri il fratello che incontra nel cammino della vita». Chi è accanto al malato, compiendo, tra l'altro, la quarta delle sette opere di misericordia corporale tipiche della tradizione cristiana ("visitare gli infermi") percorre – per usare ancora le parole di papa Francesco – «la via che unisce Dio e l'uomo, perché apre il cuore alla speranza di essere amati».

La Misericordia dalla virtù cristiana alla categoria sociale

DI SALVINO LEONE

Riassunto

L'articolo esamina prima di tutto le varianti semantiche del concetto di misericordia nel suo significato ebraico e greco. Quindi analizza come, nella storia, la concezione cristiana della misericordia sia diventata unica e universale nonché valore condiviso. Infine si offre un dettaglio esegetico della parabola evangelica del "Buon Samaritano", che è il più alto riferimento biblico sulla pratica misericordiosa nella sanità. Si tratta di una esegesi moderna della parabola che tiene conto anche delle sue prospettive secolari e sociali.

Parole chiave: Etimologia di misericordia, Virtù, Buon samaritano.

Summary

First of all we examine the semantic variants of the concept of mercy in its Hebrew and Greek meaning. Then we analyse how in the history the Christian concept of mercy became an universal and shared value. Finally we offer an exegetic detail of the Gospel parable of the "Good Samaritan" that is the biblical higher reference on merciful practice in health care. It is a modern exegesis of the parable that takes also account of its secular and social perspectives.

Key words: Mercy, Vertue, Good Samaritan.

L'idea di fondo di questo dossier consiste nell'*universalizzare* il concetto di misericordia applicandolo, in modo particolare, al mondo della Medicina. Per far questo cercheremo di analizzare i passaggi che sul piano speculativo, storico o fenomenologico hanno segnato o possono segnare questo passaggio.

1. Da una triplice semantica a un triplice concetto

Nella Sacra Scrittura troviamo almeno tre termini che, nelle diverse versioni del testo, esprimono il concetto di misericordia.

- Il primo lo troviamo nei testi dell'Antico Testamento ed è il termine ebraico *rahâmîm*, plurale di *rehem* che indica propriamente l'utero materno e, per esteso al plurale, le viscere. In greco viene quasi letteralmente traslitterato

dal termine *splanchna* ben noto in medicina in quanto entra nella composizione di molti termini embriologici quali *splancnopleura*, *splancnocranio*, ecc. Sul piano filologico è significativo notare come il concetto di misericordia o compassione faccia riferimento all'utero materno, cioè un organo che si dilata e cresce per accogliere l'altro. La misericordia di Dio (e, per emulazione, quella dell'uomo) è tale che, pur di accogliere l'altro, Dio modifica se stesso, cosa per altro impensabile nella concezione ebraica dell'immutabilità divina.

- Nel Nuovo Testamento i termini ricorrenti ruotano intorno all'area semantica di *eleéo-éleos* che traduce più propriamente il concetto ebraico di *hesed*, cioè di benevolenza divina, di perdono (cf. *Kyrie eléison*). In tal senso la misericordia appare più attributo divino che esercizio umano di virtù e, qualora questa sia presente, denota una particolare assimilazione all'agire di Dio.
- Più specificamente evangelico è, infine, il termine *misericordia* che troviamo, peraltro, nella beatitudine dei misericordiosi. In esso è evidente la dimensione di reciprocità insita nel concetto. Da un lato, infatti, si fa riferimento ai "miseri" soggettualità destinataria dell'agire misericordioso, dall'altro al "cuore" di chi agisce. Avere misericordia o, per meglio dire, essere misericordiosi significa avere un cuore per i miseri.

Questa schematizzazione non esaurisce la semantica scritturistica sulla misericordia. Vi sono, infatti altri termini, come *makrothymia* (letteralmente traducibile con "longanimità") meno frequenti o, per meglio dire, più specificamente correlati all'ambito del peccato. Così pure nel confronto tra misericordia divina e misericordia umana vi è un importante passaggio della Prima lettera di Giovanni in cui nel confronto tra la nostra misericordia nei confronti di noi stessi e quella di Dio è questa a prevalere: "Se il tuo cuore ti rimprovera qualcosa, Dio è superiore al tuo cuore" (1Gv 3, 20-21). Questo pone, in un certo senso un impossibile confronto tra la misura della misericordia umana, limitata, finita e quella di Dio assolutamente incommensurabile che sopravanza di gran lunga le capacità del perdono umano. Spingendo oltre questo concetto il raffronto si pone anche nei confronti degli altri per cui di fronte alle insufficienze della nostra misericordia vi è la certezza di una misericordia divina che, di gran lunga, la sopravanza. Questa costitutiva differenza e mi permetto di dire, lontananza tra Dio e l'uomo, dovrebbe essere in qualche modo di conforto nella tante situazioni in cui, al di là dei buoni propositi e delle proclamazioni di principio, ci si trova di fronte all'oggettiva difficoltà di essere misericordiosi.

2. Dalla virtù evangelica alla virtù umana

La virtù della misericordia, nelle sue varie espressioni, sia materiali che spirituali, occupa un posto assolutamente centrale nella morale evangelica, costituendo uno degli elementi espressamente citati tra gli elementi del giudizio

finale (cf Mt 25, 31-36) nonché uno dei pochi elementi necessari (preghiera, misericordia, digiuno).

In realtà anche se le virtù e la loro pratica occupano un posto di primo piano nell'ambito della morale e nella spiritualità cristiana la loro concettualizzazione, in senso stretto, non è evangelica ma è stata elaborata dalla successiva sistematizzazione teologica, soprattutto di stampo tomista, sulla scia della classificazione aristotelica.

Proprio per questo la loro concettualizzazione, che S. Tommaso rilegge e innesta nell'etica evangelica, ben si presta a un vissuto universalmente umano, proprio come lo concepiva Aristotele. Probabilmente senza la "mediazione" tomista le virtù non avrebbero occupato tanto spazio nell'etica cristiana.

La loro identità (a prescindere dalla classificazione in virtù cardinali e virtù morali) e la loro importanza per la persona che le mette in pratica è dovuta a un triplice ordine di fattori.

- Innanzitutto la virtù è un *habitus*, cioè qualcosa che grazie al suo costante esercizio "si indossa" divenendo una costante del proprio essere e del proprio agire. Non si tratta di compiere un singolo atto o gesto virtuoso ma di essere quotidianamente virtuosi. Certamente la logica evangelica, nella sua rivisitazione teologica, pone una condizione di maggiore facilità alla realizzazione di tutto questo dovuta alla cosiddetta "opzione fondamentale". Si tratta di una scelta originaria che compie il credente e che orienta tutte le sue scelte future, pur senza togliere merito o demerito a quelle singole che compie. In tal senso è molto più facile parlare di *habitus* perché nella logica della virtù umana questa costante deve essere frutto di un orientamento esistenziale, forse più difficile da costruire dal momento che manca un radicamento trascendente nella sua origine e nella sua finalizzazione.
- La seconda caratteristica è che ogni virtù si colloca come "giusto mezzo" (*in medio stat virtus*) tra due vizi opposti: uno per eccesso e uno per difetto. La pratica della virtù, quindi, non può mai essere disordinata o eccessiva ma ha insita una sua costitutiva sobrietà (che, a sua volta è un virtù!). In tal senso occorre differenziare attentamente la pratica ordinaria e umana della virtù da una logica evangelica che potrebbe essere facilmente fraintesa. La virtù, infatti, ha questa costitutiva sobrietà anche in un contesto evangelico, fatta eccezione per la carità che è virtù "senza limiti". La ragione di tale differenza consiste nel suo oggetto proprio che è Dio (in sé o nel prossimo) e come tale essendo infinito il suo oggetto lo è anche la virtù che ad esso si riferisce (non a caso appartiene alle cosiddette "virtù teologali"). Ma c'è anche un'altra sfumatura da tener presente. Quando nella canonizzazione dei santi si parla di "eroicità delle virtù" non si fa riferimento a una sorta di eccesso nella sua pratica ma alla perfezione del suo esercizio vissuto in circostanze o condizioni che, ordinariamente, ne limiterebbero la pratica.

- Infine vi è una sorta di tensione ascensionale, molto più evidente da comprendere e da vivere nella virtù evangelica ma presente anche in quella puramente umana. Ogni virtù non ha un valore-soglia né un valore-tetto. Non c'è un "minimo" di umiltà o di fermezza né un massimo oltre il quale non si possa più andare. Se questo è abbastanza evidente sul piano evangelico può non esserlo immediatamente su quello umano. Ma in realtà, anche in un contesto non religioso, la pratica della virtù non obbedisce a un minimo da rispettare né a una sorta di ...budget etico da non sfiorare.

Applicando tutto questo alla virtù della misericordia è evidente, ma fortemente connotato, quanto detto sul piano religioso. La beatitudine dei misericordiosi non è altro che una parentesi a vivere in modo misericordioso perché da tale vissuto può scaturire il perdono di Dio e quindi la beatitudine (eterna). Ma al di fuori dell'ottica evangelica? È possibile una "beatitudine laica" per il misericordioso? Certamente sì nella misura in cui questa esprime quel "cuore per il misero" di cui si diceva prima.

Come dice Giovanni Paolo II nella *Salvifici Doloris*: "Buon samaritano è ogni uomo che si ferma dinanzi alla sofferenza di un altro uomo" (*Salvifici Doloris*, n. 28). Questa lapidaria affermazione costituisce, in qualche modo, l'elemento di passaggio tra la misericordia circoscritta all'ambito della virtù cristiana a una sua dimensione universale e universalizzante. Proviamo a delinearne le caratteristiche.

3. Universalizzare il paradigma dell' "essere samaritani"

Partendo da alcuni spunti esegetici è possibile provare a delineare un possibile profilo del "misericordioso in sanità".

- *Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico...* Il primo elemento riguarda il movimento discendente che la spazialità del malcapitato e del suo soccorritore evidenzia. Il malcapitato *scende* da Gerusalemme a Gerico, il samaritano verosimilmente *scende* da cavallo e si china su di lui. Il "chinarsi" è gesto tipico dell'operatore sanitario che si china sul malato. Non si tratta di una semplice esigenza spaziale ma di un gesto carico di valenze simboliche. Il forte, il *firmus*, abbassa se stesso portandosi al livello dell'*infirmus*.
- *...e incappò nei briganti che lo spogliarono, lo percossero e poi se ne andarono, lasciandolo mezzo morto.* Il termine "brigante (*lestòs* da cui il nostro "lestofante") deriva dal verbo che indica il rubare, il portar via. La traduzione forse non rende adeguatamente il senso della spoliazione che quest'uomo subisce e che è la prima e più tipica esperienza di ogni malato che si vede privato della salute, delle forze, della dignità, dell'autonomia, ecc.
- *Per caso, un sacerdote scendeva per quella medesima strada e quando lo vide passò oltre dall'altra parte. Anche un levita, giunto in quel luogo, lo vide e passò oltre.* Le due figure del sacerdote e del levita emblematizzando il potere civile e il potere sacerdotale, nascondono dietro la cifra dell'icona il disinteresse o la disattenzione della società civile ma qualche volta anche

della comunità ecclesiale, nei confronti della persona più bisognosa. Il levita, peraltro, in base alle leggi di purità cultuale formulate nel libro del Levitico, non poteva accostarsi e toccare un uomo sanguinante perché si sarebbe contaminato. Ancora una volta si tratta di un'implicita metafora di quel formalismo che spesso si cela dietro un'elemosina o un gesto caritativo che però trascura più immediati e impellenti bisogni. Il paradigma della misericordia potrebbe spingerci in tal senso a rivedere il frequente trincerarsi dietro le direttive ministeriali, la sterile e formale osservanza di inutili procedure per evitare contenziosi (medicina difensiva), ecc.

Da notare che il termine "strada" (*odos*) può significare anche cammino. Tutta la vicenda narrata si svolge per strada, in cammino, cioè nella quotidianità della ferialità. Nel passare dall'altra parte la scialba traduzione nasconde la forte carica avversativa insita nel termine greco *anti-parelthon*, dove quella particella *anti* esprime tutto il senso dell'opposizione.

- *Invece un Samaritano, che era in viaggio, passandogli accanto lo vide e n'ebbe compassione.* Per contrasto a quanto detto al versetto precedente un Samaritano non gli passa *anti* ma "accanto". La figura del Samaritano incarnava agli occhi dei giudei la personificazione di un odio etnico-religioso non dissimile da quello che oggi si esprime spesso in rigurgiti di antisemitismo o antislamismo o, in ogni caso, in svariati atteggiamenti etnocentrici. Gli uomini della Samaria, regione a nord della Giudea, avevano mostrato indulgenza e persino cedevolezza nei confronti degli dèi stranieri in virtù anche di "matrimoni misti" con donne cananee che avevano indubbiamente contaminato la purezza cultuale di Israele. Erano pertanto particolarmente invisibili pur essendo essi stessi ebrei. È assolutamente paradossale dunque che Gesù per indicare chi sia il "prossimo" cioè il più vicino, scelga in realtà la figura del più lontano, qual era il samaritano per il giudeo e viceversa. La misericordia ha insita in sé una portata assolutamente universale per cui sia l'operatore che il malato ignorano o quantomeno non tengono le rispettive appartenenze religiose.

Particolarmente significativo è il verbo "ne ebbe compassione" (*esplanchniste*) per il cui significato richiamiamo a quanto detto al paragrafo precedente. La condizione di bisogno dell'altro suscita la misericordia dell'operatore: non un contratto, non un lavoro, non l'obbedienza a un codice deontologico ma la condizione esistenziale di un'altra persona. Proprio per questo nell'ottica di una universalizzazione della misericordia non hanno alcun senso espressioni quali: "non mi tocca, non mi spetta, non è previsto". L'ottica sindacale, pur avendo una sua dignità, non appartiene all'ambito della misericordia.

- *Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino.* Sacerdote e levita erano passati oltre (*pros-elthon*); il samaritano gli si fa vicino (*pros-elthon*). L'originale greco evidenzia foneticamente la profonda antitesi comportamentale.

Quanto ai rimedi usati (quindi *cure* e non solo *care*) si trattava dei rimedi empirici comunemente utilizzati nel tempo: l'olio come analgesico e lenitivo, il vino come disinfettante. È da notare peraltro come egli, senza delegare ad altri o lamentarsi della mancanza di mezzi (che pur vi era) faccia ricorso alle risorse per così dire della sua creatività, a quello che trova disponibile, utilizzandolo al meglio e senza escludere un più mirato e successivo intervento. È interessante questo passaggio nell'ottica di quella capacità di approntare un rimedio immediato senza rintanarsi nell'assenza di mezzi, di uomini, di risorse, di apparecchiature. È vero queste carenze ci sono e bisogna colmarle ma è importante non farne un alibi per la propria inattività. Al malato non si può mai dire che non possiamo fare niente; c'è sempre qualcosa da fare.

- *poi, caricatolo sopra il suo giumento...* In genere non si dà molta importanza a questo gesto, assumendolo il più delle volte come semplice corollario del precedente, cioè il “farsi carico” letteralmente del malato offrendogli in pieno la propria risorsa. In realtà l'espressione è molto significativa perché allude al “farsi carico” del malato, cioè alla *care* e non solo alla *cure*. Se la misericordia del samaritano prima ha approntato rimedi medici (*cure*) volti alla terapia delle ferite, adesso appronta il rimedio umano di assumere su di sé il carico del malato. E nel far questo utilizza il “suo” giumento. Il termine greco (*idion*) allude a ciò che è proprio e di nessun altro, una sorta di titolo di proprietà (viene usato spesso nel linguaggio giuridico per indicare l'eredità o i propri beni). Il farsi carico non esclude la partecipazione e la condivisione dei propri beni, il fare uso delle proprie risorse senza ritenerle egoistico possesso ma facendone parte a chi è nel bisogno.
- *lo portò a una locanda e si prese cura di lui.* Locanda, nell'originale greco è *pan-dokèion* cioè letteralmente “che accoglie tutti”. È un momento fondamentale in tutta la vicenda narrata ma anche nella sua applicazione paradigmatica alla misericordia della medicina. Il coinvolgimento dell'albergatore è il momento in cui la misericordia individuale si fa misericordia istituzionale, è il momento in cui il samaritano coinvolge la società civile quasi “costringendola” ad essere misericordiosa. Possiamo immaginare quale possa essere stata la reazione del locandiere che si vede arrivare un ferito ed è invitato ad ospitarlo, la sua reazione e quella di altri possibili clienti. Eppure il samaritano non esita a coinvolgerlo, non solo perché deve pur portare da qualche parte il ferito ma anche perché il compito di assisterlo non è solo suo ma di tutti, non è individuale ma universale. Quello che era semplice atteggiamento ed espressione caritativa si fa adesso coinvolgimento sociale, impiego di risorse materiali, sollecitazione di risposte altre, solidaristiche. In un certo senso la misericordia si fa impegno socio-assistenziale.

Ed ecco finalmente il “prendersi cura” (*to care*) a cui si è fatto cenno prima e che, adesso, compare, nel suo esatto valore semantico. Il greco *epimeleo*, composto di *melo* indica la cura, l'interesse, la preoccupazione, l'attenzione,

esattamente con quella densità difficilmente riproducibile nella nostra lingua e sinteticamente espressa dal termine inglese. Non tutti possono curare (*to cure*), in senso terapeutico, non avendo le specifiche competenze per farlo ma tutti possono prendersi cura (*to care*). Ancora una volta emerge il paradigma universalizzante l'agire del samaritano.

- *Il giorno seguente, estrasse due denari e li diede all'albergatore, dicendo: Abbi cura di lui e ciò che spenderai in più, te lo rifonderò al mio ritorno.* Si tratta di un riferimento particolarmente importante per due motivi. Il primo è che si evidenzia la dimensione economica dell'assistenza che non è in alcun modo estranea al gesto caritativo. Vi è oggi la tendenza, dicotomica e manichea a confrontare la dimensione economica e quella caritativa dell'assistenza contrapponendo troppe volte queste due grandezze come se aver cuore per l'ammalato significhi non tener conto dei costi e viceversa. Le due dimensioni devono invece coniugarsi non potendo fare a meno l'una dell'altra ma trovando sempre un'intelligente e feconda reciprocità. Il cuore senza copertura economica è vuoto sentimentalismo, i soldi senza affetto riduzionismo economico.

In secondo luogo è interessante notare come, ancora una volta, il samaritano dia del suo, in un certo senso "rimettendoci". Vengono in mente le rivendicazioni da parte di tanti benpensanti a proposito dell'assistenza sanitaria estesa a tutti (soprattutto immigrati) "a scapito" dei cittadini che pagano le tasse. Anche in quest'ambito la misericordia del samaritano ha da insegnare qualcosa a tutti.

La conclusione di quanto abbiamo detto, forse un po' abusata retoricamente ma pur sempre valida, non è che una: "*Va e anche tu fa lo stesso*". Invito rivolto ai discepoli, certo, ma con una estensione che è insita nel significato stesso della parabola e che consente di non ritenere indebita tale categorizzazione universale. Innanzitutto la circostanzialità in cui il discorso si volge. Il precetto dell'amore del prossimo era presente nella legge veterotestamentaria (la Torah) ma si riferiva al correligionario, alla persona che condivideva l'etnia ebraica, ecc. Le scuole rabbiniche discutevano circa l'esatta identificazione di tale "prossimo" e quindi un "dottore della legge" chiede al rabbi Gesù la sua interpretazione. Questi, a sorpresa, ribalta tutto l'insegnamento tradizionale e pone come prossimo non uno dei vicini ma dei più lontani, cioè il samaritano. Al tempo stesso critica l'atteggiamento dei religiosi (levita e sacerdote). Di fatto la parabola decontestualizza, sul piano religioso, il concetto di prossimo facendone una categoria universale e non più religiosamente circoscritta. La misericordia da lui esercitata da virtù cristiana diventa così universale virtù umana.

Dalla filantropia ippocratica alla misericordia cristiana

DI CALOGERO CALTAGIRONE

Riassunto

La complessità delle relazioni umane e sociali, la proliferazione legislativa e normativa, la burocratizzazione e l'interdipendenza delle procedure e pratiche di cura alle persone, ripropongono con forza la necessità di riconsiderare le relazionalità in campo sanitario. In questo saggio, si vuole sottolineare la specificità della relazione di cura che storicamente, grazie al contributo specifico del cristianesimo, ha sperimentato il passaggio da un generico atteggiamento filantropico, ad uno stile di vita misericordioso che considera l'essere umano per quello che è nella ricchezza interale del suo essere e agire.

Parole chiave: *Relazione, Filantropia, Misericordia.*

Summary

The complexity of human and social relations, the proliferation of laws and regulations, the bureaucracy and the interdependence of the procedures and practices of care for people, revive strongly the need to reconsider the relationships in the health field. In this paper, we want to emphasize the specificity of the caring relationship that historically, due to the specific contribution of Christianity, has experienced a shift from a general philanthropic attitude, to a lifestyle merciful that considers the human being for what is in full richness of his being and acting.

Key words: *Relationship, Philanthropy, Compassion.*

Introduzione

La complessità delle relazioni umane e sociali, i progressi scientifici e tecnologici, l'articolazione e strutturazione dei contesti istituzionali, la proliferazione legislativa e normativa, la burocratizzazione e l'interdipendenza delle procedure e pratiche sanitarie diffuse ripropongono con forza la necessità di riconsiderare la relazionalità in campo medico, che assume una sua specifica centralità nella questione del rapporto tra medico e paziente.

Infatti, le barriere tecnologico-scientifiche e burocratico-procedurali che hanno depauperato antropologicamente ed eticamente le relazioni tra medico e paziente e, più in generale, quelle sanitarie, rischiano di non far percepire più la medicina come una realtà inerente alla stessa condizione umana. Questo determina il fatto di non capire più il senso della prospettiva terapeutica che s'inserisce, di fatto, in un orizzonte di accoglienza dell'altro come persona, essendo la cura dimensione costitutiva degli esseri umani. In questo contesto, la riconsiderazione del rapporto

tra medico e paziente, anche se presenta modalità nuove per le caratteristiche che hanno assunto, nell'odierna effettualità storico-culturale, le pratiche sanitarie, conserva tutta la sua struttura antropologica ed etica di «alleanza terapeutica» accogliente come forma espressiva della relazione che è alla base dell'etica medica.

Costituendo il principio architettonico delle pratiche sanitarie, la relazione tra medico e paziente, nel mettere in evidenza che la competenza professionale del medico o dell'operatore sanitario, poggia sulla conoscenza scientifica, sull'abilità tecnica e sulla conoscenza degli uomini mediante il processo di ciò che Karl Jasper ha chiamato «ethos humanitario»,¹ e nel mostrare che il paziente è una persona umana soggetto di azione, responsabilità e diritto, oltre a conciliare la speranza della *cura* con la responsabilità delle *cure*,² orientando verso il superamento della logica contrattualistica dello scambio, può creare le condizioni di una strutturazione umanamente degna e giusta delle relazioni sanitarie nella loro articolazione complessa.

La praticabilità di un tale percorso richiede alcuni passaggi concettuali tali da ridefinire le pratiche mediche e sanitarie al di là dell'asimmetria dei rapporti, codificati dai ruoli, convergendo verso relazioni di riconoscimento reciproco le quali, implicando un impegno solidale e la strutturazione di «comunità d'alleanza terapeutica», definiscono pratiche virtuose, in grado di superare qualsiasi conflitto d'interessi, siano essi individuali, corporativi e sociali, e di far uscire le pratiche sanitarie dalle secche del proceduralismo e del legalismo di maniera.

1. La relazione filantropica: il «*medicus gratus*»

Oltre al significato etimologico generico, filantropia indica l'atteggiamento di benevolenza dell'uomo nei confronti dei suoi simili in quanto membri della comunità umana. Anche se il termine ricorre frequentemente nella storia del pensiero, una sua elaborazione e giustificazione teorica avviene soltanto nel XVIII secolo.³ Infatti, sebbene elementi di una filantropia come compartecipazione alle gioie e dolore altrui e sacrificio per gli altri si possono cogliere in Gorgia,⁴ in Socrate, per il quale la vita è una missione per il bene degli altri, fino alla morte,⁵

¹ K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina, Milano 1995, p. 43.

² Cfr. M. T. Russo, *La relazione medico-paziente, sintesi di responsabilità e speranza*, in L. Alici (a cura di), *Il dolore e la speranza. Cura della responsabilità e responsabilità della cura*, Aracne, Roma 2011, pp. 109-132.

³ «Nell'epoca contemporanea il termine non ha più la larga diffusione che ha avuto nel passato, ma non per questo non è meno vivo e presente. In particolare, a partire all'incirca dagli anni Ottanta del secolo scorso, vi è stata una vera e propria esplosione delle attività di volontariato, sostenuta e incoraggiata da varie istituzioni [...]. La riflessione teorica preferisce attualmente riferirsi agli antichi temi della filantropia con un nuovo gergo, quello del volontariato, appunto della solidarietà, della sussidiarietà, del cosiddetto "terzo settore"». G. Garuti – P. Marrone, *Filantropia*, in *Enciclopedia Filosofica*, 5, Bompiani, Milano 2006, p. 4109.

⁴ Cfr. Gorgia, *Encomio di Elena*, 9.

⁵ Cfr. Platone, *Apologia di Socrate*, 29 d ss.

in Aristotele, il quale definisce il senso dell'amicizia,⁶ nello stoicismo, che esalta l'altruismo e il sacrificio,⁷ in Seneca, che leva la sua voce contro l'oppressione del debole e dello schiavo,⁸ in Marco Aurelio, che esorta all'amore contro i nemici,⁹ è con la seconda formulazione dell'imperativo categorico kantiano che il senso teorico e pratico della filantropia acquista specifica configurazione tematica, perché considera l'umanità come fine e non come mezzo.¹⁰

Nell'ambito delle relazioni sanitarie, nella lunga storia, la filantropia si è concretata nella forma specifica del «paternalismo medico», perché, secondo Ippocrate, essendo l'unico modo naturale di trattare i malati, il medico deve volere il maggior bene del malato, senza, però, contare sulla sua volontà, in quanto questi è un inabile mentale, e, dunque, un soggetto che non può, né deve decidere sulla propria malattia. Un paternalismo che si esercita anche con la cura straordinaria per rendere sopportabile, tollerabile e perfino gradita la malattia. Il medico, cioè, deve avere «attenzioni» (*khárites*) per il malato, che hanno il significato di gratuità, gentilezza, favore, benevolenza, grazia,¹¹ tanto da indurre Karl Deichgräber a coniare per il medico di formazione ippocratica il titolo di *medicus gratosus*.¹² Sotto questo profilo, nella prospettiva di Ippocrate, il paternalismo medico si connota «come “paterno” (impedendo al paziente di decidere della propria malattia), “materno” (rendendo la malattia la più accettabile possibile al malato) “sacerdotale” (agendo da mediatore con la divinità e avendo potere sulla vita e sulla morte, vale a dire sugli estremi orizzonti della vita stessa)».¹³ Quest'ultima dimensione spiega perché nel *Giuramento* di Ippocrate, il medico che giura è un «professo», come lo è anche il sacerdote, che ha una responsabilità nei confronti del malato uomo come il medico. Ciò veicola l'idea che la medicina non è un semplice «mestiere», bensì una «professione», che implica non solo il «fare bene» (*officium*) ma anche la «perfezione» (*perficio*,

⁶ Cfr. Aristotele, *Etica Nicomachea*, VIII, 1155 a.

⁷ Cfr. M.T. Cicerone, *Il sommo bene e il sommo male*, III, 19,64.

⁸ Cfr. L. A. Seneca, *Lettere a Lucilio*, 47,1 ss; 95,51 ss.

⁹ Cfr. Marco Aurelio, *Ricordi*, VII,22.

¹⁰ Cfr. I. Kant, *Fondazione della Metafisica dei Costumi*, BA 66-67.

¹¹ Cfr. Ippocrate, *Epidemie*, VI,4,7.

¹² Cfr. K. Deichgräber, *Medicus gratosus. Untersuchungen zu einen griechischen Arzbtild. Mit dem Anhang «Testamentum Hippocratis» und Rhazes «De indulgentia medici»*, Akademie del Wissenschaften und Literatur, Mainz 1970.

¹³ D. Gracia, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, San Paolo, Cinisello Balsamo 1993, p. 55. «Il medico non è un sacerdote nel senso stretto e teologico della parola, ma fa parte di un certo sacerdozio gnoseologico e sociologico. Come il sacerdote è in contatto con il mondo degli dei. [...]. In tutta la cultura antica governante e medico hanno sempre molto del sacerdote. Ciò spiega come i tratti di formazione sacerdotale siano stati fra i classici molto simili a quella della formazione dei principi, ed entrambi a quelle di formazione dei medici. Questo spiega come i consigli ippocratici sulle qualità fisiche e morali che devono essere prerogative dei medici, di carattere tipicamente sacerdotale, abbiano lungamente influito non solo sulla formazione dei professionisti della salute, ma anche su quella dei sacerdoti e dei principi». *Ibidem*, pp. 55-56.

perfectio), la quale, in quanto tale, nel contesto in cui è espresso, significa la valorizzazione, la promozione e la beneficalità dell'umano nella sua complessità. Proprio per la struttura religiosa dell'atto medico, la relazione tra medico e paziente implica un legame che è dato dalla comune umanità e che obbliga il medico a instaurare con il malato un rapporto che è, insieme, sacerdotale e paternalistico. Una professionalità, quella medica, che secondo le parole di Scribonio Largo, un medico romano al tempo dell'imperatore Claudio, implica che il medico deve essere *plenus misericordiae et humanitatis*.¹⁴ Per Scribonio Largo, il medico è chiamato a rispondere all'ideale di *humanitas* e, quindi, deve essere ricco di misericordia e benevolenza. Sotto questo profilo il medico è una specie di *sotér*, un salvatore, uno che dispensa *kháris*, grazia, e, in quanto tale, è chiamato a «gratificare» il malato in ciò che dipende da lui. Questo «paradigma del *medicus gratosus* separa il medico dai modelli propri dei semplici mestieri. I mestieri non sono ma stati paternalistici, mentre lo sono state le professioni per antonomasia, come la medicina e il sacerdozio. Il *medicus gratosus* deve avere un comportamento ineccepibile»,¹⁵ perché la sua professione lo obbliga ad avere un carisma morale molto particolare che lo vincola ad essere il «tutore» dei suoi malati.

La relazione burocratica: il medico «gentleman»

L'espressione moderna del paradigma del *medicus gratosus* è quella del *gentleman*, che «deve cercare di comportarsi in modo da fondere la “tenerezza” (*tenderness*) con la “fermezza” (*steadiness*), e la “condiscendenza” (*condiscension*) con l’“autorità” (*authority*), in modo da ispirare nei suoi pazienti la gratitudine (*gratitude*), il rispetto e la fiducia».¹⁶ Il paradigma del medico *gentleman* è una particolare declinazione del *medicus politicus*, il quale, diventando espressione di una medicina altamente «professionalizzata», che configura le pratiche mediche e sanitarie esercitate da un corpo professionale con capacità di regolamentare il proprio esercizio e di concedere licenze di esercizio, assume una dimensione «burocratica», identificata da un «corpo» perfettamente costituito e positivamente privilegiato. Il medico *gentleman* è un medico prudente, educato

¹⁴ Cfr. S. Largo, *Ricette mediche*, traduzione e commento a cura di Loredana Mantovelli, Sargon Editore, Padova 2012. Cfr. F. Stok, *Medicus amicus: la filosofia al servizio della medicina*, in «Humana.Mente» IX (2009), pp. 77-85; K. Deichgräber, *Professio medici. Zum Vorworn des Scribonius Largus*, Akademie der Wissenschaften und Literatur, Mainz 1970; S. Sconocchia, *La concezione etica nella professio medici dall'antichità classica alla medicina monastica*, in Enrico dal Covolo - Isidoro Giannetto (a cura di), *Cultura e promozione umana. La cura del corpo e dello spirito nell'antichità classica e nei primi secoli cristiani. Un magistero ancora attuale?*, Atti del Convegno Internazionale di Studi (Oasi “Maria Santissima” di Troina, 29 ottobre-1 novembre 1997), Troina 1998, pp. 173-225.

¹⁵ D. Gracia, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, p. 101.

¹⁶ Cfr. Th. Percival – E. Percival, *The Works, Literary, Moral and Medical: To which are Prefixed Memoirs of His Life and Writings and a Selection from His Literary Correspondence*, J. Johnson, London 1807, p. 373.

e gentile. Tale modello, facendo riferimento ai principi giurisprudenziali di Giustiniano, determina che l'*honeste vivere*, va applicato alle relazioni del medico con se stesso, l'*alterum non laedere*, che costituisce il principio fondamentale dell'etica medica, va applicato ai suoi doveri nei confronti dei malati; il *sum cuique tribuere*, va applicato ai suoi doveri nei confronti delle altre persone, cioè alle sue relazioni con i terzi e, quindi, con la società. Conseguentemente, chi agisce secondo questi criteri è un medico politico o giurisperdente, cioè un *gentleman*,¹⁷ che, a giudizio di Diego Garcia, costituisce la visione illuminata del *medicus gratosus*, per il fatto che «il medico deve tenere conto dei sentimenti e delle emozioni non meno che dei sintomi dei suoi pazienti; l'anamnesi va effettuata con tono adeguato di voce; il segreto deve essere strettamente osservato; bisogna visitare le donne con scrupolosa delicatezza; la morale e la religione hanno un'influenza così benefica sulla malattia (non altrettanto si può dire per la superstizione) che il medico deve favorire l'adempimento dei doveri morali e religiosi dei pazienti ed essere in stretto contatto con i cappellani».¹⁸

Dato che la tenerezza, l'indulgenza e la delicatezza devono caratterizzare l'attività del medico, per cui la pratica medica è una missione alta, l'esercizio della professione medica viene configurato da forme di paternalismo istituzionale o burocratico le quali individuano nell'associazione professionale l'organismo che deve vigilare sull'osservanza delle norme, codificate in appositi codici, e punire le eventuali infrazioni. La professione medica che, in tal modo, si istituzionalizza e si burocratizza, nel tempo si configura come un rendere servizio all'umanità.

Anche in questo caso la dimensione filantropica della benevolenza nei confronti dell'altro trova concrezione nel paternalismo medico che assume i connotati della «beneficialità» che pretende di fare del bene a un essere umano. Tale dimensione, diversamente che nel passato, si presenta secondo le caratteristiche di «universalismo» (dal professionista ci si aspetta che non faccia favoritismi); «specificità di funzione» (gli si riconosce autorità solo nel campo specifico di intervento, e non negli altri); «neutralità affettiva» (evita i sentimenti di amore e di odio, o almeno li controllerà, in modo che non interferiscano nella dinamica della relazione professionale); infine «orientamento verso la collettività» (dal professionista ci si aspetta che agisca in modo altruistico e non per denaro a differenza di chi esercita un mestiere).¹⁹

2. La relazione di reciprocità: *medicus misericordiosus*

Negli scritti ippocratici, a differenza di quelli che fanno riferimento al modello *gentleman*, dove il termine non ricorre quasi mai, la parola essere umano (*anthropos*) ritorna spesso. Essa riceve dal cristianesimo una valenza

¹⁷ Cfr. *Ibidem*, pp. 359-360.

¹⁸ D. Gracia, *Op. cit.*, p. 116.

¹⁹ *Ibidem*, p. 129.

universale e una significazione particolare perché più che alla filantropia fa riferimento specificamente all'amore del prossimo, fondato sul senso della paternità divina e della fratellanza in Gesù Cristo. Mentre nella medicina ippocratica, tutta centrata sul concetto di malattia e sulla figura del medico interamente dedito alle esigenze cliniche, la relazione tra medico e paziente mira al benessere dell'uomo, l'impatto del cristianesimo sulla cura e sull'esistenza dei malati mostra che il fondamento delle relazioni sanitarie ha un'origine evangelica. Esse si radicano nell'esempio della persona di Gesù Cristo, il quale, oltre a dare indicazioni precise sulla cura dei malati (Cfr. Mt 25,31-34), è «medico» che guarisce le malattie e ha assunto su di sé, con l'incarnazione e la sua passione, la passibilità della carne (Cfr. Gv 1,14) e il peso di tutte le sofferenze umane. Non a caso, le opere di misericordia corporale, la compassione di Gesù Cristo verso i malati, le sue stesse infermità possono essere comprese pienamente se inseriti nel nuovo ordine dell'amore/misericordia che segna un evidente stacco dalla filantropia. L'amore, che si manifesta nella misericordia, diventa così il fondamento di una nuova cultura e di una nuova prassi nella vita personale, sociale ed ecclesiale, in quanto connota nella forma comunione e relazionale tutte le forme di vita dell'umano. Esso è il principio normativo non solo delle microrelazioni ma anche delle macrorelazioni. Come tale non va scambiato per un semplice sentimento filantropico, bensì, appunto, perché profondamente ancorato all'essenza donata da Dio all'uomo,²⁰ ha delle conseguenze per la vita di ogni uomo, credente e non, che è chiamato a dare una strutturazione umanamente degna e giusta all'ordine degli incontri, alle tessitura delle relazioni.²¹ Infatti, se dal punto di vista teologico, l'amore/misericordia è la proprietà essenziale di Dio che si è concretato nella sua pienezza nell'evento pasquale come «luogo» della sua manifestazione e realizzazione, rendendo permanente Dio vicino ad ogni uomo,²² dell'essenza dell'amore umano fa parte «il fatto di dare all'altro non solo qualcosa, ma di comunicare nel dono se stessi e di dare se stessi. Il donante, mentre si dona, si spoglia nello stesso tempo di sé; egli da se stesso. Tuttavia, mentre nel dono e con il dono da se stesso, rimane ugualmente se stesso, anzi trova proprio nell'amore il proprio compimento. Dell'amore fa infatti parte il fatto di diventare con l'altro una cosa sola in modo che così né l'altro, né lo stesso

²⁰ Cfr. W. Kasper, *Misericordia. Concetto fondamentale del vangelo. Chiave della vita del cristiano*, Queriniana, Brescia 2013², p. 201.

²¹ Cfr. C. Caltagirone, *Ragioni per stare insieme. Profili etici per il convivere umano*, Salvatore Sciascia Editore, Caltanissetta-Roma 2012.

²² «La misericordia è piuttosto il lato visibile ed efficace verso l'esterno dell'essenza di Dio, che è Amore (Gv 4.8.16); essa esprime l'essere di Dio benignamente disposta verso il mondo e verso gli uomini e di continuo storicamente piena di premure per essi, esprime la sua specifica bontà e il suo splendido amore. La misericordia è la «caritas operativa et effectiva» di Dio». W. Kasper, *Misericordia. Concetto fondamentale del vangelo. Chiave della vita del cristiano*, p. 136.

amante sono assorbiti e trapassano l'uno nell'altro. Il mistero dell'amore consiste piuttosto nel fatto che, solo diventando una cosa sola con l'altro, noi diventiamo pienamente noi stessi e arriviamo alla nostra perfezione. Il vero amore non è privo di distanza; rispetta l'alterità dell'altro; salvaguarda la specifica dignità dell'altro. Nel diventare una cosa sola con l'altro esso salvaguarda lo spazio in cui una persona può essere se stessa. Il paradosso dell'amore consiste nel fatto di essere un'unità che include alterità e distinzione». ²³ Questo vuol dire che l'amore/misericordia non solo ha il proprio posto nelle relazioni umane, ma ne è a fondamento e costituisce l'orizzonte dell'intenzionalità dell'agire di ciascun uomo nei confronti dell'umanità tutta. Da questo punto di vista, nell'ambito delle relazioni tra medico e paziente e, più in generale, delle relazioni sanitarie, la pratica sanitaria delinea il profilo del *medicus misericordiosus* che, nella relazione di reciprocità reciprocante, considera il paziente non come un oggetto, da manipolare, riducendolo a mezzo e negando la sua personalità, ma come «soggetto» di relazioni che nel rapporto con lui e tramite lo stesso rapporto conferisce il proprio profilo di vita buona e sana. ²⁴

Concretamente questo implica che tutti i «soggetti sanitari» sono nella pozione della massima reciprocità reciprocante, in quanto ciascuno è rispettoso dell'alterità dell'altro nella quale si coglie come persona in dialogo mediante un incontro reale, nella dinamica di una relazione *intersoggettuale* che avviene, che è evento di reciproca compresenzialità. Quest'ultima altro non è che la intersoggettività funzionante nella quale ciascun «soggetto» donando, attraverso la cura, il potenziamento di essere agli altri «soggetti», e nella misura della sua capacità di un'azione gratuita e rispettosa, percepisce nel profondo un senso di pienezza del suo essere, nella ricezione della pienezza d'essere dell'altro, attraverso un dono d'essere. Infatti, è nello spazio dell'incontro donato che si esercita la reciprocità e la mutualità e si realizza il dialogo nella comunicazione partecipante all'interno delle molteplici relazioni sanitarie che sono relazioni intersoggettive e intersoggettuali. Ma l'incontro è anche il luogo dove lo spirito che è parola (*Wort*) diventa risposta (*Antwort*) e assunzione di responsabilità (*Werantwortung*), in cui i soggetti intersoggettivamente sono persone che realizzandosi come tali realizzano la relazione e la relazione realizza loro stessi. La relazione d'amore/misericordia è, in questo modo, intrinsecamente, coinvolta nel «sistema salute», e chiama alla responsabilità della tutela e promozione della salute. Questa non può eludere la prospettiva dell'amore/misericordia, ma è da essa interpellata, nella strutturazione delle sue dinamiche relazionali.

²³ W. Kasper, *Misericordia. Concetto fondamentale del vangelo. Chiave della vita del cristiano*, pp. 141-142.

²⁴ C. Caltagirone, "Salute-salvezza" e pienezza di vita. Una prospettiva antropoetica, in «Laurentianum», 1, 2011, pp. 19-50; M. T. Russo, *La relazione medico-paziente, sintesi di responsabilità e speranza*, in L. Alici (a cura di), *Il dolore e la speranza. Cura della responsabilità e responsabilità della cura*, 121-122.

Le dimensioni cliniche della misericordia

DI ALFREDO ANZANI

Riassunto

Aver cura significa aver misericordia. Il malato ha bisogno di aiuto professionale ma anche di empatia; vuole essere guardato con benevolenza, non solo esaminato; vuole essere ascoltato, non solo sottoposto a diagnosi sofisticate; vuole percepire con sicurezza di essere nella mente e nel cuore del medico che lo cura. Una proposta: la medicina-sacerdozio. La medicina è scienza sacra perché sacro è l'uomo, realtà inscindibile di corpo, di intelletto-psyche e di spirito.

Parole chiave: Cura, Misericordia, Movimento medicina-sacerdozio.

Summary

Caring means to have mercy. The sick person needs professional help but empathy too. He wants to be considered with benevolence, he doesn't want to be screened and examined only, he wants the doctor to listen to him, he doesn't want to undergo sophisticated diagnoses, he wants to be sure to be in the thoughts and in the heart of the doctor who is treating him. A proposal: the practice of medicine as it were priesthood. Medicine is a holy science because the man is sacred and his body, his brain-psyche and his spirit are inseparable.

Key words: Care, Compassion, Medicine-priesthood movement.

Nel codice cinese della dinastia Han (200 a.C – 220 d.C) si legge: “Un grande medico, quando assiste un infermo, deve mantenersi calmo e deciso. Non deve provare avidità. Deve avere sentimenti di compassione per l'ammalato e impegnarsi ad alleviare le sofferenze qualunque sia il suo ceto. Aristocratico o uomo comune, povero o ricco, vecchio o giovane, bello o brutto, nemico o amico, concittadino o forestiero, educato o ineducato, chiunque deve essere trattato egualmente. Egli deve guardare alla miseria dell'infermo come se fosse la sua propria e preoccuparsi di rimuovere il dolore, trascurando disagi come chiamate notturne, cattivo tempo, fame, stanchezza e altri. Pure casi ripugnanti (...) devono essere trattati senza la minima antipatia. Chi segue questo principio è un grande medico, se no è un grande ladro (...)”¹.

¹ G. Mottura, *Il giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia*. Editori Riuniti, Roma, 1986, p. 30.

Questo testo evidenzia, con la chiarezza della semplicità, come la professione del medico richieda l'esercizio di un sapere scientifico che si coniughi costantemente a un sapere profondamente umano. Di conseguenza, la formazione del medico deve, all'unisono, comprendere questi due essenziali ed irrinunciabili capisaldi. Al medico si richiedono due cose, ripeteva Hermann Boerhaave, clinico medico del '700: "che sia istruito nella scienza medica e che abbia quella disposizione di genio per cui possa esercitare la propria scienza a vantaggio dei malati"².

Nell'ambito del complesso quadro formativo che conduce un individuo a diventare medico, l'aspetto etico ne costituisce il nucleo centrale, il motore, l'anima. Di conseguenza, se accanto alla preparazione tecnico-scientifica non trova spazio un'altrettanta preparazione etico-filosofica, il medico che ne scaturisce non può definirsi tale. Sarà soltanto uno jatro-tecnico, un automa, incapace di relazionarsi con il soggetto-oggetto delle sue attenzioni: l'uomo-persona-malato.³

1. La medicina oggi

È indubbio che siamo di fronte ad una crisi *della* medicina, e *nella* medicina, annota Aldo Pagni,⁴ per tanti anni presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici.

In un contesto sociale condizionato da mentalità tecnicistiche, quale il nostro in cui viviamo, si affaccia l'utopia di una medicina senza medico: oggi si possono ipotizzare diagnosi computerizzate seguite da prescrizioni automatiche. "La convinzione che la macchina capisca di più si è così diffusa nell'opinione pubblica – affermava già nel 1992 Beretta Anguissola⁵ - che non v'è paziente il quale non chieda di fare esami per vedere se qualcosa non va. Di conseguenza, il medico, per individuare l'origine dei mali di un soggetto, quasi sempre trascura la sua dimensione storica (la sua personalità psico-affettiva, il suo ambiente, il suo lavoro), quindi il dialogo e anche l'esame diretto, così ricco di elementi essenziali, per privilegiare il laboratorio, lo strumento". Il contatto umano tende sempre più a ridursi e il paziente si ritrova a dialogare con équipe di medici specialisti; ciò lo rende insicuro, incapace di ritrovare in se stesso e in tutto ciò che lo circonda un'unità in grado di spiegargli ciò che gli sta succedendo.

In realtà il rapporto umano fra medico e paziente non può essere sostituito da alcuna tecnologia, anche la più sofisticata perché esso nasce, come scrive

² G. Cosmacini, *Ricominciamo dalla cura di sé*. Intervista di Luigi Vaccari sul Messaggero del 26 gennaio 2002.

³ L.M.Verzè, *L'etica come anima della medicina*, in *Insegnare l'etica medica*, a cura di Paolo Cattorini, Franco Angeli, Milano, 1999.

⁴ A. Pagni, *Un ordine professionale per il futuro*. Medicina Pontina, Anno XXXII, n.1, marzo 2010, p. 19.

⁵ A. Beretta Anguissola, *Medicina clinica o paraclinica?*, Federazione Medica, 5, 1992, p.5.

Pedro Lain Entralgo⁶, “dal legame che si stabilisce tra di essi per il fatto di essersi incontrati, l’uno come malato, l’altro come medico; la natura propria di tale legame dipende anzitutto dallo stato di necessità dell’uno e dalla capacità di aiuto tecnico che possiede l’altro”.

Si tratta, insomma, di un incontro fra due persone. Al medico, dunque, deve essere chiaro il significato della domanda: che cosa vuol dire essere “persona”?

Per dare una risposta corretta al fondamentale interrogativo sulla persona, si impone una riflessione filosofica sulla peculiarità della natura umana.⁷ Dire che l’uomo è persona significa esplicitare la realtà più profonda e più caratteristica che lo contraddistingue, quella che sta alla sua radice e che gli conferisce la propria originalità; significa riconoscere che l’uomo va considerato nella sua “totalità unificata” configurandolo come essere inscindibilmente corporeo-psichico-spirituale; significa riconoscere l’uomo come realtà sociale. L’uomo-persona è un essere in dialogo e in comunione con i suoi simili; è un “io” aperto al “tu” e quindi ordinato al “noi”. Significa considerare l’uomo come realtà giuridica: ogni uomo, uguale all’altro per natura e dignità, nel rapporto associativo con i suoi simili, ha diritti insopprimibili, inalienabili, derivanti non da un riconoscimento di un’autorità esterna, ma innati all’uomo stesso ed universali, propri di ogni uomo, senza emarginazione alcuna. Fra tutti questi diritti, quello alla vita è il fondamentale; quello alla salute è lo stretto corollario. E, da ultimo, dire che l’uomo è persona significa accettare l’uomo come realtà etica e realtà religiosa.

Quando il medico si rivolge al malato e ne ha cura, cosa cura? Il medico⁸ è chiamato a pensare a un tutto superiore alla parte e all’insieme delle parti. È possibile curare senza pensare alla dimensione invisibile che supera la parte, l’insieme delle parti? L’insieme delle parti è qualcosa che le uniforma tutte. Che cos’è? È soffio, vento, anima, psiche, respiro, non ridicibile a una parte né alla somma delle parti. È possibile curare senza riferirsi a tale sovrasensibile? Curare l’anima significa rispondere all’interrogativo: chi sono? Mi conosco se mi conosco nel volto dell’altro. Se non ho questo *pathos* non posso avere cura del *pathos* altrui. Se il vivente non sente il vivente come potrà averne cura? Curando un malato ci si imbatte in qualcosa di indefinibile e di cui bisogna avere cura. Aver cura significa aver misericordia, essere capaci di “scardinarsi”, di scardinare il proprio cuore di fronte all’ultimo. Fare fatica, provare angustia, angoscia nei

⁶ P. Lain Entralgo, *Antropologia Medica*, Ed. Paoline, 1988, pp.261-264.

⁷ D. Tettamanzi, *Orientamenti di etica umana e cristiana nel campo sanitario*. Acta Stenoniana. Ed. Orizzonte Medico, 1977, pp. 73-87.

⁸ M. Cacciari, *Saluto inaugurale al Congresso di Chirurgia d’Urgenza*, Milano. Novembre 2002, appunti personali.

confronti del prossimo. Da qui nasce l'esigenza di ascoltare. Occorre dialogare col paziente da paziente e insieme cercare la *firmitas* che ci manca.

2. Aver cura significa avere misericordia

La malattia non è solo “un problema di un particolare organo dell'uomo, ma un problema della stessa persona, un problema umano ed esistenziale. Il malato ha bisogno di aiuto professionale, ma anche di empatia e di simpatia nel senso originale del termine: egli ha bisogno di misericordia, cioè di un cuore per i miseri. Infatti, spesso una parola confortante e incoraggiante sostituisce la medicina e anzi, proprio a causa del sistema e dell'unità psicosomatica dell'uomo, risulta la miglior medicina”.⁹

Di fronte alla complessità della medicina moderna, è necessario riscoprire i valori autentici che la contraddistinguono da parte di chi esercita la professione di medico. Occorre ripensare e riflettere sulla figura del “medico ippocratico” per saper custodire e preservare ciò che è immutabile. La grandezza che Ippocrate riconosce al medico, perché consacrato a curare i malati, ha ancora oggi tutto il suo splendore. Nel trattato ippocratico *Sulla decenza V* sta scritto: “Bisogna portare la sapienza alla medicina e la medicina alla sapienza, poiché il medico filosofo è simile a un dio, in quanto fra la medicina e la sapienza non esiste grande differenza. Infatti nella medicina sono presenti tutti quegli elementi che sono propri della sapienza. Disinteresse, modestia, amor proprio, prestigio, saggezza, calma, capacità di replica, integrità, linguaggio sentenzioso, conoscenza di ciò che è utile e necessario per la vita, rifiuto dell'impurità e di ogni superstizione, eccellenza divina. Sono qualità che si contrappongono all'intemperanza, alla volgarità, alla cupidigia, alla bramosia, alla violenza, all'impudenza [...] Di conseguenza, alla medicina è associata una certa sapienza, perché anche il medico è in possesso della maggior parte di queste qualità”. Quale competenza è richiesta al medico? Certamente quella scientifica, ma anche quella morale, riflette ancora Marco Doldi. “È possibile, così, recuperare come attuale l'intuizione ippocratica: il medico è anche filosofo, in quanto partecipa alla sapienza di Dio. Lo sguardo antropologico e morale precede ed accompagna ogni altra competenza scientifica. [...] Guidato dal desiderio di servire, il medico avrà la consapevolezza di svolgere non un mestiere come tanti, ma – conformemente al modello ippocratico – un'arte, la quale non può essere guidata da interessi umani (guadagno, carriera, ecc.), bensì dall'autentico dono”¹⁰. È allora facile passare dal paternalismo alla paternità, afferma Doldi, con precisi atteggiamenti: dinnanzi alla tendenza di perdere la visione globale del malato, il medico, nel momento in cui avvicina il paziente, non lo identificherà *tout-court* con un sem-

⁹ W. Kasper, *La sfida della misericordia*, Edizioni Qiqajon, Comunità di Bose, 2015, p. 47.

¹⁰ M. Doldi, *Op. cit.*

plice caso clinico, con una cartella medica, con il numero del letto. Cercherà, per quanto possibile, di avere con il malato un rapporto personale, cioè degno della persona. Aiuterà con pazienza e semplicità il paziente a comprendere il suo reale stato di salute, lo renderà partecipe del piano di cura presentandogli le varie alternative; lo metterà in grado di esprimere un reale consenso informato. Davanti ad una cultura che non difende la vita umana, il medico dirà con coraggio il suo sì alla vita, consapevole di esserne custode e servitore. Riconoscerà la vita sin dal suo sorgere nel grembo materno e la tutelerà sino al suo naturale spegnersi. Saprà discernere fra l'accanimento e l'abbandono terapeutico e allevierà le sofferenze ultime del malato di cui si prende cura, accompagnandolo nel tratto finale della vita.

3. L'umanizzazione della medicina

È indispensabile essere sempre e continuamente impegnati nell'umanizzazione della medicina. Come realizzarla quotidianamente nella realtà sanitaria oggi? Umanizzando le cure. "Il malato è il centro della nostra vita. Il malato è la nostra università. Umanizzarsi per umanizzare." Così si esprimeva Fra Pierluigi Marchesi¹¹, Generale dei Fatebenefratelli dal 1976 al 1988. Le sue riflessioni appaiono quanto mai forti, incisive, attuali. La cultura sanitaria è largamente disumanizzante perché tecnicizza i problemi vitali dell'uomo e tradisce l'uomo nel suo approccio disumanizzante con il paziente, visto solo in quanto paziente, sotto l'aspetto tecnico. Se l'uomo rimane sconosciuto, si trova immediatamente emarginato perché accolto come numero, rientra nella realtà inanimata delle cose, delle attrezzature, degli strumenti. Se il malato non è al centro dell'ospedale, allora altri si mettono al suo posto. Il posto centrale in ospedale non spetta ai medici, né agli infermieri, né agli amministrativi, né alla comunità dei religiosi. "Se c'è un padrone nell'ospedale, deve essere il malato". Come mai la centralità del malato si perde? Scrive Pierluigi Marchesi che l'infedeltà nei confronti del malato, e quindi la disumanizzazione dell'ospedale e dell'assistenza, dipende anche dal profondo ostacolo che viene messo tra noi e il malato. Una barriera conoscitiva ed affettiva che ci porta a non riconoscere più il malato, ma a fuggire e a rifugiarsi nel ruolo, nella professionalità. Infatti, se osserviamo una persona malata quando entra in ospedale, che cosa vediamo? Innanzitutto che è preoccupata per la malattia, per la sofferenza che la malattia inevitabilmente comporta. Il malato si domanda: le persone che si occupano di me saranno capaci di curarsi di me e di guarirmi? Per il malato l'ospedale è il luogo nel quale può morire, può non essere curato bene, può essere trascurato. È l'uomo che si deve adattare all'ospedale o l'ospedale che si deve adattare all'uomo? L'uomo

¹¹ P.L. Marchesi, *Umanizzazione. Storia e utopia*. Ed. Velar, 2006.

vive la sua malattia in modo unico ed irripetibile, e dei suoi problemi noi non ci occupiamo: ci buttiamo, perché più facile, sul suo organo malato. Ecco, questa è la grande barriera per cui l'uomo rimane lontano e sconosciuto.

L'ospedale disumanizzato e disumanizzante non sfugge a un duplice destino: diventare carcere o azienda, anche se moderna. La macchina della salute confina il malato in sala d'attesa: egli deve consegnare ai medici, agli infermieri il suo fegato, il suo cuore, le sue gambe. E così l'uomo viene spogliato non solo dei suoi abiti, ma della concretezza della sua storia. L'ospedale-azienda lo si riconosce subito: vi si parla di profitto, di quantità di degenze, di livelli di retribuzione, di camere attrezzate, di preoccupazioni economiche: non si parla mai del malato, se non come di un oggetto che deve garantire soddisfazione economica ai bilanci dell'opera. Non bisogna essere contrari alla modernizzazione dell'ospedale. L'efficienza è certamente un valore, un grande valore. Ma non è l'unico. La disumanizzazione dell'ospedale-azienda è molto difficile da vedere di primo acchito. In genere l'ospedale è bello, moderno, ricco di malati. Ma dov'è l'umanità se si dedicano ore per fare bilanci e pochi minuti per discutere dei malati, dei loro problemi anche assistenziali? L'assistenza sanitaria quanto più si organizza, si specializza e avanza sul piano tecnico e della efficienza, tanto più disumanizza se passa oltre l'umanità, oltre l'uomo come persona. Occorre allenarsi tutti a considerare la persona nella sua totalità e non solo nella dimensione patologica. Non è possibile occuparci della salute di una persona, se non la si accosta nella sua totalità per rispondere ai suoi bisogni, per risvegliare in essa il desiderio più umano e più cristiano: quello della sua felicità. Umanizzare l'ospedale non vuole dire aggiungere un lusso maggiore ad opere già ritenute buone, ma vuol dire donare quella cosa di cui l'uomo ha un assoluto bisogno, l'umanità.

Non è possibile, però, ipotizzare un ospedale a misura d'uomo se contemporaneamente non si opera per una famiglia, una scuola, un lavoro, un'economia, un'industria, una politica a misura d'uomo. L'ospedale è di fatto uno specchio della società e in esso convivono tutte le contraddizioni di cui è segnata la società stessa. È però anche vero che nella nostra epoca la società per molti aspetti finisce per essere lo specchio dell'ospedale. L'ospedale è infatti uno dei luoghi privilegiati in cui si determina la qualità e si decide il destino della nostra civiltà.

4. Una proposta: la medicina sacerdozio

Nell'epoca storica attuale la medicina tecnologica non può non allearsi alla medicina filosofica: *nullus medicus nisi philosophus*, recita un antico aforisma. Da Ippocrate in poi la medicina si esercita fra *techné* e valori umani. Allora tecnologia e antropologia coincidono: il medico ippocratico è l'archetipo del medico impegnato tecnicamente e coinvolto umanamente. Nel Medioevo e nel Rinascimento la relazione fra medicina e filosofia è ancora molto stretta: la *salus* è interpretata come salvezza dell'anima e salute del corpo. Cartesio pone le pre-

messe dell'*homme machine*: organismo da misurare e riparare. Il medico diventa uno "iatromeccanico". Il dualismo cartesiano tra corpo e mente, tra soma e psiche, fa del medico uno specialista del corpo-diviso e pone le basi della manipolazione totale del corpo.¹² Da Cartesio in poi il divario si approfondisce sempre di più e oggi, accanto ad una necessaria specializzazione ed avanzata tecnologia, viene denunciata da più parti la perdita della nozione filosofica della visione unitotale dell'uomo. Occorre recuperare questa visione olistica: la vita dell'uomo è l'uomo stesso nella sua completezza ed integrità di un tutt'uno di soma-spirito, di senso-conoscenza, di intelligenza e saggezza, di corporeità e trascendenza.

Si parla di religiosità della medicina, di "medicina-sacerdozio", perché si apprezza la vita. È proprio ad una più meditata rivalutazione della vita che deve agganciarsi la medicina moderna, contrassegnata ormai dalla metodologia scientifica, scrive don Luigi Verzé¹³, fondatore dell'Ospedale San Raffaele di Milano, "per non naufragare nel tecnicismo, nello svuotamento del sentire umanamente, nella rinuncia all'essere, nello sprezzo del meglio che sta nell'uomo: le sue istanze metafisiche e soprannaturali senza le quali egli resta schiacciato assurdamente da ragioni economico-egoistiche, definite utilitariste dalla filosofia contemporanea". Il futuro del complesso-uomo sta in una minor contrapposizione dualistica tra corpo, intelletto e spirito e in una maggior tensione armonizzante. La medicina diventa scienza sacra perché sacro è l'uomo, realtà inscindibile di corpo, di intelletto-psiche e di spirito. La vera salute è l'armonizzazione di queste tre componenti. Il medico, e con lui tutti coloro che prestano la loro opera nella cura del malato, deve strutturare la sua personalità quale "biologo, filosofo, cosmologo, psicologo sociale e perfino asceta, proprio in virtù dell'intima chiamata a ricostruire l'uomo integrale".

Quando il medico, che fa propria e si sforza di vivere la sua professione in questa visione, ottiene la guarigione del malato grazie all'aiuto della scienza, non fa che obbedire al comando di Dio dato all'uomo di dominare il mondo e la natura e così operando continua il progetto di Dio della Creazione. La sua fatica sta nel ricercare nella natura stessa le vie della restaurazione e della ricomposizione (guarigione) dell'uomo e nella natura non potrà esimersi dal ritrovare la "soprannaturalità" che all'uomo appartiene.¹⁴ Il medico che si ispira al cristianesimo trova nella sequela di Cristo un nuovo *ethos*. Il Cristo, definito da Clemente Alessandrino come il "medico eccellente", perché si interessa principalmente del bene del paziente, diventa modello per il medico cristiano che concepisce se stesso come strumento di Dio, con la *philanthropia* divina, la

¹² Giorgio Cosmacini, *La medicina è una tecnica che richiede sapere e filosofia*, Telèma 13, Estate 1998.

¹³ Luigi M. Verzé, *Che cosa è l'uomo?*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1999.

¹⁴ Luca M. Bucci, *Cristo medico*, Edizione Camilliane, 1998.

carità, come suprema motivazione. Per Don Verzé il medico-sacerdote “è chi, consapevole di se stesso, di quello cioè che vale e di quello che può grazie a Cristo Gesù, vuole guarire e di fatto guarisce, non tampona una parte, ma guarisce tutto l'uomo perché lo restituisce alla stima di sé, immagine e copione di Dio. Guarire l'ammalato è guarire Cristo”.¹⁵

L'itinerario culturale e spirituale che viene proposto si snoda in alcuni determinati e fondamentali passaggi ¹⁶, qui riportati nei tratti essenziali.

Il primo passaggio è dal corpo alla corporeità. Il corpo del malato non è né riconducibile né esauribile in un complesso di tessuti, di organi e di funzioni. In quanto umano il corpo possiede e vive delle dimensioni che lo configurano come parte viva ed essenziale di quella realtà globale e unitaria che è la persona stessa. Oggi si preferisce usare il termine di corporeità per indicare che l'uomo non “ha” il corpo, ma “è” il suo stesso corpo.

Il secondo passaggio è dalla corporeità alla persona. Il corpo umano è il “segno” che rivela la persona, il “luogo” nel quale e attraverso il quale vive e si realizza la persona. La corporeità è una dimensione umana inscindibilmente congiunta, coesenziale, all'altra dimensione che è lo spirito. Il corpo non è tutto l'uomo. L'uomo è anche spirito: intelligenza, sentimento, volontà, libertà, sete e fame di verità, di senso, di accoglienza, di aiuto e di amore. Il corpo della persona malata può e dev'essere curato, e se possibile guarito, sempre e solo in quanto corpo umano in profonda unità con tutto il mondo psicologico e spirituale della persona.

Il terzo passaggio è dalla persona alla persona malata. La malattia costituisce una sfida alla persona nelle sue costitutive e fondamentali relazioni che vengono alterate: innanzitutto quella con la propria unità psico-fisica, minacciata e lacerata dalla malattia; poi quella con il medico, i familiari, gli amici e con quanti formano il tessuto sociale ordinario del suo lavoro e della sua vita; infine quella con il Tu supremo, l'essere trascendente e assoluto che per il credente è Dio. Nella malattia e nella sofferenza questa relazione subisce una grande sfida: può essere oggetto di tentazione al punto da portare il malato a mettere in dubbio l'esistenza stessa di Dio, così come può essere, invece, momento forte per un vero e proprio ricupero della religiosità e della fede stessa.

Il quarto passaggio è dalla persona malata all'essere umano “radicale e finale”. Si tratta di cogliere l'uomo nella sua radicalità e nella sua finalità, in riferimento, cioè, al suo destino ultimo. Nella prospettiva di un'antropologia aperta al trascendente, propria della fede cristiana, le radici dell'uomo non stanno nell'uomo stesso, né in colui che è generato né in coloro che lo generano, ma in Dio creatore, sorgente prima della vita umana.

¹⁵ L. Verzé, *Il volto di Gesù, medico-sacerdote. Un volto da leggere, un volto da riscoprire.* Il volto dei volti Cristo. Ed. Velar 2001, p. 123.ù

¹⁶ D. Tettamanzi, *Nella persona malata vedo il volto di Cristo*, in D. Tettamanzi, *Maestro e pastore.* A cura di Alfredo Anzani. Edizioni San Paolo, 2014, p.198.

Alla fine di questo itinerario, il medico è chiamato a preoccuparsi della persona malata nella totalità unificata dei suoi valori, delle sue esigenze, dei suoi bisogni: tra questi c'è indubbiamente, come centrale, la domanda sul "perché" della sofferenza. È nel contesto di questa domanda che, non poche volte, entra la problematica religiosa, il dubbio, la tentazione, la crisi, il rifiuto di Dio.

Il medico, chiunque esso sia e a prescindere dal suo personale credo, se non vuole tradire la sua identità non può non riscoprire e amare la dignità personale di ogni sofferente che a lui affida la propria vita, consapevole che non può prendersi cura del malato senza averne misericordia.

Già, anticamente, Celso affermava che, "a parità di competenze, è più efficace un medico che sia amico, piuttosto che estraneo", e Scribonio Largo, in un passo della prefazione alle *Compositiones*, prescrive al medico, nel suo rapporto con il paziente, un atteggiamento di *humanitas* e di *miserecordia*¹⁷. Questi atteggiamenti non sono mai mancati nella storia dell'umanità sofferente e malata. Li hanno tenuti in vita, propagandandoli, i santi, interpreti autentici del Vangelo quali San Giovanni di Dio o San Camillo de Lellis ma anche moderni testimoni come Albert Schweitzer, Giuseppe Moscati, Carlo Urbani.

L'auspicio ultimo è che ogni ospedale raggiunga il fine, come sottolinea Massimo Cacciari, di "avere cura, cura misericordiosa, operativa, fattiva, cura scientificamente organizzata per poter durare e svilupparsi, della persona umana. Nessuna separatezza, nessun dualismo anima-corpo. Noi siamo curiosi, scientificamente curiosi dell'uomo in tutte le forme del suo agire; noi vogliamo avere cura del suo corpo e della sua mente, così come delle opere che questo straordinario insieme di corpo e mente produce, dell'anima che esso esprime creando, operando, dialogando, sperando, credendo. Ogni nostro sapere è rivolto all'altro, è rivolto alla cosa stessa. E a chi si oppone il principio misericordia se non all'inhospitale amore di sé, per il proprio sé? Questo principio vale per tutti noi: vale per i filosofi come per i medici come per gli psicologi. Anzi, per ciascuno di noi medico-psicologo-filosofo"¹⁸.

¹⁷ F. Stok, *Medicus amicus: la filosofia al servizio della medicina*. <https://art.torvergata.it/handle/2108/40387#.VX2j0UYYMg8>

¹⁸ M. Cacciari, Prefazione a W. card. Kasper, *La sfida della misericordia*, Edizioni Qiqajon, Comunità di Bose, 2015, pp.14-15.

Il medico misericordioso, tra giustizia e compassione

DI RENZO ROZZINI

*Non c'è conoscenza senza sofferenza (Simone Weil).
Misericordia: avere un cuore per i miseri*

Riassunto

Negli ultimi anni la medicina ufficiale ha, seppur lentamente, preso coscienza dei limiti oggettivi degli atti "giusti" rigidamente regolamentati. Quando nella complessità della salute l'azione giusta, quella ispirata dalla linea guida, è in grado di produrre solo risultati modesti allora la "care" deve prendere il posto della "cure".

Nella costruzione di una prassi medica che coniughi giustizia e amore compassionevole il concetto di misericordia può essere la chiave di volta, il punto di tenuta di ogni frangente nel quale l'alleanza è messa alla prova, la tensione verso ciò che è giusto, ciò che è utile per il paziente, nella convinzione che senza la condivisione con il compatimento, il "giusto" rischia di pervertirsi. L'atto medico "misericordioso" può essere la risposta che concilia il bisogno di giustizia con la necessità di compassione.

Parole chiave: *Misericordia, Giustizia, Compassione, Pratica medica.*

Summary

In recent years mainstream medicine has slowly but surely become aware of the objective limits of the rigidly regulated "right" acts. When the complexity of the health action is inspired by guidelines it is able to produce only modest results then the "care" must take the place of the "cures".

In the construction of a medical practice that combines justice and compassionate care the concept of mercy may be the keystone, the sealing point of every situation in which the alliance is put to the test, the tension to what is right and what is good for the patient, in the belief that without sharing with compassion, also what is "right" risks to be perverted. The medical "merciful" act may be the answer that reconciles the need for justice with the need of compassion.

Key words: *Mercy, Justice, Compassion, Medical practice.*

Perché ne discutiamo: la dialettica tra giustizia e compassione

Uscivo da un convegno, come al solito di fretta, cercando nel contempo di salutare i colleghi, di leggere i messaggi sul telefono e di fare le scale. L'ultimo gradino è stato fatale: lussazione di caviglia e frattura bimalleolare. Intervento chirurgico, immobilità, gesso, tutori, riabilitazione, ne avrei avuto per diversi mesi. Girando sulla sedia a rotelle in corsia non ho potuto non chiedermi se quella situazione, l'esperienza della sofferenza nella disabilità, potesse in qualche modo giovare alla professione, a partire da un primo problema: il «medico in pigiama» può essere un medico migliore? È necessario provare dolore per essere più compassionevoli, «simpatici», misericordiosi? Ha fondamento la tesi secondo cui il medico deve cercare di comprendere il dolore prima ancora di cercare di curarlo, perché è come uomo, prima che come professionista, che deve confrontarsi con l'uomo sofferente? (Paola Binetti, *Il dolore narrato*, 2005). Non esiste il rischio che la condivisione del patire dell'uomo, lo sperimentarne la vulnerabilità (e soprattutto la deriva nel sentimentalismo) faccia perdere di vista ciò che è giusto, ciò che è utile per il paziente? In modo molto primitivo intuitivo che la risposta era negativa. L'idea di un medico sofferente strida con l'idea di medico salvatore: il medico non può essere impotentemente in balia della sofferenza e del dolore come i pazienti e l'idea di un medico colpito passivamente dalla sofferenza del paziente non è conciliabile con la sua necessaria «assolutezza», con la sua indipendenza, con la sua posizione distinta e in qualche modo superiore al malato. Che vantaggio «terapeutico» trae un paziente sapendo la vulnerabilità del medico? Nessun trattamento riabilitativo, nessuna cura amorevole o manipolazione ambientale può compensare gli effetti negativi di una diagnosi di patologia correggibile mancata (Kane, 1997). È però davvero possibile comprendere il dolore senza provarlo? Probabilmente no. La domanda allora è: com'è possibile essere «giusto» senza essere dominato dalle sirene della pietà? Dove si deve collocare l'atto medico nella dialettica tra giustizia e compatimento?

Mai come in questo tempo la lettura della realtà clinica e la sua interpretazione sono al centro di analisi e di studi, che tendono a definire nuove logiche. Non è possibile regolare e prevedere ogni situazione individuale, ogni atto clinico, e chi prova a farlo finisce per creare un sistema pieno di regole, dalle cui maglie sempre si potrà sgusciare cosicché – come già gli antichi romani dicevano – «summum ius» diventerà «summa iniuria».

La «burocrazia» in ambito medico e sanitario, fino a un certo grado inevitabile, ha creato nuovi problemi, spesso per dar vita ad un sistema freddo, impersonale e anonimo. La malattia non è problema di un particolare organo, ma problema della persona, emozionale e esistenziale e il malato, specialmente nella cronicità, ha bisogno di aiuto professionale, ma anche di empatia e di simpatia. Negli ultimi anni la medicina ufficiale ha, seppur lentamente, preso coscienza dei limiti oggettivi degli atti rigidamente regolamentati. La medicina fondata

sull'evidenza (EBM), che a partire dalla seconda metà degli anni novanta ha radicalmente cambiato la prassi medica fornendo indicazioni precise relative ai trattamenti in grado di produrre risultati clinici di valore -e che è stata successivamente introiettata dall'assistenza sanitaria- è entrata in crisi mostrando limiti oggettivi e realistici di applicabilità.

L'EBM non ha risposto in modo adeguato alla realtà: la gran parte degli studi sui quali si fonda è stata compiuta su individui giovani, non tiene conto dell'invecchiamento delle popolazioni che nel mondo reale ricorrono alle cure, dell'interferenza di variabili psichiche, funzionali, sociali, la multimorbilità e la comorbilità, il *burden of disease*, che esercitano un ruolo nel determinismo della salute dell'individuo, sia come barriera che come meccanismo di facilitazione, e il cui peso non può essere eluso. Nelle situazioni di multimorbilità e di comorbilità, in molti casi l'applicazione dell'EBM ("sumum ius") produce, nonostante le intenzioni, più danni che benefici ("summa iniuria"). Di contro, tanto maggiore è il numero e la gravità delle patologie tanto maggiore è il loro impatto sul benessere, sulla psiche del paziente, tanto maggiore è la domanda di compassione.

A mio avviso le tesi recentemente proposte dall'epistemologo Mauro Ceruti nel volume dal titolo: "La fine dell'onniscienza" potrebbero essere assunte come la base teorica di una pratica medica che si confronta con l'enorme complessità del reale; il caso, la singolarità, la temporalità, la non prevedibilità, le interazioni inattese fanno in modo che ogni caso sia unico, dipenda dal suo tempo e dalla sua storia (di malattia e delle relazioni), cambi frequentemente senza prevedibilità. Si potrebbe dire che la clinica contemporanea deve accettare "l'impermanenza delle evidenze" e quindi essere sempre pronta ad adattare le sue risposte al "movimento continuo" della biologia nei suoi vari livelli di aggregazione.

A fronte dei molteplici aspetti che entrano in gioco, biologici, clinici, psicosociali, ambientali e culturali, il problema è quello di trovare una chiave di lettura che permetta di "legare assieme" i diversi input, senza inseguire di volta in volta la singola informazione, rendendo in questo modo difficile la costruzione di risposte articolate e "strategiche". Questo processo ha due livelli di possibile sviluppo: quello della costruzione di un modello generale di riferimento rispetto ai problemi della salute e della malattia, e quello dello specifico atto di cura, da realizzare con riferimento al singolo paziente affetto da problematiche cliniche.

Quando nella complessità della salute l'azione giusta, quella ispirata dalla linea guida, è in grado di produrre solo risultati modesti allora la "care" deve prendere il posto della "cure", occorre cioè lasciare spazio sempre maggior alla relazione, al compatimento: la parola confortante e incoraggiante risulta spesso più efficace della medicina giusta e anzi, proprio a causa del sistema e dell'unità mente-corpo, risulta la migliore medicina. Il medico deve conciliare il riconoscimento e la terapia delle malattie, principali determinanti dello stato di salute del paziente e compito proprio dell'atto clinico, con l'atto di pietà, di comprensione della sofferenza, che le malattie producono.

Nella costruzione di un modello di sintesi quale può essere la parola chiave dell'alleanza tra giustizia, che negli ultimi cinquant'anni ha pervaso l'atto medico e amore compassionevole, che di pari passo è venuto sempre meno? Il ricorso al concetto di misericordia può essere la chiave di volta, il punto di tenuta di ogni frangente nel quale l'alleanza è messa alla prova, la tensione verso ciò che è giusto, ciò che è utile per il paziente, nella convinzione che senza la condivisione con il compatimento, il "giusto" rischia di pervertirsi. L'atto medico "misericordioso" può essere cioè la risposta che concilia il bisogno di giustizia con la necessità di compassione.

Sebbene in modo non uguale per storia, cultura e specificità sociologica molte religioni (i.e. ciò che l'uomo ritiene sacro) hanno contribuito a definire un nucleo essenziale di regole ispirate all'atto di misericordia. La dottrina cristiana in particolare riconosce come opere di misericordia corporali e spirituali molte azioni che sono proprie anche dell'atto medico, ma che, in alcuni casi, proprio in ragione del conflitto tra giustizia e compassione, presentano evidenti problematicità: a) l'alimentazione e l'idratazione nel fine vita (dar da mangiare agli affamati e da bere agli assetati); che significato ha nutrire artificialmente un paziente affetto da demenza terminale che in ragione di questa patologia non è più in grado di deglutire? L'astensione dall'alimentazione artificiale, che non produce alcun effetto positivo e che può invece prolungare effetti negativi rappresenta un'abdicazione ad un'opera di misericordia ovvero, al contrario, costituisce un atto di misericordia? b) l'organizzazione sanitaria e la sua trasformazione: ospitalità vs prestazioni (alloggiare i pellegrini); gli ospedali da luogo di ricovero aspecifico per problematiche di disagio si sono posizionati come ambiti dove in un periodo sempre più breve vengono compiuti atti di cura mirati a specifici obiettivi, luoghi di atti diagnostici ad elevata caratterizzazione tecnologica, di atti di cura in ambito chirurgico e di atti di cura medica per patologie che richiedono intensità terapeutica. L'ospitalità ha lasciato il posto all'efficiente organizzazione delle prestazioni. c) la tecnologia e la frammentazione della prassi medica (visitare gli infermi); è venuta anche meno la relazione biunivoca medico-paziente: l'atto di cura prevede più attori con competenze uguali e attori con competenze diverse: la visita medica è "incompleta", non esclusiva, il paziente non ha più il suo medico; d) la scelta delle cure (consigliare i dubbiosi); la disponibilità nella rete di tutte le informazioni necessarie concernenti il proprio stato di salute ha fatto crescere le incertezze; il paziente e la famiglia sono più informati, ma più smarriti, in molti casi paradossalmente aumenta la domanda di irrazionale; e) nel contempo esiste una massa di persone che non ha ancora accesso alle fonti di informazione, anche elementare e per le quali l'educazione sanitaria rappresenta lo strumento più efficace per migliorare il proprio stato di salute (insegnare agli ignoranti); f) la relazione di cura.... che mantiene la sua centralità (consolare gli afflitti; sopportare pazientemente le persone

moleste): “*l’abisso di miseria invoca l’abisso di misericordia*” scrive in una nota di commento a una sua poesia Clemente Rebora, “Canti dell’infermità”.

Nella complessità delle domande, l’atto medico misericordioso può essere la guida, il riferimento della cura, la risposta sintetica più appropriata.

La misericordia medica come atto di sintesi

A mio avviso il carattere e le regole che ispirano la misericordia medica possono essere così descritte:

- La misericordia non è un’emozione. Il sentire deve essere elaborato e filtrato dal sapere – soppesato in rapporto alla dignità dell’altro - perché la sensibilità sia degna della sua virtù.
- La misericordia medica protetta dal sapere, dalla conoscenza, non si commuove; il medico non può essere passivamente e contro la sua volontà colpito dal dolore, però, nella sua misericordia, e a causa della sua vocazione all’altruismo “attivo e libero”, si lascia sovranamente e deliberatamente colpire dal dolore.
- La misericordia non è condizionata dalla miseria e dalla sofferenza dell’uomo.
- La misericordia si sottrae al formalismo della giustizia, come al sentimentalismo dell’amore.
- La misericordia non è virtù per anime belle che ignorano tutto; per questi amore e giustizia sono ugualmente parole molto ispirate e molto vuote per chi non sa del male e della persecuzione, che feriscono anche a causa dell’amore e della giustizia. La misericordia sa: gli strumenti valutativi impongono la conoscenza e pongono allo stesso tempo le basi per azioni appropriate.
- La misericordia ha un suo stile, la “maniera di dare e ricevere”.
- La misericordia implica la scelta della condivisione dell’umano comune e della sua vulnerabilità. Senza questa condivisione, la giustizia stessa si perverte. Ma senza ricerca della giustizia, ogni amore si svuota, miserabilmente. E la misericordia si riduce a lenire i suoi fallimenti: senza verità e senza dignità. *«La misericordia è il grembo della giustizia, nel campo della sua mediazione etico-affettiva: che è quella della libertà e della dignità del volere. Non un vago sentimento di affinità che stempera l’ansia e lava le colpe nell’indulgenza e nella compassione che esonerano da ogni giustizia. La prossimità reale è la misura della giustizia reale, nel nostro passaggio di iniziazione: ossia, nel tempo della appropriazione della giustizia del voler bene e della speranza del suo riscatto» (Walter Kasper, 2012).*
- La misericordia richiede risorse e si manifesta in modo socialmente rilevante laddove la comunità le permette concretamente di esprimersi. Nel libro “Raccontare l’amore”, Enzo Bianchi, priore di Bose, scrive a pag. 57: *Mi piace infine attualizzare la parabola di Gesù, raccontandola in un altro modo. Non voglio essere irriverente né contraddire le parole del Vangelo, ma*

credo che proprio esse mi autorizzino a mutare leggermente l'ultima parte del racconto: "Un uomo scendeva da Gerusalemme verso Gèrico e cadde nelle mani dei banditi, che gli portarono via tutto, lo percossero a sangue e se ne andarono lasciandolo mezzo morto". Passa un sacerdote, passa un levita e vanno oltre, senza entrare in contatto con quell'uomo, senza farsi prossimi. Passa poi un samaritano il quale è a piedi come il malcapitato, non ha un giumento su cui cavalcare, né olio, né vino, né bende, né soldi. Giunge sul posto, si ferma, vede costui, forse non riesce neanche a parlargli, perché la loro lingua è diversa. Che fare dunque? Se se lo fosse caricato sulle spalle, nel caldo del deserto, dopo poco sarebbero entrambi venuti meno per la sete. Non ha altre possibilità, è privo di ogni bene. Allora decide per una semplice cosa: gli prende la mano nella propria mano, senza dirgli nulla, e gli sta vicino finché quello muore tra le sue braccia. Questo samaritano fa misericordia, esattamente come quello della parabola narrata da Gesù, che pure aveva mezzi e possibilità economiche. Diversi sono i modi di vivere la compassione, di agire con amore: questo secondo samaritano fa il dono della prossimità, della presenza, che in quel frangente è tutto ciò che ha. Anche questa è carità autentica, è vero amore per l'altro, è un amore intelligente.

Il brano è bello, bellissimo, ma non convincente fino in fondo. Nella parabola di Gesù (ha senso cambiare le parabole, anche con la lodevole intenzione di migliorarle?) l'uomo si salva, nella parabola "attualizzata" di Enzo Bianchi, l'uomo muore. È probabilmente vero – come ebbe a sostenere Margareth Thatcher – che "nessuno ricorderebbe il buon samaritano soltanto per le sue buone intenzioni, ma perché aveva anche i soldi". Non si dovrebbe fare quindi di questa parabola modificata un esempio, se non per dire che se si vogliono salvare le persone, soprattutto le più misere, si devono avere le risorse, senza le quali sono possibili atti d'amore, anche eticamente straordinari, ma con risultati concreti risibili.

La misericordia individuale non vuole e non può sostituire la giustizia medica, ma può essere l'ispirazione e la motivazione a darsi da fare. Sono necessarie persone che percepiscano il bisogno che spesso sorge inaspettatamente, e che si lascino commuovere da esso, persone che abbiano un cuore, che si prendano a cuore gli altri e che, nel caso concreto, cerchino di aiutare meglio che possono. Senza una simile misericordia la base motivazionale per un ulteriore sviluppo del sapere medico si perde. La comunità medica non può cavarsela senza misericordia.

Davanti agli enormi problemi cui dobbiamo far fronte, senza una base misericordiosa, viene a mancare l'impulso emotivo necessario per impegnarsi in un mondo migliore. Senza la misericordia si rischia che la prassi medica si trasformi in deserto. Si può, perciò, intendere la misericordia come il fondamento e la fonte innovativa e motivazionale della giustizia. L'apprendistato della misericordia è lungo e rischioso. Ma non c'è compassione né giustizia che tengano, se essa manca.

Il medico, uomo della misericordia

DI RAFFAELE SINNO

Riassunto

L'azione di misericordia del medico, analizzata attraverso la sua capacità di applicarla. L'analisi letteraria dimostra che la misericordia è diversa dall'empatia, di cui rappresenta solo un aspetto. È dimostrato che l'atto medico non è solo applicazione di tecnica o comprensione psicologica, ma che, è nei fatti, davvero "arte delle arti".

Parole chiave: Compassione, Empatia, Misericordia del medico.

Summary

In this paper the author examines the action of merciful doctor, analyzing this virtue in his capacity application. The literature analysis shows that mercy is different from empathy of which represents only one aspect. By this end, many international studies show that the formation of the "merciful doctor" is not about an individual predisposition while it is possible to generate educational climate in which this virtue can influence the communication between doctor and patient. This study concludes that such result will be possible when the medical act is not only application of technical or psychological comparisons, but it is a practical expression of "art of the arts".

Key words: Medical mercy, Compassion, Empathy.

1. Il significato della misericordia nell'atto medico

La misericordia in campo medico va distinta dalle altre qualità morali, poiché essa implica una vicinanza globale nei riguardi della persona che necessita di aiuto. Possiamo distinguere due livelli costitutivi della misericordia nell'atto medico: un primo formale retto dalla *Benevolenza*, e un secondo di tipo applicativo legato alla *Compassione*. Tale aspetto non è solo un sentimento personale percepito emozionalmente, attraverso il quale si opera una progressiva cura della sofferenza dell'altro, piuttosto rappresenta "un'empatia costituzionale" dell'agire interpersonale. La misericordia diventa una necessità morale, come sostiene il filosofo israeliano Khen Lambert¹ che ha elaborato, nel 1957, la "Teoria della

¹ KH. LAMPERT, *Traditions of Compassion: From Religious Duty to Social Activism*. New York: Palgrave-Macmillan 2006.

Compassione Radicale”. Secondo questa teoria la Misericordia e la Compassione sarebbero radicate nella natura dell’uomo manifestandosi come un impulso non influenzato direttamente dalla cultura o dalle implicazioni religiose. L’autore Matthew Fox, in un suo lavoro sulla misericordia², afferma che essa non è una virtù religiosa, ma sorge quando si è capaci di condividere ed elaborare le rispettive debolezze in un rapporto fiduciario. Essa si rafforza nella relazione umana, e in modo particolare in quella medico-paziente, quando si sostituiscono i comuni gesti caritatevoli con quelli misericordiosi che puntano al riconoscimento di un senso e di un significato comune da elaborare. La misericordia presenta sempre una componente attiva, una profonda sensibilità verso i soggetti che chiedono aiuto. Dimitrios Oreopoulos della Division of Nephrology Toronto Western Hospital, identifica questa componente con la misericordia, per questo parla di “assistenza medica misericordiosa”. Perciò sostiene che si dovrebbe reintrodurre la misericordia nella pratica della medicina, se si vuole fornire guarigione. Il contatto umano (*The human touch*) è progressivamente diminuito da quando la scienza e le tecnologie si sono imposte nella pratica sanitaria moderna. Il concetto di misericordia dovrebbe essere inserito nella formazione dei professionisti della salute, perché la medicina è una disciplina etico - didattica e, in quanto tale, dovrebbe preoccuparsi dell’aspetto spirituale del malato³. Nel curare i pazienti nella loro globalità, i medici devono cercare di comprendere non solo i danni della malattia sui loro corpi, ma anche quanto la malattia interferisce sulla ricerca del significato della vita, dei valori e delle relazioni, in modo da essere capaci di risposte adeguatamente al dolore e alla sofferenza. Inoltre, l’utilizzo di una cura misericordiosa non è prerogativa della gestione dei soli pazienti gravi o moribondi, ma può essere adoperata nella comunicazione clinica quotidiana. Tuttavia, nei casi di riabilitazione di persone affette da malattie o lesioni devastanti, curare con umanità e misericordia si fa più difficile per l’intensità della sofferenza dei pazienti che evoca forti emozioni negli operatori sanitari. Negli ultimi anni, vi è stato un crescente interesse di studi volti a indagare l’impatto degli interventi “misericordiosi” complementari alle terapie tradizionali nel migliorare i risultati. Lauro Halstead⁴ prendendo in rassegna sette articoli che riguardano il confronto d’interventi che possono migliorare i risultati delle cure tradizionali, conclude che gli interventi umani sono efficaci e possono rappresentare un importante aiuto, specialmente, nelle riabilitazioni. Altri studi dimostrano che l’esercizio misericordioso prevede un «incontro di sacrifici piuttosto che un mero esercizio

² M. FOX, *Spirituality named compassion and the Healing of Global Village*. Hampton & Row Publishers, San Francisco 1979.

³ D. SULMASY, *Is Medicine a Spiritual Practice?* in “Academic Medicine” 1999, 74(9),1002-1005.

⁴ L. HALSTEAD, *The John Stanley Coulter lecture. The power of compassion and caring in rehabilitation healing*, in “Arch Phys Med Rehabil.” 2001 Feb; 82(2):149-54.

intellettuale»⁵. La vicinanza misericordiosa è un livello che si pone oltre la sfera dell'empatia, poiché la condivisione si realizza pienamente nella sfera comunitaria e sociale, riconoscendo un destino comune⁶. Tuttavia gli esseri umani non sempre riescono a effettuare corrette elaborazioni delle emozioni altrui, non comprendendo del tutto il senso di disperazione dell'altro, soprattutto se non si è mai sperimentato. Per conoscere ciò che un'altra persona sente, bisogna poter immaginare il mondo del paziente in base alle proprie esperienze passate. Tale processo di interpretazione riflessiva comporta un'oscillazione costante tra l'osservazione della persona e le proprie risposte, ricorrendo all'immaginazione, all'emozione e alla memoria⁷. Il medico compassionevole è legato al paziente se la sua vita interiore agisce come un punto di riferimento per l'interpretazione del suo mondo interiore. In tal modo si crea un effetto curativo che lo psicologo Michael Balint⁸ definisce "*the drug doctor*", ossia il professionista della salute diviene egli stesso un farmaco miracoloso della cura.⁹ La misericordia impone al medico di individuare chiaramente le cause di sofferenza del paziente e di organizzare efficacemente tutte le risorse disponibili per affrontarle e ridurle.¹⁰ Ciò comporta dedicare tempo e sforzi necessari per far emergere le più profonde esigenze, le paure, e i valori di chi soffre. L'obiettivo fondamentale dell'azione misericordiosa sarà indicare un percorso comune, affinché il paziente possa esaminare alternative terapeutiche per superare o trasformare la sofferenza inutile. Per tali motivi, la metodologia misericordiosa prevede l'utilizzo di un supporto verbale e di ascolto anche in quelle situazioni che appaiono irreparabili o insuperabili con l'utilizzo delle tecniche terapeutiche, poiché rimane indispensabile sostenere ed accompagnare le persone in questi momenti, rafforzando la loro dignità e autostima con amore e affetto¹¹. In definitiva, il medico misericordioso, mostrando rispetto per i valori del paziente, funziona da specchio per aiutarlo a scoprire ed esprimere il senso della sua vita, il che può infondere un senso di pace.

2. La misericordia come approdo comune nell'atto medico

Si avvantaggiano, della cura misericordiosa, non sono solo i malati, ma anche chi li cura perché come sostiene Elder Paisios: «La misericordia è tutto. Se

⁵ D. THOMASMA, Th.. KUSHNER, *Dialogue on Compassion and Supererogation in Medicine*, in "Cambridge Quart. of Healthcare Ethics" 1995, 4, 415-425.

⁶ E. MORE, *Empathy as a Hermeneutic Practice*, in "Theoretical Medicine" 1996, 17:243-254.

⁷ *Ibidem*.

⁸ M. BALINT, *An outstanding medical life*, in "BJ of General Practice" 2005, 55, 724-725.

⁹ *Ibidem*, 730.

¹⁰ K. DIXON, *The Quality of Mercy: Reflections on Provider-Assisted Suicide*, in "The J. of Clinical Ethics" 1997, 8(3):290-302,

¹¹ Ch. DOUGHERTY, R. PURTILO, *Physicians Duty of Compassion*, in "Cambridge Quar. of Healthcare Ethics" 1995, 4:426-433.

proviamo compassione per gli altri, ci dimentichiamo di noi stessi e dei nostri problemi».¹² Secondo lo scrittore americano Thomas Merton¹³ siamo tutti parte integrante di un universo d'interdipendenza per cui i malati e i sani condividono un destino comune in cui la misericordia diventa la virtù che rinsalda l'insieme¹⁴. Per potenziare questa virtù è opportuno sviluppare la consapevolezza di limitare le richieste del proprio ego, le proprie preoccupazioni per le difficoltà, e considerare che solo nella condivisione si dà valore alla sofferenza. La peculiarità dell'agire sanante di un medico misericordioso consiste nello sperimentare l'impatto totale della malattia con le sue paure, i timori della perdita di autonomia e il senso della vulnerabilità che ne consegue. Eric Cassel¹⁵ riconferma che, per avere una piena consapevolezza della sofferenza di un individuo è richiesta una profonda conoscenza dell'altro come se si fosse un'unica persona. Egli, infatti, sostiene che: «per sapere come gli altri stanno soffrendo, bisogna possedere una comprensione esaustiva di ciò che sono: quando si sentono minacciati o vulnerabili, quale sia il loro futuro, il loro passato, i loro obiettivi e i loro scopi»¹⁶. La cura misericordiosa, avvantaggiando i pazienti e gli stessi medici, determina un miglioramento considerevole della stessa qualità delle prestazioni specialistiche e delle organizzazioni sociosanitarie. Per David e Pauline Rabin, perché tutti se ne possano avvantaggiare, è necessario penetrare ciò che il paziente sta attraversando, per oltrepassare il livello della commiserazione e costruire una *reciprocità misericordiosa*¹⁷, che si edifica quando il paziente e il suo caregiver diventano un *unicum relazionale*¹⁸. Per ottenere questo occorre imparare a vedere oltre il proprio corpo e la propria condizione sociale, oltre la propria vista e il proprio olfatto, oltre il successo e il fallimento e considerare proprie le emozioni altrui¹⁹. L'ascolto e il colloquio sono gli strumenti che consentono al medico di percepire in maniera corretta l'esperienza del paziente così come la comunicazione non verbale dell'espressione facciale e il riconoscimento dei segnali significativi dello stato emotivo del paziente²⁰. Mettere in pratica la misericordia è un dovere richiesto a tutti i medici o una virtù che solo

¹² E. PAISIOS, *Spiritual Awakening*, Vol. II in the *Spiritual Counsels* series by Elder Paisios of Mount Athos, Souroti, Thessaloniki, Holy Monastery "Evangelist John the Theologian", 2008, (2) 109-114.

¹³ Th. MARTON, *Dialogue on Compassion and Supererogation in Medicine*, in "Cambridge Quart. of Healthcare Ethics" 1995, 4: 415-425.

¹⁴ R. NAKASONE, *Illness and Compassion: AIDS in the American Zen Community*, in "Cambridge Quart. of Healthcare Ethics" 1995, 4, 488-493.

¹⁵ E. CASSEL, *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford Univ. Press: New York 1991, 23.

¹⁶ *Ibidem*, 30.

¹⁷ D. RABIN, P. RABIN, op. cit., 78.

¹⁸ M. Ch. LU, *Why it Was Hard for Me to Lean Compassion as a third-year Medical Student*, in "Cambridge Quart. of Healthcare Ethics" 1995, 4, 454-458.

¹⁹ E. MORE, *Empathy as a Hermeneutic Practice*, in "Theoretical Medicine" 1996, 17:243-254.

²⁰ D. RABIN, P. RABIN, *To Provide Safe Passage: the humanistic aspects of Medicine*, Philosophical Library, Inc. New York 1985.

pochi di loro sono in grado di esercitare? Dougherty e Purtilo sostengono che la misericordia sia così profondamente legata all'immagine del medico, e così apprezzata dai pazienti, che dovrebbe rientrare tra i doveri professionali,²¹ ciò nonostante la formazione sanitaria estremamente focalizzata sulla scienza e sulla tecnologia ha formato una generazione di medici che ha difficoltà a relazionarsi con i pazienti riguardo alla loro sofferenza. A tal proposito, David Rabin e Pauline Rabin suggeriscono di preparare i medici inserendo l'educazione alla misericordia nel curriculum didattico²², impartendo alcuni concetti tra cui il prestare attenzione alla sofferenza e non solo al dolore, che i giovani professionisti siano affiancati da quelli di provata esperienza, i quali possono essere modelli misericordiosi con l'esempio personale²³, seguendo il suggerimento di Platone: *per conoscere la virtù, osserva l'uomo virtuoso*²⁴. Una differente posizione è stata espressa dagli autori Brock e Salinsky, secondo i quali le competenze in questo campo, possono essere apprese solo attraverso l'esperienza individuale.²⁵ Lo studio di Zelenková Neuwirth²⁶ ha dimostrato che i medici, che hanno frequentato un corso di formazione sulla capacità di comunicazione, hanno mostrato un miglioramento statisticamente significativo nel comportamento misericordioso, specialmente nella comprensione delle malattie, delle cure e delle attese dei loro pazienti. Il professor Gregory Pence, al contrario, nel discutere sulle posizioni di Socrate che nega che le virtù possano essere insegnate e quelle di Protagora che, invece, difende questa posizione, sostiene che l'educazione alla misericordia nel campo medico, può essere appresa ma non in corsi specifici di etica, né dall'esempio pratico di alcuni maestri, piuttosto dal clima generale che si respira dall'intero sistema sociale e professionale dell'ambiente medico universitario.²⁷ Di sicuro il comportamento misericordioso è in gran parte il prodotto di processi di socializzazione durante l'infanzia e l'adolescenza. Gli studi psicosociali²⁸ e dello sviluppo indicano, infatti, che la misericordia, l'empatia e l'altruismo sono presenti nelle personalità stabili. Quindi, per essere misericordiosi e disponibili verso gli altri, si deve essere, principalmente, psicologicamente

²¹ Ch. JOHN DOUGHERTY, R. PURTILO, *Physicians Duty of Compassion*, in "Cambridge Quart. of Healthcare Ethics" 1995, 4, 426-433.

²² D. RABIN, P. RABIN, op. cit., 82.

²³ N. AARON, *Healing and Fildes' The Doctor*, in "The Pharos" 1996, 59, (4), 35-36.

²⁴ PLATONE, *Menone*, La Terza, Milano 2004.

²⁵ C. DANIEL BROCK, J.V. SALINSKY, *Empathy: An Essential Skill for Understanding the Physician-Patient Relationship in Clinical Practice*, in "Educational Research and Methods" 1993, 25(4), 245-248.

²⁶ Z. NEUWIRTH, *Physician Empathy-Should we Care?* in "The Lancet" 1997, 350:606.

²⁷ G. E. PENCE, *Can compassion be taught?* In "Journal of medical ethics" 1983, 9, 189-191.

²⁸ E. STAUB, *Social and prosocial behavior: personal and situational influences and their interactions*, in *Personality O': Basic Aspects and Current Research* (Edited by Staub E.). Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N J, 1980.

sani. La letteratura scientifica dimostra che questo comportamento è associato ad atteggiamenti pro-sociali, come la responsabilità verso gli altri.²⁹ Sarebbero, quindi le caratteristiche di personalità e gli orientamenti sociali a differenziare le personalità misericordiose dai non misericordiosi. Riguardo al profilo del medico misericordioso, la ricerca di Carmel e Glick³⁰, basata su un sondaggio eseguito su 324 medici, ha dimostrato che quelli appena specializzati in medicina interna e in pediatria, riescono ad esprimere maggiore empatia nelle loro relazioni con i pazienti, rispetto a quelli con carriera avviata e già inseriti nel mondo lavorativo. Non sono state rilevate significative differenze di genere, di etnia e di stato civile. Questi risultati sono stati confermati anche da altri importanti studi di verifica statistica sull'argomento³¹. La teoria dell'*Human Caring*, elaborata nel 1979, da Jean Watson, docente di Scienze Infermieristiche presso l'Università del Colorado, individua dieci fattori di caring, definiti come Processi di *Caritas* che evidenziano un percorso comune tra medico e paziente indirizzato alla guarigione e precisamente:

- Altruismo, gentilezza ed equanimità con se stessi e gli altri, inteso come stato di equilibrio mentale e spirituale nell'affrontare le situazioni;
- Ricorrere alla Fede e alla Speranza per promuovere fiducia nel percorso terapeutico;
- Coltivare la propria sfera emotiva per riconoscere le proprie emozioni positive e negative in modo da poterle riconoscere e accettarle nell'Altro;
- Sviluppare la fiducia nei rapporti di caring attraverso l'empatia, la misericordia e il calore umano;
- Ascolto attivo del paziente per favorire l'espressione delle proprie emozioni positive o negative;
- Cercare di personalizzare l'assistenza anche adottando nuove pratiche di cura;
- Educare il paziente per migliorare la compliance al piano terapeutico concordato assieme;
- Creazione di ambienti di guarigione (setting relazionali e fisici) a garanzia del confort, privacy e sicurezza;
- Il tocco del corpo è visto come una terapia olistica perché influisce non solo sul fisico ma anche sulla mente e sullo spirito;

²⁹ Ph. RUSHTON, R. SORENTINO, *Altruism and Helping Behavior: Social Personality and Developmental Perspectives*. Erlbaum, Hillsdale, New York 1981.

³⁰ S. CARMEL, S. M. GLICK, *Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern*, in "Soc. Sci. Med." 1996, 43, (8), 1253-1261.

³¹ J. HALL, M.C. DORNAN, *Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels*, in "Soc. Sci. Med" 1988. 27, 637. L. S. LINN, D.W. COPE, A. ROBBINS, *Socio-demographic and premedical school factors related to postgraduate physicians' humanistic performance*. West, in "J. Med." 1987, 147, 99.

³² J. WATSON, *Postmodern nursing and beyond*, Edinburgh, Scotland, 1999.

- Assistenza nella ricerca di senso, tenendo in conto le credenze del paziente perché ne influenzano il benessere.³²

Gli studi effettuati dall'*Human Caring* hanno dimostrato che si evidenziano dei cambiamenti positivi non solo nei pazienti ma, principalmente, nella condotta del personale sanitario. Dalla metanalisi condotta da Kauffman Swanson³³, le persone che necessitano d'aiuto raggiungono, con un trattamento misericordioso, un miglior benessere emotivo e spirituale, con guarigioni proporzionalmente più celeri. Nel contempo, il personale sanitario coinvolto ha provato un maggiore senso di realizzazione e motivazione accompagnato da una maggiore stima di sé. Ovviamente è necessario aver cura di se stessi, per offrire un corretto percorso compassionevole ai propri pazienti. I medici misericordiosi, infatti, segnalano una maggiore stanchezza emozionale, ossia una tendenza all'esaurimento rispetto ad altri professionisti, una forma di burnout definita da John - Henry Pufferling e Kay Gilley, *compassion fatigue*³⁴, che consiste in un grave esaurimento fisico, emotivo e spirituale accompagnato da un dolore acuto di tipo emozionale. Mentre i medici con semplice esaurimento da burnout, diventando meno empatici e più scontrosi, quelli che utilizzano un percorso misericordioso continuano incessantemente a donarsi ai pazienti, con il pericolo, se non rimotivati, a mantenere un sano equilibrio empatico. Coloro che soffrono di *compassion fatigue*, infatti, si descrivono come risucchiati in un vortice che li trascina verso il basso, lentamente, senza sapere come fermare la spirale discendente, in un vortice di completo esaurimento fisico-psichico-affettivo.³⁵

Conclusioni

La medicina contemporanea, nonostante il continuo progresso degli aspetti tecnici e degli interventi sempre più specifici delle varie branche specialistiche, resta sempre nel suo aspetto fondativo un'arte umana, esercitata per il bene degli uomini. L'aspetto della cura, rappresentato da emozioni, affetti e relazioni, influisce sulla qualità delle prestazioni e sulle attese di successo dei trattamenti medici, più di quanto sia stato scientificamente accertato. Esistono due dimensioni costitutive dell'arte medica: una prima, definita tecno funzionale, e una esistenziale che sono identificate nel mondo anglosassone rispettivamente con il termine di *curing*, nucleo scientifico rivolto a riconoscere le diverse patologie con le terapie adeguate, e l'altro di *caring*, che indica l'aver cura del bene del sofferente o di tutti in generale, con l'obiettivo di influenzare positivamente il processo di

³³ S. KAUFFMAN, "What's known about caring in Nursing: a literary met analysis, in ADE SUE HINSHAW, *Handbook of clinical nursing research*, Thousand Oaks, CA: Sage, 1999, 31-60.

³⁴ J.-H. PUFFERLING, K. GILLEY, *Overcoming Compassion Fatigue*, in "Fam. Pract. Manag.". 2000, Apr; 7 (4):39-44.

³⁵ J.-H. PUFFERLING, K. GILLEY, op.cit., 45-47.

³⁶ K. JASPERS, *Il medico nell'età della tecnica*, Cortina, Milano 1991, 2.

guarigione. Karl Jaspers definì quest'aspetto con il concetto di "ethos umanitario",³⁶ capace di donare sollievo e restituire benessere. Per questo motivo la medicina evoca una difesa della dignità di ogni persona, confermando di essere l'*arte tra le arti*³⁷. Per ciò, il *fare arte* in campo medico è prima di tutto un modo di essere dell'animo, di vivere, di sentire, di guardare le cose e di sapervi leggere dentro³⁸. Il medico, che per esperienza quotidiana della vulnerabilità dell'uomo, ha una visione *creativa* col paziente, permette di realizzare un incontro fra due soggettività altrimenti estranee. Prima dell'impegno deontologico, finalizzato ad attenuare la sofferenza esistenziale del malato, la disposizione a un rapporto creativamente *misericordioso* rappresenta una valenza di virtù professionale, poiché gli consente di trovare le parole giuste per suscitare nella sua mente risonanze interiori che possano stemperare le profonde ansie della solitudine umana.³⁹ La pratica medica si fa allora *ars curandi*, quando coniuga le cognizioni scientifiche alla *caritas* e alla *pietas* per alleviare la sofferenza. Tuttavia, il prendersi cura dell'aspetto socio-emotivo del malato è stato, dagli anni '80-90, piuttosto trascurato, a fronte degli enormi sviluppi delle conoscenze tecnico-scientifiche in campo medico⁴⁰. Questa disparità ha ampliato la difficoltà da parte degli operatori di coniugare gli aspetti scientifici a quelli relazionali, e ciò è stato ampiamente percepito dai pazienti⁴¹, i quali richiedono una maggiore attenzione virtuosa e affettiva⁴². Diversi studi hanno confermato che il giudizio da parte delle persone, che necessitano di aiuto, è profondamente influenzato quando la relazione è retta da un'azione umana misericordiosa.⁴³ In questo periodo, si assiste a una disparità sempre più netta tra tecnicismo e umanesimo, che può essere nociva sia per la qualità delle prestazioni offerte, sia per la difesa della dignità dei pazienti. Per cercare di ovviare a questa deriva è indispensabile riconquistare un agire virtuoso non tanto formale, piuttosto capace di inserirsi nella programmazione sanitaria. Per ciò è fondamentale introdurre nel percorso formativo dei medici, un'istruzione umana misericordiosa, come sistema non complementare o sostitutivo, ma integrante della ricerca dell'animo umano. In conclusione, la stessa selezione e formazione delle future generazioni mediche si dovrà avvantaggiare della misericordia, che non deve essere più intesa, come conclude Socrate nel Menone, quale sorta di *dono degli Dei*⁴⁴.

³⁷ P. LAIN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, in "Rev. de Occ.", Madrid 1964, 46.

³⁸ B. DOMENICHELLI, *Il cardiologo e l'arte*, in "Ital. Heart. J." 2004 (suppl. 5); 746-747.

³⁹ ID., *La sofferenza non necessaria*, in "Cardiology Science" 2007; 6: 4-11.

⁴⁰ S. SARASON, *Caring and Compassion*, in "Clinical Practice", Jossey-Bass, San Francisco, CA, 1985.

⁴¹ R. DIMATTEO, L.S. LINN, B. L. CHANG, D.W. COPE, *Affect and neutrality in physician behavior: a study of patients' values and satisfaction*, in "J. Behav. Med." 1985, 3, 397.

⁴² Ch. SANCHEZ-MENEGAY, E.S. HUDES, S.R. CUMMINGS, *Patient expectations and satisfaction with medical care for upper respiratory infections*, in "J. Gen. Intern. Med." 1992, (7), 432.

⁴³ Z. BEN-SIRA, *Stress, Disease and Primary Medical Care*, Gower, England, 1986.

⁴⁴ G. E. PENCE, *Can compassion be taught?*, in "Journal of medical ethics", 1983, (9), 189-191.

Misericordia e vissuto virtuoso in medicina

DI MAURIZIO SOLDINI

Riassunto

Nella presa in considerazione delle tematiche e delle pratiche dell'etica medica e della bioetica dovrebbe essere prioritario l'approccio tramite l'etica delle virtù. Tra le virtù, oggi, sta tornando in auge il ruolo della misericordia. In prima battuta, riflettere oggi nel nostro mondo secolarizzato sulla misericordia potrebbe sembrare fuori luogo e non alla moda. Ancora di più nell'ambito della medicina. Eppure l'etica delle virtù applicata all'etica medica e alla bioetica sembra essere sempre più attuale. Siccome la misericordia è la più grande virtù, ne consegue che non è affatto fuori luogo mettere a tema la misericordia nell'ambito delle pratiche della Medicina. Misericordia è un sentimento concepito dalla compassione per la miseria altrui (fisica o psichica o morale o spirituale o esistenziale). Poiché l'intima connessione tra le virtù spiega il ricorso ad un sistema di misura complesso per poter giudicare la bontà di un uomo, la quale è inseparabile dall'appartenenza ad una comunità sulla base di valori condivisi, se ne deduce perché la misericordia sia indispensabile per il vissuto e le pratiche del medico, dacché l'uomo è vulnerabile e in quanto tale è un animale razionale dipendente, che richiede per sua natura aiuto, soccorso e compassione. Nella dimensione umana caratterizzata dalla finitudine e dalla fragilità dell'esserci aleggia la consapevolezza della precarietà della vita con una fine certa dell'esistenza terrena. La caducità implica la malattia, la sofferenza, il dolore e la morte. Il male, fisico, psichico e spirituale, abiterebbe indisturbato in tale dimensione, se non fosse per la capacità dell'essere umano di esprimersi ed aprirsi ad una dimensione altra. Il rapporto tra l'uomo malato afflitto dal dolore fisico e psichico, nel grido che non dispera e dice "Miserere mei", "Abbi misericordia di me", rivolgendosi a Dio, si riverbera nel rapporto medico-paziente e gli dona lo spirito che ne anima la fattibilità. Il paziente si rivolge quindi anche al medico con una domanda di aiuto misericordioso, che implichi un'attenzione da parte di questi a trecentosessanta gradi. Il fine della morale, almeno nella prospettiva dell'etica delle virtù aristotelico-tommasiana, non è tanto, almeno in prima battuta, il dovere, ma il raggiungimento della felicità e della vita buona tramite la virtù. Attraverso la misericordia il medico compie così quelle azioni migliori dal punto di vista umano nei confronti del paziente, con il fine di raggiungere oltre al bene del e per il paziente anche la propria felicità terrena che non può non anticipare la beatitudine celeste.

Parole chiave: Misericordia, Virtù, Compassione.

Summary

In consideration of the issues and practices of medical ethics and bioethics should be a priority approach by virtue ethics. Among the virtues, now, back into favor the role of mercy. In the first instance, reflect today in our secularized world on the mercy might seem out of place and not trendy. Even more in the field of medicine. Yet the virtue ethics applied to medical ethics and bioethics seems to be more and more present. As mercy is the greatest

virtue, it follows that it is not out of place to put themed mercy within the practices of Medicine. Mercy is a feeling conceived by compassion for the misery of others (physical or psychological or moral or spiritual or existential). Since the intimate connection between the virtues explains the use of a measuring system complex to judge the quality of a man, which is inseparable from belonging to a community based on shared values, it can deduce why mercy is essential for experienced and physician practices, since the man is vulnerable, and as such is a rational animal dependent, which by its nature requires help, aid and compassion. In the human dimension characterized by the finitude and fragility of being there hovers the awareness of the precariousness of life with a certain end of earthly existence. The transience implies illness, suffering, pain and death. Evil, physical, mental and spiritual, he would dwell undisturbed in this dimension, if it were not for the ability of human beings to express themselves and be open to another dimension. The relationship between the sick man plagued by physical and psychic pain, the cry that does not despair and says "Miserere mei", "Have mercy on me," turning to God, reverberates in the doctor-patient relationship and gives him the spirit animates the feasibility. The patient then turns even the doctor with a request for help merciful, involving attention on the part of these three hundred and sixty degrees. The end of morality, at least in the perspective of virtue ethics Aristotelian-Thomist, not so much, at least in the first instance, the duty, but the pursuit of happiness and the good life through virtue. Through mercy the doctor performs those actions as the best from the human perspective to the patient, with the aim to reach over to the good of the patient and also his earthly happiness that can not anticipate the heavenly bliss.

Key words: Mercy, Vertue, Compassion.

Nella seconda metà del XX Secolo e di fatto dal momento in cui, all'inizio degli anni Settanta, Van Potter coniò il termine *Bioethics*¹, la medicina si è trovata, nel bene e nel male, a confrontarsi con una dimensione riflessiva, nata dalle esigenze non più soltanto della scienza, ma derivate da un approccio umanistico quale quello della filosofia. Ne è conseguito che i filosofi hanno iniziato a mettere in discussione molti degli impianti sui quali la medicina si era venuta stabilizzando, come ad esempio quel paternalismo medico che presto sarebbe stato quantomeno scalfito se non demolito. A proposito del *rapporto medico-paziente* sono così sorte una serie di figure morali esplicative², quali la figura liberal-radicalista fondata sul principio di autonomia, la figura utilitarista basata sul principio di utilità, la figura principialista espressa dal tentativo di bilanciamento (sempre fallibile) dei quattro principi di autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia e altre figure ancora come quelle personaliste e, in particolare, la figura basata sull'etica delle virtù che, come vedremo, tentano una mediazione del suddetto *rapporto medico-paziente* attraverso una tensione verso l'*alleanza terapeutica* tra medico e paziente, fondata su un approccio realistico con una pro-

¹ M. SOLDINI, *Argomenti di Bioetica*, Armando Editore, Roma, 1999

² M. SOLDINI, *Filosofia e Medicina. Per una filosofia pratica della medicina*, Armando Editore, Roma, 2006

pria visione antropologica e morale dell'essere umano come persona e non solo come individuo.

In particolare nell'ambito della figura dell'etica delle virtù sembra sempre più emergere il ruolo della *misericordia* e lo scopo di questo lavoro è appunto quello di prendere a tema il ruolo della misericordia nell'ambito delle pratiche della Medicina, per quanto sembrerebbe, come diremo più avanti, che oggi questa virtù non sia molto di moda³ dal momento che viviamo in un mondo quasi completamente secolarizzato⁴, nel quale prevalgono valori di un individualismo metodologico.

Secondo il filosofo Alasdair MacIntyre “la *misericordia* è quell'aspetto della carità dove noi diamo quanto necessario al nostro prossimo e tra le virtù che ci legano al nostro prossimo la *misericordia* è la più grande”⁵.

I modelli che sembrano più adeguati e più adatti a risolvere le antinomie nell'ambito della riflessione della bioetica sono, tra quelle enumerate poc'anzi, la figura personalista e la figura dell'etica delle virtù.

In particolare, nel modello personalista il termine *persona* viene inteso non soltanto come soggettività, ma anche e prioritariamente come valore ontologico e trascendente.

Le figure morali, dunque, che possono essere abbracciate dalla categoria del personalismo, sono quelle che riconoscono nella persona umana, integralmente considerata (ossia nella sua relazione con gli altri e nella sua apertura all'assoluto), il valore supremo da tutelare e dunque il criterio di senso per giudicare le azioni concrete e per interpretare norme morali determinate⁶.

Un'azione è buona anzitutto per ciò che significa, prima che per le conseguenze che produce. In particolare è un'azione buona se testimonia una virtuosa attitudine di cura nei confronti dell'altro, un'attitudine che origina da un'istanza di prossimità, da un radicale senso di debito che intuiamo di avere nei confronti dell'altro, soprattutto verso chi è più vulnerabile e indifeso. E ciò al punto da poter parlare, come vedremo più avanti, di una “dipendenza riconosciuta” alla quale corrisponde una virtù che è quella della *misericordia* che, secondo Tommaso d'Aquino rappresenta l'afflizione o il dispiacere per la sofferenza del prossimo nel momento dell'identificazione della sofferenza dell'altro che viene così fatta propria⁷.

Il personalismo rappresenterebbe, secondo il nostro punto di vista, il modello etico più adatto all'approccio etico e bioetico al mondo della vita e della salute, nella considerazione delle sue problematiche morali.

³ W. KASPER, *Misericordia. Concetto fondamentale del Vangelo – Chiave della vita cristiana*, Queriniana, Brescia, 2013

⁴ C. TAYLOR, *L'età secolare*, Feltrinelli, Milano, 2009

⁵ A. MACINTYRE, *Animali razionali dipendenti. Perché gli uomini hanno bisogno delle virtù*, a cura di Marco D'Avenia, Vita e Pensiero, Milano, 2001

⁶ P. CATTORINI, *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Masson, Milano 2000²

⁷ A. MACINTYRE, *Animali razionali dipendenti. Perché gli uomini hanno bisogno delle virtù*, a cura di Marco D'Avenia, Vita e Pensiero, Milano, 2001.

Ma la sua aspirazione ad una fondazione antropologica e metafisica, che pure si auspica, potrebbe rappresentare per numerosi interlocutori del dibattito bioetico odierno uno scoglio non facilmente superabile. Ecco perché si ritiene che, mentre la prospettiva personalista, e soprattutto la versione più forte, quella ontologica, possono dare adito a incomprensioni, spesso anche non giustificate, l'etica delle virtù possa avere una grande valenza coesiva nel dibattito bioetico.

L'etica delle virtù e la bioetica delle virtù potrebbe allora rappresentare una scelta altrettanto felice anche in funzione di una possibilità dialettica tra le varie impostazioni, che comunque si vogliono confrontare razionalmente, sull'uomo e sulle sue problematiche, oggi rese numerose e delicate dal progresso scientifico e tecnologico nel campo delle scienze della vita e della salute. In fondo, se numerose sono le disparità, le incongruenze, le differenze tra le varie figure di etica, possiamo ben convincerci che non manchino le parità, le congruenze, le identità, se non altro riguardo al metodo, che aspiri a ricercare la soluzione ai problemi vecchi e nuovi che affliggono l'uomo e che la filosofia cerca di risolvere, spesso con sempre nuovi interrogativi e talora con, seppur timide, risposte. E l'etica delle virtù potrebbe essere il banco di prova di questo tentativo, gestito *in pratica*, nel momento in cui ci si presta a ricercare una soluzione ai numerosi interrogativi nella riflessione bioetica, in cui l'etica e l'*ethos* comunicano strettamente.

Per quanto seguirà, cercherò di fare il punto a proposito delle ragioni che ci inducono ad avere una simile impostazione in etica e tanto più in bioetica. Per fare ciò, seguirò a piè pari, a stralcio, quanto ha sostenuto Armando Savignano nel voler cercare di offrire attraverso le proprie argomentazioni il perché e il come sia valida la prospettiva di una "*bioetica delle virtù*", a salvaguardia, da una parte, del pensiero classico, mediato dall'intervento, nella contemporaneità, soprattutto da parte di Alasdair MacIntyre; e a salvaguardia, dall'altra parte, della persona, che trascende la concezione del mero individuo, tanto cara all'impostazione soggettivistica liberal-radical, e che si apre all'altro e in particolare alla comunità⁸.

La virtù è, per MacIntyre, l'eccellenza delle pratiche, che sono da intendersi come attività umane cooperative, più o meno istituzionalizzate, nelle quali si realizzano beni immanenti a quelle attività secondo regole e criteri di eccellenza che definiscono le medesime attività. Ogni pratica realizza, pertanto, il bene ad essa immanente in modalità vieppiù eccellenti grazie precisamente alle virtù che permettono l'attività cooperativa. Per poter conseguire la virtù è tuttavia imprescindibile accostarsi all'idea di 'vita buona', intesa come *telos* alla luce di un progetto unitario di vita inserita in una tradizione. L'esercizio delle virtù, che MacIntyre estende dalle qualità interne (Aristotele) alle pratiche, è infatti, un aspetto fondamentale ed ineludibile della vita buona per l'uomo.

⁸ A. SAVIGNANO, *Bioetica delle virtù. Il soggetto e la comunità*, Guida Editori, Napoli, 1999.

Pertanto, non c'è, né vi può essere, frattura tra morale personale e vita pubblica, dal momento che il bene comune non è la mera aggregazione di beni privati, né rappresenta una funzione delle preferenze individuali.

Ne consegue che l'etica delle virtù potrebbe essere bene declinata facendo riferimento alla *polis* come politica delle virtù.

Nella virtù, in quanto eccellenza delle pratiche, infatti, si realizza il bene umano, che definisce la comunità e che conferisce valore alla stessa vita, rendendola buona⁹.

Di qui l'esigenza di concepire la realizzazione personale in modo affatto diverso rispetto alla funzione di utilità, ossia come autorealizzazione morale. In altri termini, essere una *persona buona e giusta* è un modo d'essere dotato di valore intrinseco, non riconducibile, pertanto, interamente al valore proprio delle azioni buone, ma a quello che si è come persona. La tipologia di autorealizzazione connessa ad uno stile di vita morale non è valutabile in termini consequenzialistici, poiché è intrinsecamente inerente a quella forma di vita, ragion per cui non è assimilabile all'idea di felicità delineata dagli utilitaristi, la quale, come è noto, si può conseguire indipendentemente da *fonti morali*. Per attuare tali obiettivi risulta, infatti, insufficiente appellarsi solo alle condizioni esterne, ma occorre precisamente l'esercizio delle virtù. Insomma, la questione concernente la vita buona è costitutivamente *personale e comunitaria*, dal momento che i beni umani si possono effettivamente realizzare solo mediante la collaborazione fra persone capaci di una *condotta personale buona*.

All'etica moderna considerata nel suo complesso, incentrata sull'individuo quale artefice del proprio destino, alla luce di regole e ragioni impersonali universali - o per lo meno - universalizzabili - indipendenti dal progetto di vita personale ed intrasferibile, MacIntyre oppone un'alternativa che si richiama in parte alla tradizione aristotelica delle virtù.

MacIntyre rovescia la prospettiva moderna secondo cui la giustificazione delle virtù dipende da una previa giustificazione delle regole e dei principi, per affermare invece che bisogna partire «dalle virtù per capire la funzione e l'autorità delle regole»¹⁰. Di qui l'aut - aut: o si riprende l'attitudine aristotelico-classica dell'etica delle virtù, oppure bisogna ritenere che il progetto illuminista non solo fu «sbagliato, ma in primo luogo non avrebbe mai dovuto essere intrapreso»¹¹ e pertanto si accetta la posizione di Nietzsche.

Secondo MacIntyre l'alternativa è, quindi: o Nietzsche, o Aristotele: o la virtù intesa in senso soggettivistico, emotivistico e relativistico, e pertanto a livello formale, oppure in senso oggettivo, teleologico, comunitario e solidale, in una dimensione sostanziale.

Alla luce di tale dilemma, MacIntyre cerca di ricostruire la tradizione classica

⁹ A. MACINTYRE, *Dopo la virtù. Saggio di filosofia morale*, Milano, Feltrinelli, 1988.

¹⁰ A. MACINTYRE, *Dopo la virtù. Saggio di filosofia morale*, op.cit.

¹¹ *Ibidem*.

dell'etica delle virtù. Per brevità, è la figura di Aristotele ad attrarre l'attenzione di MacIntyre, il quale riconosce che lo stagirita costituisce un momento fondamentale, ma tuttavia non esaustivo di quell'attitudine denominata etica delle virtù. Mentre per l'uomo omerico la virtù è quella qualità eccellente che consente ad un individuo di espletare il proprio ruolo sociale, per Aristotele essa è un abito che consente all'uomo di raggiungere il *telos* intrinseco specificamente umano. Perciò il concetto di vita buona per l'uomo precede quello di virtù. L'etica aristotelica è, inoltre, strettamente dipendente dalla sua biologia metafisica. Quanto poi alla nozione di bene - che ovviamente è distinto dall'utile e dal piacere - esso è intelligibile solo alla luce «dell'intera vita umana vissuta nel modo migliore, e l'esercizio della virtù è una parte fondamentale e necessaria di una vita del genere, non un semplice esercizio preparatorio per assicurarsela»¹². Le virtù sono disposizioni acquisite non solo ad agire, ma ad essere; di qui l'importanza dell'educazione. Contrariamente a Kant, agire virtuosamente equivale a seguire la propria retta inclinazione, plasmata però dalla coltivazione delle virtù. «Un'educazione morale è una *educazione sentimentale*»¹³.

Un ruolo essenziale è attribuito alla virtù della prudenza (*phronesis*), che è decisiva per forgiare il 'carattere', il quale, a differenza della modernità, non può essere separato dall'intelligenza pratica. Diversamente da Kant, per il quale si può essere ad un tempo buoni (dotati di buona volontà) e stupidi (privi di quella capacità naturale di applicare le regole ai casi), è «evidente - per Aristotele - che è impossibile che sia saggio chi non è buono»¹⁴.

L'intima connessione tra le virtù spiega il ricorso ad un sistema di misura complesso per poter giudicare la bontà di un uomo, la quale è inseparabile dall'appartenenza ad una comunità sulla base di valori condivisi. Di qui il ruolo dell'amicizia, che è una virtù indispensabile per vivere nella *polis*.¹⁵

In questa fattispecie, come vedremo, lo stesso MacIntyre caricherà di un senso nuovo e imprescindibile la virtù della misericordia.

MacIntyre riconosce che il recupero di quella visione sistematica aristotelica è fondamentale per cercare di superare la crisi dell'epoca contemporanea. Egli si cimenta, dunque, nell'elaborazione organica di un'etica delle virtù che, quali qualità umane acquisite mediante cui poter conseguire quei valori interni *alle 'pratiche'*, concorrono a formare il senso di un'intera vita essendo finalizzate al perseguimento del bene nell'ambito di una tradizione sociale-comunitaria.

MacIntyre che, a partire da una prospettiva aristotelico-tommasiana, ha elaborato, come si è visto, una suggestiva proposta fondata sulla centralità delle comunità entro le quali possono nascere e maturare le virtù che costituiscono

¹² A. MACINTYRE, *Dopo la virtù. Saggio di filosofia morale*, op.cit.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, 1144 a 37, traduzione di A. Plebe, Laterza, Roma-Bari, 1993⁶.

¹⁵ A. MACINTYRE, *Dopo la virtù. Saggio di filosofia morale*, op.cit.

la vita buona per l'uomo, nel suo libro pubblicato nel 1999, *Dependent Rational Animals. Why Human Beings Need the Virtues*, già citato in precedenza, ritorna, dopo molti anni di assenza diretta dal dibattito filosofico, e nonostante avesse ricevuto, oltre ai consensi, numerose critiche per il suo saggio di filosofia morale sulle virtù, per riprendere il discorso proprio sulle virtù e sul perché esse siano così indispensabili per l'uomo¹⁶. Come fatto nuovo rispetto al pensiero precedente di questo Autore, vi è la tesi che le virtù rispondono al proposito di promuovere la specificità razionale dell'uomo, ma nella consapevolezza che egli è anche ed essenzialmente il corpo che è, e quindi deve fare i conti con l'imperfezione, il limite, gli *handicaps*, la malattia. Per questa via, attraverso un'analisi fenomenologica e dialettica, in un confronto con i soliti Aristotele e Tommaso, ma anche con Heidegger e Davidson, con Nietzsche, Adam Smith e Rorty, con Gadamer e McDowell, con Wittgenstein e con tanti altri pensatori, e confrontandosi anche con svariati problemi che vanno dall'etologia alle scienze umane, alle scienze cognitive e alle neuroscienze, proprio dalle condizioni di vulnerabilità e di dipendenza, egli ricava le ragioni ultime dell'indispensabilità delle virtù: quelle "del ragionamento umano indipendente" e "quelle della dipendenza riconosciuta", queste ultime fondamentali per la comprensione del vero bene personale e altrui, e quindi necessarie per condurre una vita veramente solidale, che non solo sia reciproca ma che soprattutto sia estesa a chi è più svantaggiato. E solo una comunità di virtù garantisce questo, nel riconoscimento di un equilibrio riflessivo tra una verità che trascende il singolo e una critica pure legittima. Sarebbero tante le problematiche sollevate da MacIntyre e da prendere in considerazione, in questo suo libro davvero al passo con i tempi, in cui si argomenta contro certe impostazioni che hanno portato al paradosso, rendendola irrazionale, la concezione della stessa razionalità filosofica, a partire dall'*errore di Cartesio* e passando per Nietzsche, fino ad arrivare a Rorty. Egli argomenta anche contro una concezione particolare dell'*io* che ha portato alla distruzione e all'annientamento solipsistico dell'uomo, quale già aveva sottolineato Wittgenstein nella seconda fase del suo pensiero. Il tema della *dipendenza*, e di quanto è ad essa correlato, come il problema di alcune constatazioni desunte dal mondo non umano della vita, la corporeità, l'amicizia stessa, fino ad arrivare al concetto centrale di *misericordia*, così abilmente recuperato dal nostro Autore, faranno certamente discutere, così come da più di venti anni continua a far discutere *Dopo la virtù*, e per le problematiche affrontate non potrà non essere meditato anche dai bioeticisti, in quanto potrebbe ben essere assunto a modello metodologico di come affrontare talune problematiche etico-antropologiche che ineriscono al campo delle scienze della vita e della salute.

Per MacIntyre "la *misericordia* trova allora la sua collocazione nel catalogo delle virtù, indipendentemente dal suo fondamento teologico", nella misura in

¹⁶ A. MACINTYRE, *Animali razionali dipendenti. Perché gli uomini hanno bisogno delle virtù*, a cura di Marco D'Avenia, Vita e Pensiero, Milano, 2001.

cui questa è diretta nei confronti di quanti sono afflitti da qualche male o sofferenza, per i quali si prova “afflizione o dispiacere”, nel riconoscimento di una “dipendenza riconosciuta”, propria di tutti gli esseri umani.

MacIntyre dà uno scossone alla figura dell'individualismo, che presume una razionalità indipendente dell'uomo. L'uomo in quanto tale è invece un *animale razionale dipendente* per le sue caratteristiche, che lo fanno essere vulnerabile. In questa fattispecie la misericordia è davvero la virtù per antonomasia.

La bioetica, al di là delle controversie che spesso assumono il sapore di una disputa ideologico-politica, abbisogna di un'impostazione più sostanziale, che sia indubbiamente alla ricerca di una normativa anche a livello di leggi, ma nello stesso tempo faccia tendere al *telos* del bene personale e comune, che la riflessione dialettica a livello antropologico ed etico dovrebbe aiutare a far guadagnare a ciascuna persona e a tutta la comunità.

Per tale motivo, l'impostazione etica più adeguata a questa bisogna è quella con un impianto antropologico forte quale è quello del *personalismo*. *Personalismo* in tutte le sue forme, *relazionale*, *ermeneutico* ed *ontologico*. Inoltre, e non da ultimo, è prezioso l'approccio alla *bioetica* tramite *l'etica delle virtù*, soprattutto alla stregua della figura aristotelico-tommasiana.

Non può essere sottaciuto che le riflessioni che siamo andati tessendo sono pur sempre state condotte da chi è anche medico, che ogni giorno vive in prima persona le gratitudini e le amarezze di una professione che non può non riservare vittorie e sconfitte, gioia e dolore, sia dal lato tecnico-scientifico che da quello umano. Il vissuto dei medici, ma in genere di ciascun operatore sanitario, insegna molto e soprattutto quanto sia complesso e difficile operare ogni volta, avendo a che fare con scelte che siano le migliori per tutti e da ogni punto di vista: ogni momento della vita professionale è contrassegnato, come in ogni altro uomo, ma forse a maggior ragione, da quel *pathos*, o meglio da quella *pathei mathos*, presente nella grande preghiera a Zeus cantata dal Coro nell'*Agamennone* di Eschilo, di cui Hans-Georg Gadamer ci ha dato una sapiente interpretazione¹⁷.

Medicina: la *miseriscordia* è stata da sempre un cavallo di battaglia nel mondo sanitario a dir poco dai suoi primordi a ridosso dell'epoca classica e certamente subito dopo l'avvento del Cristianesimo. L'assistenza sanitaria era praticamente sconosciuta nel mondo greco-romano dove pure esisteva l'esercizio della medicina, che era legato alla prevalente dimensione della *tecne*, per quanto vi fossero stati i primi barlumi della deontologia professionale con Ippocrate. Bisognerà comunque aspettare il Medioevo e il monachesimo che, applicando i precetti evangelici, spingerà l'acceleratore su una nuova visione dell'assistenza sanitaria, che si accentrerà in modo prevalente sulla parabola del buon samaritano, che mette al centro delle pratiche le virtù e in particolare la *miseriscordia*. Non per nulla è proprio nella temperie dell'epoca monastica che sorgono i primi Ospe-

¹⁷ H. G. GADAMER, *Verità e metodo*, A cura di G. Vattimo, Introduzione di G. Reale, Bompiani, Milano, 2000.

dali legati, appunto, al concetto di ospitalità. E da allora il vissuto della medicina, e in particolare dei medici, è radicalmente cambiato, dal momento che si è profilato non più e non soltanto un esercizio di una *tecné*, ma si è andata formando una concezione di una *professione* (da *profiteor*, faccio professione di fede) nel vero senso della parola, che implichi non solo capacità tecnico-scientifiche, ma anche umane nelle more di assumere atteggiamenti consoni ad una moralità, che riesca ad andare oltre a una dimensione soltanto deontologica, come previsto *in nuce* dall'etica medica ippocratica.

Nella dimensione umana caratterizzata dalla finitudine e dalla fragilità dell'esserci aleggia la consapevolezza della precarietà della vita con una fine certa dell'esistenza terrena. La caducità implica la malattia, la sofferenza, il dolore e la morte. Il male fisico, psichico e spirituale, abiterebbe indisturbato in tale dimensione, se non fosse per la capacità dell'essere umano di esprimersi ed aprirsi ad una dimensione altra.

Il rapporto tra l'uomo malato afflitto dal dolore fisico e psichico, nel grido che non disperava e dice "Miserere mei", "Abbi misericordia di me", rivolgendosi a Dio, si riverbera nel rapporto medico-paziente e gli dona lo spirito che ne anima la fattibilità. Il paziente si rivolge quindi anche al medico con una domanda di aiuto, che implichi un'attenzione da parte di questi a trecentosessanta gradi. La precarietà dello stato di salute, che implica dolore e sofferenza, invoca, oltre all'efficacia delle pratiche cliniche, in poche parole un risultato dal punto di vista della scienza, un atteggiamento umano basato sulle virtù e in particolar modo sulla *misericordia* del medico.

Epperò il medico deve essere ben consapevole, che non è lui la divinità, come talora può succedere ed è successo in un contesto bruciatosi al sole del positivismo; piuttosto il medico è il tramite e solo il tramite della *divina misericordia*.

L'empatia e solo l'empatia, difatti, può rendere il vissuto del medico eccellente. E il medico è davvero virtuoso quando nei confronti del malato dimostra di voler perseguire il suo bene. Il bene del malato è al massimo delle possibilità quando il medico, oltre ad esperire il massimo delle sue capacità tecniche e scientifiche, si fa soprattutto *misericordioso*, ovvero quando tratti la sofferenza del malato come fosse la propria.

Riflettere oggi sulla *misericordia* potrebbe sembrare fuori luogo e non alla moda, eppure, come ha sostenuto Walter Kasper¹⁸, non è soltanto un problema teologico e interno alla comunità cristiana. Riflettere sulla Misericordia ha una valenza culturale con scaturigini sociali ad ogni livello.

Nella fattispecie la *misericordia* messa a tema nel mondo della sanità nelle more di mostrarne la sua attualità e indispensabilità, mostra la necessità, oggi

¹⁸ W. KASPER, *Misericordia. Concetto fondamentale del Vangelo – Chiave della vita cristiana*, Queriniana, Brescia, 2013

divenuta sempre più stringente, di avere una qualche soluzione per rendere più umane le pratiche della medicina. Questo è possibile, lo abbiamo visto, e lo è nella misura in cui il medico prenda l'abitudine a esercitare la sua professione all'insegna delle virtù, facendo sì che i suoi vissuti siano, ogni giorno di più, virtuosi, guidati da quella stella polare che è la *misericordia*, che sola dona capacità di prossimità, empatia, comprensione, ascolto e soprattutto compassione.

Sarebbe interessante soffermarsi ancora sul come poter rendere pratico e operativo un siffatto approccio da parte del medico e in genere di tutti gli operatori sanitari, ma questo implicherebbe considerazioni che ci porterebbero a dilungarci al di là dello spazio che mi è consentito in questo frangente. In poche parole voglio solo accennare al fatto che per un medico è importante anche una formazione *altra* da quella scientifica, che pure è prioritaria. Mi riferisco alla formazione umanistica che non può essere soltanto quella acquisita nei Licei, ma che necessita di essere proseguita con letture e studio di opere filosofiche e letterarie sia durante i Corsi Universitari sia successivamente e per tutto il percorso professionale.

La filosofia affina il pensiero. La letteratura dà contezza delle dimensioni affettive e sentimentali¹⁹. Il tutto a consentire una crescita culturale e una sempre maggiore maturazione del carattere dei medici e di tutti gli operatori sanitari ai fini di una maggiore umanità delle loro pratiche. A quale fine? Al fine del miglior raggiungimento del bene del paziente, ma anche per una migliore realizzazione del medico stesso. Non dimentichi del fatto che il fine della morale, almeno nella prospettiva aristotelico-tommasiana con la quale mi approccio alle problematiche etiche, non è tanto, almeno in prima battuta, il dovere, ma il raggiungimento della felicità e della vita buona tramite la virtù.

¹⁹ M. SOLDINI, *Il linguaggio letterario della bioetica*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2012

Le cure compassionevoli nella prospettiva del Giubileo della misericordia

DI PAOLA BINETTI

Riassunto

L'impostazione culturale della medicina del nostro tempo è alla ricerca costante di un punto di equilibrio tra un approccio Evidence Based, rigorosamente scientifico e tecnologicamente evoluto, e un approccio di tipo narrativo, apparentemente meno scientifico, in cui la storia del paziente è almeno tanto importante quanto la storia della sua malattia. Sono soprattutto i malati cronici, quelli affetti da malattie rare, gli anziani, i disabili, che mostrano i limiti di una impostazione rigidamente tecnico-scientifica, perché né la scienza né la tecnica posseggono risposte adeguate per tutti i malati, in tutte le circostanze in cui li pone la loro malattia.

I malati gravi, spesso in fase terminale, sono consapevoli dei limiti della scienza e non chiedono miracoli, anche se forse ci sperano sempre. Ma non fanno e non vogliono rinunciare ad un rapporto di cura in cui il medico mette in gioco se stesso, mostrandosi oltre che competente anche compassionevole. Per evitare il rischio che l'approccio tecnocratico prevalga su quello che dovrebbe essere un approccio semplicemente più umano al dolore, alla sofferenza e alla malattia, la legge consente di ricorrere alle cosiddette cure compassionevoli. L'art. 37 della Dichiarazione di Helsinki prevede infatti l'ipotesi che con il consenso del paziente, il medico sotto la sua responsabilità personale, quando non esistono comprovate cure o quando altri interventi conosciuti non si sono dimostrati efficaci, possa ricorrere ad interventi che non hanno ancora superato tutti i controlli della scienza e della tecnica.

Parole chiave: Rigore scientifico, Cure compassionevoli, misericordia, responsabilità e consenso informato.

Summary

The cultural setting of our day medicine is constantly searching the balance-point between Evidence Based approach, which is rigorously scientific and technologically evolved, and narrative approach, apparently less scientific, where the patient history is at least as important as the history of his/her diseases.

Chronic sufferers, those who bear of rare diseases, elderlies, disables, all these patients particularly suffer the limits of a rigid technical-scientific setting, because neither science nor technology have responses adequate for all sick persons and for all the circumstances in which their diseases place them.

People who are seriously ill, often in terminal phase, are aware of science limit; they do not ask for miracles, even if, probably, they keep on hoping for them. However, they do not want to renounce the care relation in which the doctor brings him/herself into play, showing him/herself compassionate as well as qualified. In order to avoid the risk that technocratic

approach overbears with a more simple and human approach to pain, disease, suffering, the law allows the application of the so-called compassionate care. The article 37 of the Helsinki declaration predicts the hypothesis that, when others well standardized treatments do not exist or when other known treatments were ineffective, with the patient's informed consent, the doctor, under his own responsibility, can apply treatments having not yet passed all the check of science and technique.

Key words: *Scientific rigor, Compassionate care, Mercy, Responsibility and informed consent.*

Premessa

La salute è al tempo stesso un bene prezioso di cui si gode tanto più quanto meno se ne percepisce la fragilità ed è nello stesso tempo un diritto, garantito a livello costituzionale, attraverso l'insieme delle cure che permettono di ricreare l'equilibrio alterato dall'irrompere della malattia. La dinamica che collega la tutela della salute con un approccio terapeutico scientificamente fondato è regolata in gran parte dall'intrecciarsi del progresso tecnico-scientifico con la crescente attenzione del decisore politico, nel momento di predisporre modelli di intervento adeguati sotto il profilo socio-economico.

Tra le problematiche più complesse con cui oggi si devono confrontare sia la comunità scientifica che quella politica, ciascuna nel proprio ambito, tenendo conto delle reciproche interazioni, se ne possono elencare almeno tre, che hanno forte impatto a livello decisionale. In primo luogo il crescente costo delle terapie innovative, con il loro forte profilo individuale e l'elevato livello di efficacia, troppo spesso inaccessibili per il loro costo anche per il SSN. In secondo luogo il progressivo spostamento in avanti dell'età media, che avvicinandosi ai 90 anni, sta profondamente mutando i bisogni di cura delle persone, che presentano un'elevata cronicità e una disabilità psico-fisica, non di rado complicata da una solitudine sociale sempre più diffusa. In terzo luogo l'accentuarsi di modelli assistenziali a forte impatto tecnologico, che contrastano fortemente con la contrazione del personale sanitario, sistematicamente sottostimato in fase di programmazione economico-gestionale. In definitiva: farmaci sempre più cari, anche se più efficaci; personale sempre più scarso, anche se più competente; pazienti sempre più anziani e sempre più complessi, stante la progressiva perdita di autonomia. Il combinato disposto di questi elementi crea il prevalere di un approccio tecnocratico su quello che dovrebbe essere un approccio semplicemente più umano al dolore, alla sofferenza e alla malattia.

Il prossimo Giubileo della Misericordia, intensamente voluto dal Papa per il prossimo 2016, rappresenta una opportunità in più per interrogarsi sul ruolo che l'assistenza ai malati occupa nell'ambito delle opere di misericordia, sia di quelle materiali che di quelle spirituali. La domanda chiave, che potrebbe interpellare tutti gli operatori sanitari, è chiedere loro fino a che punto si sentono anche operatori di misericordia. Ma anche se si giungesse a porre questa domanda

a medici, infermieri, fisioterapisti, ecc.. non si esaurirebbe l'ampia platea di coloro che a vario titolo si prendono cura di malati in condizione particolarmente grave, a cominciare dai loro familiari, dai care giver, dalle badanti, dai volontari, ecc ... Il contatto con il dolore e con la sofferenza umana, l'esperienza della stessa fragilità umana a qualunque livello si faccia, obbliga a riconoscere nell'altro la propria sofferenza e la propria fragilità; la fa riemergere da livelli di profondità insospettata e non permette di sottrarsi alla richiesta di aiuto, per tacita che sia, perché in quel preciso momento quella *himago hominis* permette all'uomo di fare esperienza dei due sentimenti più umani che esistano: la compassione e la misericordia.

Quando sembra che la scienza e la tecnica non abbiano più nulla da dire e da dare, allora anche l'uomo più colto e preparato, il professionista più esperto sa che può offrire al malato solo una relazione di prossimità che testimoni la sua profonda compassione e gli faccia sentire il calore della sua misericordia, che altro non è che l'apertura del proprio cuore quando cerca di supplire ai limiti della propria scienza. Si sciolgono in questo modo la paura del dolore e l'angoscia della solitudine: il malato allora sente, sa, sperimenta, di non essere solo. Tocca con mano una nuova speranza, accetta il rischio di un nuovo tipo di cura, quello che sfida i limiti dell'evidenza scientifica, per rinnovare la propria volontà di vivere, in un ritrovato senso della propria dignità personale. La misericordia che il Papa ha voluto porre a fondamento di questo nuovo giubileo è in fondo il rinnovarsi di una nuova alleanza tra la fragilità dell'uomo e l'Amore di Dio; tra il malato e la sua famiglia; tra chi soffre e chi lo assiste; tra la scienza e la coscienza; tra il dolore e la speranza. Un modo di aiutare l'uomo del nostro tempo a non sentirsi mai solo, perché nessuno lo farà mai sentire estraneo in un luogo e in un tempo in cui non ci sono più stranieri, ma solo uomini con altri uomini.

1. Le cure compassionevoli

Nonostante i forti ed accelerati progressi scientifici che la comunità internazionale mette a disposizione di tutti in tempo reale, sussistono ancora situazioni per le quali il medico non dispone di cure adeguate. A volte sono limiti personali, altre volte sono i limiti del sapere scientifico, che vanno accettati in attesa di tempi, che consentano scoperte più efficaci. Ma poiché la medicina è collocata nel cuore stesso della società, problemi ed atteggiamenti della società si ripercuotono su di lei e la espongono ad attacchi mediatici difficili da fronteggiare. Da un lato il paziente e la sua famiglia non si rassegnano all'insuccesso delle cure prestate e dall'altro una parte dell'opinione pubblica trova inconcepibile che la medicina non sia in grado di affrontare e risolvere determinati problemi, per cui lancia vere e proprie accuse verso una intera classe di medici, di ricercatori, di politici, ecc. Proprio a partire dall'esperienza dei limiti della scienza, di quello che appare ancora oggi come un vero e proprio "fallimento", è stata elaborata la teoria e prassi delle cure compassionevoli. Cosa è lecito fare quando sembra

che non ci siano più linee terapeutiche scientificamente validate, disponibili per un paziente; fino a dove ci si può spingere anche sul piano etico per non abbandonare il paziente senza però sottoporlo a inutili sperimentazioni. È un interrogativo tutt'altro che facile che anticipa il dibattito tra accanimento terapeutico e abbandono del paziente; tra incapacità di rassegnarsi ai propri limiti e rifiuto delle cure, tra la sofferenza e l'accettazione della morte.

Per cure compassionevoli si intendono quei trattamenti terapeutici non ancora validati da autorità regolatorie come l'EMA in Europa o l'AIFA in Italia; secondo il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) si intende l'uso di prodotti teoricamente validabili, ma non ancora verificati nella loro efficacia e sicurezza per un uso specifico. Il termine è entrato in uso nel 1998, in occasione di una breve risposta data dal CNB al Comitato Etico dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro in merito al trattamento legato al cosiddetto "caso Di Bella". La metodologia di cura Di Bella rappresentava una terapia alternativa per la cura dei tumori in pazienti terminali e avveniva attraverso la prescrizione di un mix di farmaci "off label", cioè impiegati per indicazioni, modalità o dosaggi diversi da quelli per cui erano stati inizialmente autorizzati. La terapia nel suo complesso non aveva fondamento scientifico, ma molti pazienti affermavano di averne ottenuto vantaggi concreti, per cui ne chiedevano la prescrizione gratuita con le modalità previste dal SSN. Quindi sulla base di una testimonianza soggettiva e in mancanza di altre alternative efficaci in quel periodo si creò una forte pressione nell'opinione pubblica, supportata per altro da numerosi interventi della magistratura, che imposero la somministrazione del nuovo trattamento ai pazienti. Fu allora che venne emanata la Legge 1998/94 per avviare una verifica sperimentale dei risultati ottenuti con il metodo Di Bella. Nel giro di un anno tutti i pazienti inclusi nel protocollo sperimentale, quasi tutti malati oncologici in fase avanzata, morirono e come è naturale il trattamento venne sospeso. A distanza di diversi anni proprio da quella vicenda, che segnò il fallimento del trattamento Di Bella, emerge con chiarezza come non si possa derogare dalle garanzie offerte dalla scienza sia per il bene del paziente che della società.

Ma il problema della somministrazione di trattamenti non validati ad uso compassionevole ha una sua rilevanza bioetica per ragioni più complesse dello stesso caso Di Bella. Tra i riferimenti basta ricordare l'art. 37 della Dichiarazione di Helsinki, l'art. 83 del Regolamento CE n. 726/2004, l'art. 13 del Codice di Deontologia medica e la legislazione di alcuni paesi che hanno affrontato questo problema dalla molteplici sfaccettature. Riguarda infatti trattamenti su basi individuali, programmi ad accesso speciale, interventi non provati nella pratica clinica e infine casi difficili che richiedono delle eccezioni per ragioni umanitarie. Per capire meglio la complessità del problema occorre assumere una prospettiva che tenga conto contestualmente del punto di vista del medico, di quello del paziente e di quello istituzionale, non come se si trattasse di tre linee parallele, distinte e distanti. Al contrario per capire bene le rispettive ragioni e le reciproche

interazioni occorre spostarsi sui tre piani, valutando di volta in volta gli effetti che ne derivano, alla ricerca di un punto di equilibrio che soddisfi le esigenze di tutti e di ognuno. Ovviamente nella ricerca del punto di equilibrio tra i tre assi di questo processo, non si possono mettere in discussione i metodi della sperimentazione clinica consolidati dalla prassi; al contrario, occorre avere sempre come punto di riferimento e come orizzonte di senso quei criteri di regolamentazione che la comunità medico-scientifica e le istituzioni pubbliche condividono a livello internazionale.

Per facilitare il dialogo tra le parti e la reciproca comprensione del problema, il CNB ha più volte suggerito di ricorrere ad una espressione diversa da quella di “cure compassionevoli”, per non confonderle con i legittimi sentimenti di empatia nei confronti di malati gravi e incurabili. La linguistica aiuta a penetrare il senso delle parole, ma in alcuni casi, e questo è uno di quelli, può comportare un effetto distorsivo sulla interpretazione dei concetti e quindi sulla loro applicazione pratica. L’alternativa proposta però: “trattamenti non validati a uso personale e non ripetitivo”, stenta ad entrare nell’uso e ci vorrebbe una *consensus conference* internazionale per promuoverne l’uso. Nei fatti il termine “cure compassionevoli” conserva una sua crescente diffusione perché rimanda ad un quadro clinico caratterizzato da due elementi chiave: da un lato alla condizione del paziente, alla gravità della sua situazione, allo stato di avanzamento della sua malattia; dall’altro pone l’accento sulla mancanza di trattamenti specifici disponibili, per cui non è possibile risolvere la situazione del paziente, che col passare del tempo appare sempre meno aperta alla speranza. Nel sentire comune si ricorre al termine “cure compassionevoli” quando ormai non c’è altro da fare e la compassione è il valore più alto che connota la relazione medico-paziente, in un rapporto interpersonale in cui la dignità di entrambi cerca sempre nuovi modi di esprimersi ricorrendo anche al senso della compassione. Non è vero che non ci sia più nulla da fare: si può sempre accompagnare il malato offrendogli cure compassionevoli, a cominciare dalla com-passione dello stesso medico.

2. L’accesso alle cure compassionevoli

Le cure compassionevoli offrono al malato qualcosa di più e di diverso rispetto a quanto comunemente inteso con il termine compassione e vale la pena ricostruire quando e come si può fare ricorso a queste cure. Prima di tutto ricordando che l’accesso a questo tipo di trattamenti:

- deve avere carattere di eccezionalità,
- non debbono essere disponibili altre terapie validate,
- deve trattarsi di casi gravi di urgenza e emergenza per un paziente in pericolo di vita,
- devono avere una ragionevole e solida base scientifica,
- devono esserci dati pubblicati su riviste internazionali di tipo peer-review,

- debbono esserci evidenze scientifiche robuste almeno su modelli animali,
- debbono esserci risultati di sperimentazioni cliniche almeno di fase 1,
- ma soprattutto avere ben chiaro che non sono un'alternativa, esplicita o surrettizia, alla sperimentazione clinica!

La prescrizione va fatta da un panel di esperti, designati da istituzioni sanitarie pubbliche, in totale trasparenza. È determinante l'assenza di conflitti di interesse, la pubblicazione sia della composizione dei prodotti che dei risultati del trattamento e una spiegazione esauriente ai pazienti sulla potenziale pericolosità di trattamenti non validati. L'onere dei farmaci è a carico dei produttori, mentre il monitoraggio va effettuato da istituzioni sanitarie pubbliche. Solo in queste condizioni i trattamenti compassionevoli si possono ritenere eticamente leciti e rientrano nel generale diritto alla salute.

La medicina, come ogni altra attività scientifica, ha un carattere essenzialmente paradigmatico, che richiede il rispetto di una serie di regole metodologicamente consolidate, centrate sulla verificabilità empirica dei dati e dei risultati raggiunti, sulla loro comunicazione alla comunità scientifica, che li sottopone a verifica costante e sistematica e sulla mancanza di conflitti d'interesse. In questo modo la tutela della salute è esplicitamente soggetta a continue verifiche sul piano scientifico internazionale e a oggettivi riscontri clinici dei trattamenti a disposizione dei pazienti. Tutti i farmaci attualmente disponibili sul mercato sono rigidamente vincolati al rispetto di queste procedure.

Ciò nonostante nella maggior parte dei Paesi negli ultimi anni è emersa l'esigenza di prevedere la somministrazione di farmaci o di altri trattamenti terapeutici anche in assenza di approvazione da parte delle autorità regolatorie. Non si intende, con ciò, mettere in discussione i tradizionali criteri di sperimentazione e utilizzazione dei farmaci o delle terapie, ma si consente, eccezionalmente e sulla base di una prescrizione medica, di utilizzare metodi di cura non ancora approvati, ricorrendo a varie modalità:

- trattamenti off-label, che consentono l'impiego di farmaci per indicazioni, modalità o dosaggi diversi da quelli autorizzati, sempre che esistano sufficienti basi scientifiche di efficacia e tollerabilità;
- trattamenti compassionevoli, che consentono l'uso di un farmaco, non ancora autorizzato, per un singolo paziente o per un gruppo omogeneo di pazienti.

Paradossalmente è proprio la fiducia in una scienza capace di trovare rimedi efficaci per qualsiasi patologia ad alimentare la ricerca di una cura ad ogni costo, anche al di là dei criteri dettati dalla scienza stessa¹. D'altra parte occorre tenere presente un rischio che negli ultimi tempi è apparso con sempre mag-

¹ Charles E. Murdoch, Christopher Th. Scott, Stem Cell Tourism and the Power of Hope in *ivi*, 2010-10 (5).

giore frequenza: la stampa, spesso alla ricerca dello scoop, annuncia con enfasi una scoperta scientifica appena fatta, lasciando credere che abbia già tutti i requisiti necessari per essere applicata sull'uomo e quindi possa dare i risultati auspicati, anche in mancanza di adeguate conferme. La globalizzazione della conoscenza scientifica, che il web rende possibile in tempo reale, alimenta speranze ed illusioni, che mal sopportano le attese previste dalle Agenzie regolatorie. D'altra parte i pazienti affetti da patologie gravi, senza alternative efficaci sul piano terapeutico, vivono nella grande illusione della scoperta che cambierà il loro status, risolvendo una situazione che minaccia di condurli velocemente alla fine della loro vita. Gli stessi medici che si prendono cura di questi pazienti scalpitano nella speranza umana e professionale di poter finalmente porre un punto fermo davanti a situazioni che sembrano peggiorare di giorno in giorno. Si crea in altri termini un gap, apparentemente incolmabile, tra le verifiche sperimentali delle Agenzie regolatorie e l'urgenza delle attese individuali. Questo scollamento può condizionare non solo le scelte del medico – diviso tra la rigorosa applicazione dei protocolli validati e il suo desiderio di non sottrarre nessuna possibilità a chi soffre – ma anche le decisioni del paziente e dei suoi familiari, inducendoli a inseguire qualsiasi promessa terapeutica, anche se non ancora confermata dai controlli scientifici e dalla EBM². Nella percezione dei pazienti giunti a questo livello della loro malattia sono considerati efficaci i trattamenti non soltanto quando potrebbero portare alla guarigione, ma anche quando determinano un miglioramento della qualità della vita, alleviando le sofferenze e migliorando la loro condizione complessiva. Il medico curante ed il paziente in altri termini si muovono lungo un percorso scientifico di validazione appena iniziato, ma non ancora concluso. Ciò nonostante si tratta di un iter plausibile grazie alla documentazione scientifica, anche se non è ancora giunto a termine l'iter che, attraverso l'autorizzazione AIFA, ne permette il commercio. Sempre più difficile in questi casi anche il ruolo delle Istituzioni, soprattutto dal punto di vista del decisore politico, che deve muoversi tra il dovere di evitare una sperimentazione impropria e la sensibilità verso l'ansia dei pazienti e dei loro familiari, che non vogliono lasciare nulla di intentato. Se a tutto ciò si aggiunge la crescente riduzione delle risorse disponibili per la ricerca scientifica e per la somministrazione dei farmaci altamente innovativi di comprovata efficacia, si comprende come si cerchi in tutti i modi di resistere al pressing che esercitano malati e familiari, ricorrendo a manifestazioni di protesta pubblica, per reclamare il proprio diritto alla salute anche in mancanza di dati oggettivi.

La prudenza dell'industria farmaceutica, concentrata nelle mani di poche Aziende, è dettata dai rischi che gli esiti negativi possono comportare per la vita

² Christopher Th. Scott, Mindy C. DeRouen, LaVera M. Crawley, *The Language of Hope: Therapeutic Intent in Stem-Cell Clinical Trials*, in "The American Journal of Bioethics" 2010-1 (3).

delle persone e per loro stesse sul piano economico-risarcitorio. Ma anche loro debbono misurarsi con una industria ancora più potente della loro: quella della comunicazione, che spesso dà luogo a operazioni profondamente distorte, come quando si promettono a pazienti disperati cose che non si possono mantenere³.

Si tratta di uno degli aspetti tipici della cultura del nostro tempo: la globalizzazione della informazione dalle conseguenze sempre più complesse, che rende necessaria una seria riflessione sulla natura e i limiti deontologici dell'informazione scientifica.

3. La medicina personalizzata come nuova frontiera della terapia *ad personam*

L'accesso alle cure compassionevoli, pur nel contesto drammatico in cui nella maggioranza dei casi si impone alla attenzione del medico e del malato, mette in evidenza un altro aspetto della evoluzione della medicina del nostro tempo, quello della medicina personalizzata.

Spesso il riferimento alla centralità del paziente è letto in chiave assistenziale, come un modo per tornare a garantire quella umanizzazione delle cure di cui si sente espropriata la medicina attuale, altamente tecnocratica e fortemente modellata su esigenze di natura economico-gestionale. In realtà la medicina personalizzata non ha a che vedere solo con gli aspetti emotivi con cui medico e paziente interagiscono davanti al dolore e alla sofferenza, davanti alla disabilità e al rischio della morte. Riguarda soprattutto l'identità di ogni soggetto con la sua impronta genetica specifica, irripetibile, con il suo stile di vita, la sua progettualità esistenziale, senza mai escludere però il suo profilo biologico.

È sempre più personalizzato il profilo genetico su cui si fonda la diagnosi e ancor più personalizzato è il piano terapeutico predisposto su misura per lui. In altri termini ci si spinge oltre la categorizzazione in quadri nosografici a cui la cultura medica degli ultimi secoli ci ha abituati per poter formulare una diagnosi. Ci si riappropria della logica della centralità del paziente, considerato come un *unicum* e quindi posto al centro delle interazioni diagnostico-terapeutiche. È un riferimento potente a superare schematismi ed automatismi prescrittivi, serve ad attenuare, a certe condizioni e in determinate circostanze, la rigidità dei percorsi protocollari, indispensabili nella valutazione complessiva dell'efficacia di farmaci e terapie. Non tutte le situazioni possono essere standardizzate e il rapporto tra il paziente e il medico non può essere ricondotto alla ripetitività dei casi simili.

Tutto ciò emerge con singolare evidenza quando si trattano malati rari e si va alla ricerca dei cosiddetti farmaci orfani. Le malattie rare, identificate dal-

³ Boncinelli E, *Genetica e guarigione*, Torino, Einaudi, 2014.

l'Unione europea come uno dei settori della sanità pubblica per i quali è fondamentale la collaborazione tra gli Stati membri, con la Decisione n. 1295/1999, sono state oggetto di raccomandazioni che hanno spinto ad adottare programmi e obiettivi condivisi. Il contesto in cui si collocano attualmente travalica i confini nazionali con una lunga sinergia di progetti come Europlan, Eurordis, Orphanet e prossimamente, nel 2016 le Reti europee dei Centri di eccellenza (ERN). Le politiche di incentivazione nei confronti dei cosiddetti farmaci orfani devono tener conto che l'esiguità del numero di malati per ciascuna patologia presa in considerazione non garantirà mai all'industria farmaceutica un ritorno economico adeguato all'investimento specifico. D'altra parte per gran parte di queste patologie, il SSN non è in grado di offrire percorsi di cura o trattamenti che consentano un miglioramento sensibile della qualità di vita del paziente, anche perché c'è scarsità di esperti capaci di seguire malati, che richiedono la compresenza di più specialisti, facendo lievitare i costi dell'assistenza.

Non di rado il compito di coordinare questi interventi, facendo da collante tra i vari professionisti, tocca alle famiglie, che con il tempo diventano più competenti di molti medici, soprattutto quando il malato è un bambino. Sono famiglie che svolgono un ruolo attivo nella ricerca di nuovi percorsi da sperimentare, anche grazie al web che consente loro di contattare direttamente sia gli esperti nei diversi campi che altri pazienti in condizioni simili alle loro. Ma proprio il web si può trasformare in una trappola in cui aspettative, speranze, illusioni alimentano forti tensioni, lasciano supporre soluzioni inesistenti e pongono non di rado a rischio la vita stessa del malato. Ovviamente ci sono anche esempi positivi, come è accaduto in occasione della diffusione del virus Ebola. L'eccezionalità delle circostanze aveva indotto l'OMS, lo scorso agosto, a valutare positivamente l'uso di trattamenti non validati su esseri umani, ma sperimentati con successo su animali, per trattare pazienti colpiti dal virus di Ebola. A tale riguardo l'OMS ha parlato esplicitamente di "*compassionate use (access to an unapproved drug outside of a clinical trial)*". Un panel di esperti aveva concluso unanimemente che sarebbe stato accettabile su base etica e probatoria usare, come trattamenti potenziali o per prevenzione, terapie non registrate che avessero mostrato risultati promettenti in laboratorio e in modelli animali, ma che non erano state ancora valutate negli esseri umani, purché fossero soddisfatte certe condizioni. Il risultato ampiamente positivo ottenuto negli USA, in Italia e in Spagna ha confermato la correttezza dell'approccio e ha aperto nuove strade per successivi trattamenti con terapie non registrate, ma che avessero mostrato già risultati promettenti.

4. Implicazioni etiche e giuridiche legate alle cure compassionevoli

La cure compassionevoli si collocano quindi su di una delicata linea di confine, che vede da un lato le certezze della scienza, consolidate dalla prassi clinica, e dall'altro timori e speranze dei malati che comunque guardano alla scienza come

una opportunità formidabile, anche se non ancora confermata dalle Agenzie regolatorie. In altri termini la linea di confine non distingue tra i punti estremi di una ipotetica zona, segnata da scientismo e fideismo, in contrapposizione tra di loro. Ma piuttosto accettano la sfida che scaturisce dalla umiltà della scienza, mai completamente soddisfatta di se stessa e dei suoi risultati e per definizione sempre alla ricerca di come poter migliorare la propria performance. L'antropologia medica immagina sempre l'uomo come una creatura di frontiera, alla ricerca del difficile equilibrio tra Fides et Ratio. L'intelligenza umana cerca soluzioni ai propri problemi, di qualsiasi natura siano, e lo fa mossa dalla propria capacità di ragionare e di argomentare, di provare e di verificare i risultati ottenuti. Ma sa bene che non tutto è razionale e che la razionalità non esaurisce le istanze di una realtà complessa, attraversata dalle sue stesse emozioni, dalla sua ricerca di senso, dal bisogno di credere che la vita non si esaurisca nella sua concretezza immediata. Credere nella vita è credere in qualcosa che va oltre la vita. La dimensione etica delle cure compassionevoli trae forza proprio dalla ricerca incessante della scienza che non si accontenta dei risultati ottenuti. Mentre si spinge sempre più avanti, sfidando gli spazi fino ad allora rimasti inesplorati, è consapevole dei rischi che corre, ma lo fa mossa dalla speranza di potercela fare in un tempo più o meno prossimo. Nel frattempo offre ai malati il balsamo della sua misericordia, perché c'è una dimensione intrinsecamente misericordiosa della scienza che non si rassegna al dolore e alla sofferenza dell'uomo e si offre lei stessa come vittima sacrificale, accettando i suoi insuccessi, le sue fatiche, le critiche, e il dubbio pesante di chi non è mai certo di essere sulla strada giusta... Ed è il travaglio del ricercatore che cerca senza aver ancora trovato, pur sperando di poter trovare quanto prima, che affianca la sofferenza del malato e le offre una nuova chiave di senso e di interpretazione.

L'espressione "uso compassionevole" dei farmaci, derivando dall'inglese *compassionate use*, rappresenta una formulazione vaga e imprecisa, riservata a situazioni anche molto differenti fra di loro. Come già accennato, l'art. 37 della Dichiarazione di Helsinki, aggiornata a ottobre 2013, prevede l'ipotesi di "Interventi non provati nella pratica clinica" e consente, sotto la responsabilità del medico e con il consenso del paziente o di un suo rappresentante legale, il ricorso ad un intervento non provato, quando non esistono comprovate cure o quando altri interventi conosciuti non si sono dimostrati efficaci. Ma fino a che punto è possibile derogare dai parametri scientifici, immaginando di rimanere nella comunità scientifica? Fino a che punto è possibile soddisfare i desideri del paziente, senza alimentare illusioni? Fino a che punto l'approccio cosiddetto "compassionevole" può giustificare il fatto che a livello istituzionale siano sottratti mezzi e risorse alle terapie scientificamente validate e quindi riconosciute nella loro prescrivibilità? Fino a che punto può essere lasciato all'insindacabile giudizio del singolo medico, eventualmente con l'avallo di un giudice, il ricorso a terapie non validate? La domanda di fondo è: quale rapporto esiste tra il diritto alla

salute e la libertà di cura? A questa domanda occorre però affiancarne un' altra: fin dove può e deve spingersi il ricercatore, senza dire basta... fino a quando deve perseguire una strada senza fermarsi davanti agli insuccessi. Sono domande che riecheggiano quelle del paziente: fino a quando dovrò soffrire e fino a quanto devo continuare a soffrire... Il crinale lungo il quale si incontrano queste domande è rappresentato da un lato dalla misericordia del ricercatore, che fa sua la sofferenza del malato e dall'altro dalla sua tenacia, che non si rassegna fin tanto che non ottiene i risultati sperati. Sempre più spesso oggi il diritto alla salute viene inteso in un'accezione molto più ampia che, oltre ad includere la qualità di vita, si estende anche alle attese e alle speranze di vita, reclamando una vera e propria esigenza di "compassione", che comprende tutto quanto sia possibile fare per alleviare il malessere non solo fisico ma anche esistenziale del malato, pur non potendo né ottenere né sperare in alcuna guarigione.

Un altro aspetto eticamente rilevante che le cure compassionevoli pongono a livello istituzionale riguarda il loro costo e pongono il problema di chi debba pagarle. La prescrizione di un farmaco all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) implica un controllo sulle modalità di somministrazione e una valutazione della distribuzione delle risorse. Si tratta di un procedimento complesso che pur partendo dalla vicenda individuale, va oltre e coinvolge l'intera organizzazione sanitaria. Il CNB ha recentemente ribadito in un suo documento che, ferma restando la responsabilità del medico nella somministrazione di qualunque trattamento terapeutico, su richiesta espressa e consapevole del paziente, la somministrazione di prodotti non validati scientificamente è giustificata, purché non siano a carico del SSN. Per comprendere il rapporto tra diritto alla salute e libertà di cura occorre tener presente che la libertà di cura è un aspetto fondamentale del diritto alla salute, ma non ne esaurisce il contenuto e soprattutto non definisce neppure l'aspetto principale di questo diritto, perché l'assistenza sanitaria esige una regolamentazione e un coordinamento delle funzioni e delle prestazioni, che non è possibile affidare integralmente alle scelte individuali.

In altre parole, dinanzi alla dichiarata impotenza della medicina evidence-based, il paziente si pone il problema se sia "libero" di cercare altrove una cura ad ogni costo, dando quindi priorità alla sua autonomia. In generale, qualora vengano richiesti interventi non approvati nella pratica clinica, viene spesso avanzata la tesi che si tratti di un aspetto della libertà di cura, quello "rivendicativo" o "pretensivo", che esprime la rivendicazione, da parte del paziente, a ricevere un trattamento non ancora validato dalla comunità scientifica, ma del quale i dati disponibili fanno presagire la possibilità che possa trarne giovamento. Ma nella prescrizione di cure compassionevoli entra in gioco anche la libertà del medico, il quale opera secondo criteri di appropriatezza professionale e secondo coscienza. Il confine, pur controverso e problematico, fra trattamenti appropriati e non appropriati definisce l'attività medica e assume una

particolarissima importanza proprio quando le cure richieste non risultano conformi agli ordinari standard medico-scientifici. Il discrimine tra cure compassionevoli ammesse e cure che non lo sono è molto più sottile di quanto non possa apparire ad una valutazione iniziale ed è necessario non soltanto per la sostenibilità del SSN, soprattutto in termini di disponibilità di risorse, ma anche per l'autonomia e la responsabilità professionale di chi opera in ambito sanitario. In questa chiave va interpretata la sentenza della Cassazione (sez. lavoro, 20 maggio 4 settembre 2014, n. 18676) che ha ribadito come il diritto alla salute non sia suscettibile di affievolimento e il paziente abbia, quindi, un diritto ad ottenere cure tempestive e gratuite, anche se non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale, sempre che queste prestazioni rispettino i principi di "appropriatezza" e di efficacia del farmaco o delle terapie, entro i parametri fissati dalle norme di legge.

Anche in questo caso bio-etica, bio-medicina e bio-diritto trovano un punto di convergenza interessante se ci si pone nella prospettiva che integra il diritto del paziente a ricevere le cure necessarie, il diritto-dovere del medico a prescriberle nel massimo rispetto dei criteri scientifici disponibili fino a quel momento e nel diritto-dovere delle istituzioni a garantire solo ciò che fondatamente rappresenta un bene per il paziente.

In conclusione

Il diritto del paziente alla cura, e quindi la tutela della sua salute, è innanzitutto il diritto a trattamenti accertati attraverso rigorosi percorsi di sperimentazione secondo criteri etici e metodologici condivisi dalla comunità scientifica e disciplinati dall'ordinamento giuridico. Ma questo diritto è esigibile solo sulla base di una adeguata "formazione" del malato, che dà o rifiuta il suo consenso ad un determinato trattamento sulla base della informazione che ne ha. Il diritto del medico è quello di poter sempre agire in scienza e coscienza, svolgendo un ruolo di cerniera insostituibile tra le esigenze del malato e quelle del SSN. In questo contesto il SSN nell'erogazione dei farmaci e dei trattamenti sanitari svolge un duplice ruolo di riconoscimento della conformità ai parametri di legge e di controllo sulla congruità della spesa, in relazione alle esigenze individuali e agli interessi della collettività.

Papa Francesco, nella bolla con cui ha indetto il prossimo Giubileo della Misericordia "Misericordiae vultus" ha affermato: «Affideremo la vita della Chiesa, l'umanità intera e il cosmo immenso alla Signoria di Cristo, perché effonda la sua misericordia come la rugiada del mattino per una feconda storia da costruire con l'impegno di tutti nel prossimo futuro. Come desidero che gli anni a venire siano intrisi di misericordia per andare incontro ad ogni persona portando la bontà e la tenerezza di Dio!». È un auspicio che coinvolge in modo particolare tutti coloro che si prendono di malati e di disabili, operatori sanitari e operatori di misericordia al tempo stesso...

I paradossi di una misericordia impossibile: lazzaretto, lebbrosario, manicomio

DI ADELFO ELIO CARDINALE

Riassunto

Il cammino della civiltà spiega i progressi della medicina. La misericordia - spirituale e corporale - rientra nei canoni della buona medicina. Purtroppo per secoli e secoli le strutture dedicate agli infermi (lazzaretti, lebbrosari, manicomio) erano istituzioni coercitive, dove i pazienti erano definiti talora "deiezioni dell'ordine sociale". La loro gestione era priva di significato medico. Da presunti luoghi di sostegno ai malati divenivano caravanserragli di raccolta informe, ove il medico spesso si limitava a seguire l'ordinaria amministrazione dei decessi.

Occorre ricomporre, anche oggi, i saperi e ricondurre il malato da numero a individuo. La medicina umana va collocata in primo piano nell'agenda dei problemi della salute. Per una misericordia ritrovata e praticata.

Parole chiave: *Istituzioni coercitive, Strutture prive di significato medico, Sviluppo della civiltà, Medicina umana, Misericordia ritrovata e praticata.*

Summary

The progress of civilization explains the progress of medicine. Mercy - both spiritual and physical - is part of the principals of good medicine. Unfortunately for many centuries the facilities dedicated to the sick people (leper and mental hospitals) were coercive institutions, where the in-patients were sometimes defined "dregs of society". Their management was devoid of medical meaning. From being a place for the help of the sick they became a chaotic place, where the doctor often preferred not to go beyond the routinely account of the deads.

It is necessary, even today, to reunite the knowledge and to consider the patients as individuals, rather than mere numbers. The human medicine has to be put on the forefront of the health problems agenda. For a found and practiced mercy.

Key words: *Coercive institutions, Structures devoid of medical meaning, Human medicine.*

1. Medicina e misericordia

Il titolo di questo articolo ha subito fatto sovvenire nel mio animo una citazione e un ricordo. Kurt Sprengel – medico, docente di patologia, botanico, ma soprattutto intellettuale dotato di sapere enciclopedico – ha scritto nel suo *Saggio di una storia pragmatica dell'arte medica*: «Solo il cammino della civiltà può spiegare l'origine, i progressi e la decadenza delle scienze in generale. Bisogna osservare con attenzione, se si vuol far sì che la storia della medicina diventi realmente utile e istruttiva, lo sviluppo progressivo dello spirito umano, al fine di concepire correttamente le diverse dottrine mediche, di penetrare lo scopo dei tentativi, anche inutili, compiuti per pervenire alla verità, e di rettificare il sistema che noi stessi abbiamo scelto. La storia della civiltà e dei progressi dello spirito umano sembra la vera base di quella delle scienze in genere e della medicina in particolare».

La memoria. Prima della laurea in medicina e chirurgia trascorsi alcuni mesi, quale allievo interno, nell'istituto universitario allora denominato “Clinica delle Malattie Nervose e Mentali”.

Dalla farsa al dramma. Veniva portato a lezione un povero demente che si autoproclamava “Re Coco Omero”, tra il diletto di molti studenti, medici e personale, che consideravano questo impegno accademico come uno spettacolo, quasi un'opera buffa, con frizzi, lazzi e risate. Da alcune finestre della clinica si vedevano struttura e giardino del contiguo manicomio (che mi rifiutai sempre di frequentare), dove erano ricoverati – o meglio segregati – i pazzi. Spettacolo inenarrabile per la lurida sporcizia delle persone e del vestiario, per i trattamenti violenti, per i comportamenti indecorosi, con turpitudini indicibili. Un trauma che non mi ha più abbandonato.

Le gestione degli infermi è un problema di civiltà. Che dipende dalle barriere culturali, specifiche di ogni epoca e che via via si ripropongono. Medicina circolare. Se fossi Tacito terminerei così questo mio scritto.

Secondo i dizionari e i catechismi cattolici, con il termine misericordia si intendono gruppi di azioni, distinte in due serie ciascuna di sette. La prima serie comprende opere di misericordia spirituale: consigliare i dubbiosi, insegnare agli ignoranti, ammonire i peccatori, consolare gli afflitti, perdonare le offese, sopportare le persone moleste, pregare Dio per i vivi e per i morti. Il secondo elenco si riferisce ad azioni di misericordia corporale: dar da mangiare agli affamati, dar da bere agli assetati, vestire gli ignudi, alloggiare i pellegrini, visitare gli infermi, visitare i carcerati, seppellire i morti.

Gran parte di queste lodevoli azioni, opere e sentimenti rientrano in una corretta concezione della medicina. Le applicazioni, gli insegnamenti, le devianze e le eventuali conseguenze divengono controproducenti o gravemente dannose quando manca il giusto veicolo di luce culturale, capace di indagare l'uomo nei recessi più intimi. Infatti il termine latino *miser cordia* – in base al suo senso letterale originale – significa avere il proprio cuore, *cor*, vicino ai poveri, *miseri*.

La misericordia non è solo un problema interno alla teologia, ma – secondo Karl Marx – è anche, in seno al confronto con l'ideologia moderna, un problema sociale.

Le idee sono momenti senza materia – in accordo con Andrea Carandini e Paolo Conti – che però hanno una loro forma, a volte magari frammentaria, per cui essa va integrata e ricostruita. L'uomo è immerso in un proprio passaggio di idee, destinato a cambiare continuamente, capovolgendo certezze e proponendo dubbi sempre nuovi e ogni giorno più complessi.

Anche la medicina diviene veicolo di luce culturale e di democrazia, capace di indagare l'uomo contemporaneo nei suoi recessi più bui, contribuendo a far crescere nel medico la dimensione spirituale. Le capacità di uomini e istituzioni che vogliono aiutare e tutelare i diritti dei più deboli, degli esclusi, dei poveri – dei “diversi”, nel senso più ampio – devono basarsi sulla sensibilità come talento collettivo.

Oggi viviamo nell'era della tecnologia sempre più pervasiva, dell'uomo bionico, del post-umano. La tecnoscienza determina criticità nell'approccio umanistico alle tematiche contemporanee. Problemi emergenti che nella loro dinamica spirituale ricordano o riprendono quelli antichi e sembrano obbligare a una rottura rispetto alla cornice tradizionale, a una vera e propria faglia che fa crollare l'intera costruzione umanistica.

Francesco Paolo Casavola evidenzia che siamo di fronte a una rivoluzione culturale postmoderna, la bioetica e riporta l'art. 2 della convenzione di Oviedo, sul primato dell'uomo: «L'interesse e il bene dell'essere umano debbono prevalere sul solo interesse della società o della scienza». Dunque è qui codificato il rimedio con cui la razionalità occidentale tende a superare la psicosi collettiva dilagata all'indomani della conclusione del secondo conflitto mondiale dinanzi alla sovranità della tecnica. Vi son bene delineati i tre attori: l'essere umano, la società, la scienza, nonché la gerarchia dei rispetti interessi. Il bene dell'essere umano non può mai essere subordinato al solo interesse della società o al solo interesse della scienza.

Non siamo, quindi, al tramonto dell'uomo, ma la metamorfosi tecnoscientifica – che non va intesa in senso salvifico – deve portare ad un nuovo angolo prospettico della conoscenza e dei saperi, date le condizioni e le differenze profonde. Inalterate, comunque, rimangono gnoseologia ed epistemologia della cura, intesa come il preoccuparsi di procurare ciò che consente di conservare la vita. Nel volume “Filosofia della cura” di Luigina Mortari si ricorda come nel greco antico si trova il termine *merimna*, che ricorre di frequente nei Vangeli. In estrema sintesi una pratica, che come tale va indagata e indica la preoccupazione di far fronte al compito di vivere e di salvaguardare la possibilità di continuare ad esserci.

Quello che gli antichi sapevano la medicina moderna ha dimenticato, continua la Mortari. Dimenticato che corpo e anima sono tutt'uno e, quindi, la cura chimica deve procedere integrata con quella spirituale. Nel *Carmide*, Platone spiega che il rimedio alla malattia non consiste solo nel farmaco biologico – le

erbe – ma anche nel farmaco fatto di *logoi*, cioè di buoni discorsi; l'uno e l'altro debbono essere usati insieme. Socrate, rivolto al giovane *Carmide*, spiega che : “Non ci si deve mettere a curare gli occhi senza la testa, né la testa senza il resto del corpo, così come neppure si deve curare il corpo senza l'anima”. Per una certa medicina razionalizzante e riduttivistica il malato è un corpo. Invece è una persona. Non è una sostanza immateriale che non sente in modo sensibile, ma è un'anima corporea o un corpo spirituale.

In questo contesto intellettuale di idee e valori è necessario aprire una parentesi, sia pur breve per il limitato perimetro di un articolo di rivista.

La medicina – “arte lunga” secondo la bella e significativa espressione di Ippocrate – ha lo scopo di tutelare la salute, curarla e recuperarla quando è perduta. La sua origine nasce con l'uomo, come ci ricorda Nicola Latronico. La prima visita medica fu fatta nelle caverne della preistoria. È logico infatti pensare che già l'uomo primitivo, abitatore degli anfratti, guidato dall'istinto, non molto diversamente dagli animali, tentasse di alleviare in qualche modo le sofferenze causate dai traumi o dalle malattie. Così lambì le ferite, si liberò dalle spine, bevve e si bagnò con acqua fredda nell'arsura della febbre, fece riposare gli arti ammalati o feriti, disimpegnò i più semplici bisogni del parto. A questa rudimentale espressione medica che risale all'alba della vita della specie umana, gli storici han dato il nome di «medicina istintiva».

In seguito l'uomo non riuscendo a dare a se stesso una ragione dei fenomeni piacevoli, spiacevoli e talvolta paurosi della natura, li interpretò come espressione di forze soprannaturali, propizie o avverse. E fu allora che sotto l'influenza di un miscuglio di demonismo, di religiosità e di magia, l'esercizio della medicina divenne monopolio di stregoni, maghi e sacerdoti: medicina magica, demoniaca, sacerdotale.

Successivamente la medicina, pur intrisa di magia e religione, si orienta verso l'osservazione clinica dei fenomeni, determinando la nascita e il successivo sviluppo della medicina scientifica. Dapprima nella Magna Grecia (l'Italia illustre di Sofocle), poi nella scuola del sommo Ippocrate di Kos. Dopo subentrò Galeno, infallibile medico-filosofo del mondo greco-romano.

Galeno rimase il maestro, l'autorità perfetta inconfutabile e quasi dogmatica per oltre 1.500 anni, sino all'Illuminismo; fu credente convinto nell'esistenza di un essere supremo, creatore dal quale proviene l'esistenza di tutte le cose. Il corpo per lui era strumento dell'anima. Le sue esortazioni a una condotta sobria e temperante nell'alimentazione e nel sesso – unite alla sua spiritualità religiosa – ebbero presto l'appoggio dei Padri della Chiesa, contribuendo a rendere le dottrine galeniche immutabili e inattaccabili per quasi due millenni.

L'età di mezzo, detta anche se ingiustamente, notte medioevale, inizia con il dissolvimento del sapere antico e termina quando, con la nascita degli ospedali e delle università, con l'inizio degli studi anatomici, con la stampa dei primi libri, con l'affermarsi della coscienza individuale e della personalità dell'uomo, splendono anche per la medicina le prime luci del Rinascimento.

Nell'alto Medioevo il patrimonio classico greco-romano fu salvato dal Cristianesimo in occidente e dagli arabi in oriente e in tutti i territori della loro conquista. Non possono sottacersi le realizzazioni di S. Benedetto da Norcia, il quale fra le regole del suo Ordine impose la cura degli infermi. "Infirmorum cura ante omnia et super omnia adhibenda est". Sorsero infermerie, scuole di medicina, coltivazioni di piante medicinali.

2. Lazzaretti, manicomi e lebbrosari

Tra le strutture sanitarie di ricovero e cura furono edificati – specie per le gravi malattie epidemiche, contagiose e diffuse – lazzaretti, lebbrosari, manicomi. Questi ultimi quali ricoveri coercitivi per malati o disagiati mentali o pazzi. Desta qualche curiosità l'origine di tale parola. Nella medicina assiro-babilonese si annoverava un demone maligno chiamato Patzuzu. Chi ne era posseduto diveniva il "patzuzu" il quale compiva cose illogiche, secondo il senso comune della gente. La gestione della follia è un grande racconto di dolore, oltre che una questione sociale, con miriadi di storie dimenticate di poveracci e presunti devianti, definiti financo "deiezioni dell'ordine sociale". Si interseca una evoluzione del pensiero psichiatrico, con costruzione tecniche e dottrinali. Anton Èchov, medico e grande scrittore, ha ben descritto questo mondo, ove taluni consideravano la psichiatria garante contro il pervertimento della legge morale.

Nel saggio "Ammalò di testa" Annacarla Valeriano evidenzia che la quotidianità era scandita dalla promiscuità, dalle violenze, dall'attesa di notizie, dalla condivisione delle proprie sofferenze con altri compagni e compagne di sventura; insieme a loro era necessario eseguire i compiti ordinati dal personale: alimentarsi spontaneamente o forzatamente, a seconda dei casi, lavarsi, passeggiare in cortile senza dare fastidio, applicarsi al lavoro, far comprendere che ci si era «adattati all'ambiente» - ultima tappa della penosa «carriera del folle» - e che una dimissione in prova poteva essere possibile.

Senza entrare nei dettagli di ogni struttura costrittiva – da molti conosciuti o intuiti – sono sufficienti le parole del nostro grande Alessandro Manzoni ne "I promessi sposi". «S'immagini il recinto del lazzaretto, popolato di sedicimila appestati; quello spazio tutt'ingombro, dove di capanne e di baracche, dove di carri, dove di gente; quelle due interminate fughe di portici, a destra e a sinistra, piene, gremite di languenti o di cadaveri confusi, sopra sacconi, o sulla paglia; [...] e qua e là, un andare e venire, un fermarsi, un correre, un chinarsi, un alzarsi, di convalescenti, di frenetici, di serventi».

Riportiamo brani – per noi assai significativi – dalla biografia del barone Pietro Pisani, fondatore della "Real Casa dei Matti" in Palermo, di Germana Agnetti e Angelo Barbato i quali fanno rilevare che l'accostamento tra pazzi e lebbrosi non è d'altronde peculiare della storia siciliana, anzi è stato individuato da Foucault come una costante della storia dell'Occidente europeo, tanto da farne il punto di partenza della sua *Storia della follia*. Secondo l'Autore francese alla fine

del medioevo la lebbra scompare gradualmente dal mondo occidentale, per motivi non ben chiariti. Ai margini delle comunità, soprattutto nei pressi delle città, rimangono vuoti gli spazi che per secoli i lebbrosi hanno occupato. Citiamo direttamente dalla *Storia della follia*: dal XIV al XVII secolo aspetteranno [gli spazi] e solleciteranno, attraverso strani meccanismi, una nuova incarnazione del male, un'altra smorfia della paura, magie rinnovate di purificazione e di esclusione. Proprio la follia sarà questa nuova incarnazione. Foucault più avanti continua.

Sparita la lebbra, cancellato o quasi il lebbroso dalle memorie, resteranno queste strutture. Spesso negli stessi luoghi, due o tre secoli più tardi si ritroveranno stranamente simili gli stessi meccanismi di esclusione. Poveri, vagabondi, corrigendi, omosessuali, teste pazze riassumeranno la parte abbandonata del lebbroso.

Quindi nuove istituzioni vengono ad occupare gli antichi lebbrosari, di cui ereditano i beni, per decisioni ecclesiastiche o per decreti reali, ma anche gli oscuri poteri legati all'immagine del lebbroso e a quella di spazi maledetti. Prende così corpo secondo la tesi di Foucault, il «grande internamento» dei devianti in grandi istituzioni segreganti che si sviluppa nella sua pienezza soprattutto a partire dal '600 in corrispondenza col rafforzarsi degli stati assoluti. Esso sarebbe il corrispettivo moderno della segregazione dei lebbrosi nel medioevo.

Nel mondo dell'internamento quale emerge dalle pagine della *Storia della follia* la figura del pazzo però si confonde e perde i connotati autonomi che aveva conservato nella società medievale. Egli viene riassorbito in una massa indifferenziata di devianti, unificati dal comune destino della segregazione. Le istituzioni deputate a questo scopo prendono nomi diversi nei vari paesi d'Europa: *Hôpitaux généraux* in Francia, *Workhouses* in Inghilterra, *Zuchthäuser* in Germania. In esse troviamo mescolati pazzi, ladri, donne di malaffare, libertini, nobili dissipatori e perfino bestemmiatori ed eretici.

La gestione di queste istituzioni è priva di significato medico, assumendo piuttosto un aspetto correzionale, e rimanda direttamente al ruolo sociale a cui sono preposte. La stessa ammissione degli internati avviene su disposizione delle autorità giudiziarie o statali (per esempio mediante *lettres de cachet*), senza implicazioni di ordine sanitario.

Nell'analisi di Foucault colpisce indubbiamente, in quanto lo ritroviamo a Palermo come altrove, il nesso tra lebbra e follia, in cui la prima rappresentava oggetto di stigma nella società medievale e la seconda nella società rinascimentale e moderna.

La stessa contiguità fisica, sia nel senso di una commistione, come avvenne all'Ospedale di San Giovanni a Palermo, sia nel senso di una successione dei pazzi ai lebbrosi, è un fenomeno ampiamente riscontrato in molte città italiane. I manicomî di Aversa, Reggio Emilia, Firenze, Perugia (non a caso tra i più antichi d'Italia) hanno avuto origine da stabilimenti che accoglievano i lebbrosi e altri ammalati affetti da malattie ripugnanti o ritenute pericolose: tisi, scabbia e altre patologie cutanee.

Strutture, in sintesi, che da presunti luoghi di accoglienza e sostegno di malati affetti da diverse patologie, si sono dimostrate caravanserragli di raccolta informale, con finalità di fatto primitive e correzionali. Dove il medico si limita a seguire l'ordinaria amministrazione dei decessi. Solo dopo secoli si percepì il paradosso di questi luoghi deputati a terapie e sostegno: obiettivi e conclusioni sanciti dall'evidenza empirica, che comportano una revisione dei presupposti.

L'alienato si identificava con il malaffare e l'unica terapia era la violenza. Molti studiosi affermano la inscindibilità della storia della medicina da quella politica e sociale. Giorgio Cosmacini – nel libro “Medicina e Rivoluzione” – avalla questa analisi e attribuisce alla rivoluzione francese l'innovazione (che taluni definiscono strabiliante o mitica) di Philippe Pinel, il quale toglie i ceppi a cui erano incatenati gli infelici dementi. Abolire le catene come paradigma di una riforma medica, figlia di una rivoluzione sociale. Pinel – sempre secondo Cosmacini – diviene emblema della moderna psichiatria, la cui terapia primaria è il trattamento morale, fondato su dolcezza e filantropia, senza alcuna violenza. Su queste impostazioni ideali e culturali Franco Basaglia – che fu il promotore della legge n°180 sulla riforma dei manicomi – viene definito il Pinel italiano.

Nell'epoca contemporanea Deleuze e Guattari in Francia, Donald Laing in Inghilterra, Oliver Sacks negli Stati Uniti propongono una revisione delle malattie mentali, un'analisi profonda della zona oscura tra la vita e la morte, quasi una “resurrezione laica”. Vengono così analizzati e studiati i mutamenti che intersecano l'orizzonte della vita come meteore, infrangendo precari equilibri.

Questi e altri sperimentatori, come sottolinea Enrico Deaglio, propongono una neuropsichiatria gentile, una malattia con cui si può convivere, senza mai dimenticare che ogni persona fragile è sempre diversamente umana. Concetti condivisi dal noto storico delle scienze mediche, Jacques Le Goff, il quale afferma che per la medicina il Medioevo è terminato solo nel XVIII secolo.

3. Per un ritorno alla misericordia negata

Nell'epoca attuale il forte sbilanciamento tra la componente antropologica e tecnologica della medicina, può comportare un ritorno alla misericordia negata per una medicina fattuale senz'anima. Il distacco tra tecnologia e umanesimo rischia di riprodurre un'umanità che invece di governare le macchine, è dominata da queste. Generazioni di gente abilissima nel compiere ogni virtuosismo tecnico e ignara dell'uomo, di tutto ciò che è spirituale e dell'universo sociale. Ma la scienza biomedica non può curare il paziente riducendolo a un puro “portatore di un malanno”, ma come un “uomo malato”.

La ricerca scientifica biomedica ha raggiunto straordinari traguardi di sviluppo tecnico, chimico-fisico, elettronico, nano-sperimentale. L'epoca del post-umano, con una vera e propria medicalizzazione dell'esistenza. Il corpo considerato, in maniera riduzionistica, un assemblaggio di meccanismi che si possono

riparare, ove il complesso spirituale dell'uomo viene spesso considerato menzogna o eccedenza.

Occorre ricomporre i saperi e ricondurre il malato da numero a individuo, con una maggiore percezione dei bisogni dei pazienti. Una vera e propria anastilosi, una ricostruzione dell'antica medicina, utilizzando i lontani ideali nel quadro di un dinamico divenire e nel rispetto del primato dell'uomo. Riposizionare la persona al centro della relazione di cura, con un recupero autentico delle antichissime radici umanistiche della medicina, fondate su rispetto, ascolto, spirito critico, speranza, solidarietà.

Il malato non è un numero in corsia o una algida patologia, come per esempio dice spesso il medico: il 18 della camera A o la polmonite del letto 22. È necessario il rispetto della persona, senza saccenza o distante arroganza. Un contributo alla tolleranza anche con il potere salvifico della giusta parola.

Bisogna ritornare al significato vero di parole antiche. Il termine *therapeia*, cioè cura, deve riacquistare il significato originale di servizio che vuol dire compiutamente sollecitudine, premura, interesse per qualcuno.

Il rapporto medico-paziente, da tempo memorabile, è saldato da un legame prevalentemente umano, che non presenta solo fondamenta scientifiche, ma è basato sulla "religio medici", cioè la religione medica del dovere, inerente sia alla sacralità dell'uomo che all'etica caritativa verso il soggetto debole. Tale rapporto complesso verso l'essere vivente nella sua totalità – con funzioni pedagogiche e di tutela – si sintetizza nella *pietas*, vale a dire attenzione alle sofferenze del paziente, con una comprensione partecipe dei suoi patimenti, anche attraverso la pratica.

L'attenzione al dolore fisico e morale avviene con il Cristianesimo, assumendo anche funzione salvifica in quanto prende a modello di vita il Cristo sofferente. I filosofi antichi, per contro, non si erano molto occupati del dolore, pur essendo fenomeno universale e la mitologia narrava solamente che Alcea – i dolori che fanno piangere – era figlia di Eris, dea dell'oscurità. Questo ci tramanda Esiodo nella Teogonia. Si ignoravano gli spazi siderali del vissuto e del dolore umani.

Dialogo, comunicazione, informazione, ascolto, medicina narrativa, consenso informato che deve divenire consenso condiviso: sono questi alcuni dei cardini della buona medicina. Un'adeguata informazione deriva da molteplici aspetti clinici, ma anche non clinici e dal coinvolgimento attivo del paziente; essa richiede, infatti, un rapporto bidirezionale tra paziente e operatore sanitario, e non soltanto un'erogazione unidirezionale di informazioni dall'operatore sanitario al cittadino. Un'adeguata informazione permette al paziente di contribuire alla scelta delle terapie proposte dal medico; aumenta l'adesione e il rispetto delle prescrizioni terapeutiche, essendo queste frutto di una decisione condivisa; facilita il concerto di opinioni, la fiducia e la possibilità per il paziente di chiedere chiarimenti su eventuali dubbi; consente al paziente di individuare le sensazioni e gli effetti collaterali da riferire al medico.

Il medico che ha di fronte un malato da curare, si trova nello stesso tempo di fronte alla domanda sul senso della vita sua e di quella altrui. Pertanto di fronte a un uomo sofferente i medici sono chiamati a un'attività complessa e profonda, che è più di una mera prestazione professionale e che nessun manuale di medicina sarà in grado di insegnare. Altrimenti da "sacerdozio professionale" la medicina diviene lavoro burocratico. Il medico non può essere un frigido automa che tratta ogni paziente come semplice applicazione di protocolli precostituiti.

Emerge la necessità di nuovi metodi e contenuti formativi, per i quali occorrono equilibrio e sintesi tra esigenze diverse. Una valida medicina – etica, equa, solidale – ha una stretta interrelazione con lo stato sociale e il bene comune: una costruzione sulla quale si incardina il diritto all'eguaglianza sociale, all'omogeneità territoriale, al paritario accesso ai servizi. Una didattica innovativa, fondata su più dimensioni: culturale e pedagogica; psico-emotiva; etica; estetica.

Il mantenimento della prossimità medico-malato costituisce un vincolo, percepito dall'accudito come espressione di affetto e protezione. Il buon medico è colui che sa unire l'oggettività all'umanità. Una navigazione oltre i confini formali della professione, connotata da molte incertezze. Avere dubbi significa possedere coscienza.

Il malato è un solitario, poiché nessuno potrà immedesimarsi compiutamente nei suoi bisogni e nel suo destino. Per il medico il dolore è il lievito morale necessario. Con riferimento anche all'etica grigia del lavoro quotidiano, senza palcoscenici o riflettori. Prendersi cura costituisce una peculiare, vigorosa e delicata funzione sociale. È necessario – in accordo con Umberto Veronesi – un nuovo "patto per il paziente", con il medico impegnato a costruire un profilo psicologico del malato. Una fase nuova : la medicina della persona. Infatti una scelta condivisa rende più efficace la cura.

Concetti che riprendono, in termini evoluti e adeguati ai tempi, il pensiero di un colosso della filosofia, Immanuel Kant. Nella "Critica della ragion pratica" il pensatore scriveva: "Considerare sempre l'essere umano nella sua espressione individuale, come in quella collettiva, come fine e non come mezzo".

La medicina umana va collocata in primo piano nell'agenda dei problemi della salute dell'uomo. Ricollegandosi alla millenaria saggezza e ai saperi canonici dei padri fondatori, ma ampliando e integrando il distretto culturale, come strategia di sviluppo. Dentro ogni camice bianco deve esserci l'uomo. Per una misericordia ritrovata e praticata.

Parafrasando Kirkegaard la medicina, come la vita, va vissuta in avanti, ma può essere capita solo all'indietro. Mentre davanti alla biomedicina si stende l'immenso oceano della verità ancora insondato.

La misericordia dell'infermiere

DI MARIANGELA ROCCU

Riassunto

Il sintetico excursus storico ricorda che la professione infermieristica affonda le sue radici in tempi remoti e nasce con la donna, per le sue caratteristiche dalle sfumature assistenziali che hanno permesso la costituzione di una vera e propria "rete sanitaria".

Lo spirito evangelico misericordioso e caritatevole della Chiesa, soprattutto a partire dal Medioevo, cerca di contrastare la progressiva decadenza dell'assistenza ai malati con la creazione di nuovi ordini monastici e religiosi, in cui particolarmente le suore, sono dedite alla cura dei sofferenti. Gli obiettivi capaci di coniugare il tecnicismo con l'amore evangelico, indirizzati alla dignità di ogni uomo, sono espressi magistralmente nelle lettere encicliche "Dives in Misericordia", di San Giovanni Paolo II, in "Deus Caritas Est" di Papa Benedetto XVI e "Misericordiae Vultus"-Bolla di indizione del Giubileo Straordinario di Papa Francesco. È proprio Papa Francesco a sottolineare che: "La credibilità della Chiesa passa attraverso la strada dell'amore misericordioso e compassionevole". L'auspicio è che in futuro, l'uguaglianza formativa plasmi gli infermieri con il carattere distintivo dell'amore e della misericordia di Dio, attraverso l'equilibrata coesistenza di ricerca e prassi, di qualità del servizio e di dedizione nello svolgerlo, per riaffermare dignità e diritti alla persona malata.

Parole chiave: Enciclica, Misericordia, Storia assistenza infermieristica, Umanizzazione, Legislazione infermieristica, Teoria nursing.

Summary

A brief historical analysis of the Nursing profession reveals that it has its roots in the distant past. Nursing was born as a female profession because of a woman's characteristic traits of assistance to the sick. This led to the constitution of a proper "sanitary network". The Church's spirit of mercy, charity and evangelisation, above all from the Middle Ages on, attempts to contrast the progressive falling of standards in the care of the sick, with the creation of new monastic and religious orders (particularly among nuns) dedicated to the care of ill people. In the Encyclical letters "Dives in Misericordia" written by Saint John Paul II, in "Deus Caritas Est" by Pope Benedict VI, and Pope Francis "Misericordiae Vultus"-Proclamation of an Extraordinary Jubilee in 2015, we can see the expression of the Church's objectives of combining nursing methods with evangelical love directed at the dignity of each man. Pope Francis highlights the fact that "the credibility of the Church is shown through its emphasis on merciful and compassionate love".

It is hoped that, in the future, nurses formative training will be in the spirit of equality, with the distinctive characteristic of love and God's mercy, through a balanced coexistence of research and practice, of quality of assistance and dedication, in order to reaffirm the dignity and rights of the sick.

Key words: Encyclical, mercy, The history of nursing, Humanization, Nursing legislation, Nursing theory.

La storia della moderna scienza infermieristica, il nursing, così come oggi la concepiamo con le sue competenze, rappresentato da modelli teorico concettuali rigorosamente e scientificamente definiti e fatti oggetto di studio e di applicazione all'esercizio professionale quotidiano teso al prendersi cura della persona, ha avuto origini e trasformazioni contestualizzate nel tempo e nei diversi Paesi. La nuova formazione e la ridefinizione delle competenze e dell'autonomia formulate, secondo la logica dei profili, hanno tracciato il nuovo percorso professionale. L'attuale assistenza infermieristica è rappresentata, pertanto, dall'orientamento volto al soddisfacimento dei bisogni, al benessere della persona assistita, al miglioramento delle relative tecniche attraverso un comportamento corretto, in cui sono alla base i presupposti scientifici, i valori etici, le regole deontologiche, il confronto con altre professionalità. Nella ricerca infermieristica il malato resta protagonista di un percorso definito e volto a migliorare la sua qualità di vita.

Le conquiste faticosamente acquisite nell'ambito della formazione, dell'organizzazione, della dirigenza, sono una storia molto recente, se paragonata al percorso di altre discipline nel campo della salute e di altri ambiti professionali che da qualche tempo si sono affermate e le cui immagini e valenze sono di indiscusso prestigio e riconoscimento sociale.

Una forma di assistenza infermieristica non formalizzata è probabilmente sempre esistita (prestata principalmente dalle donne). La professione infermieristica, quindi, affonda le sue radici in tempi remoti e nasce con la donna, per le sue caratteristiche dalle sfumature assistenziali presenti in ogni società, cultura ed etnia, costituendo una vera e propria "rete sanitaria", in tutte le epoche e in tutti i luoghi. Un percorso travagliato, faticoso, complesso e poco noto, che ancora oggi è offuscato da stereotipi e luoghi comuni, saturi di termini e di informazioni devianti.

Una storia svolta in tempo di pace e di guerra, costruita da "semplici" donne e uomini che oggi, come allora, hanno un unico obiettivo: essere di aiuto alle persone, indipendentemente dalle convinzioni presenti: caritativo-religiose o solidaristico-laiche.

Con i valetudinari romani abbiamo la prima forma rudimentale conosciuta di assistenza organizzata. È, tuttavia, grazie all'avvento del cristianesimo, con la sua filosofia caritatevole verso bisognosi e infermi, che sorgono i primi ospedali. Inizialmente non si occuperanno di assistere i malati, ma per molto tempo accoglieranno un'intera umanità derelitta: orfani, vagabondi, senz'atetto, alienati. Va inoltre rilevato come, nei confronti degli infermi, prevalga sull'aspetto curativo, quello caritatevole. Con il Concilio di Nicea I in Bitinia, gli oltre 300 vescovi dettero avvio alla costruzione di Xenocochi, ovvero ospizi per i pellegrini. Il primo ospedale, che si occupa soltanto di ammalati è istituito nel 390. Nel Medioevo, protagonisti assoluti dell'assistenza sono gli ordini monastici e religiosi e ciò continua per molti secoli, anche quando, dal 1500 in poi, il grande progresso scientifico cambia il volto della Medicina. L'Ordine regolare dei Frati ospitalieri

(1170), fondato da Guido di Montpellier, diede avvio all'assistenza agli infermi attraverso l'organizzazione di Santo Spirito. La creazione dei primi ospedali vede favorire concrete azioni, permeate dalla giustizia e dalla carità, dall'amore verso Dio amore e misericordia.

In tale contesto spicca la figura di San Giovanni di Dio (1495-1550) come "messaggero straordinario della carità concreta" che diventa un precursore della moderna medicina. Nei suoi ospedali anticipa l'ospedale moderno, secondo quanto dice anche Lombroso. Egli si pone alla ricerca dell'efficienza e della carità al servizio del malato, esattamente come il buon Samaritano. Mette la sua volontà di bene e d'amore a disposizione dell'altro, nel momento in cui si accorge della necessità di differenziare le varie malattie e di distinguere i malati e le esigenze di ciascuno di loro. L'interpretazione concreta del servizio al prossimo sofferente, lo vede ergersi come paladino dell'uomo sofferente, perché vede il Cristo nella sofferenza dell'uomo; in Gesù Cristo la misericordia di Dio si estende di epoca in epoca a tutti coloro che lo temono, secondo il Magnificat della Vergine Maria (Luca 1,50).

È sempre la Chiesa che cerca di contrastare la progressiva decadenza dell'assistenza ai malati con la creazione di nuove congregazioni ospedaliere. È ancora un Santo, Camillo de Lellis (1550-1614), fondatore dell'Ordine dei Ministri degli Infermi a rappresentare la figura dell'infermiere ideale, protagonista dell'utopia ospedaliera del Seicento.

San Giovanni di Dio e San Camillo del Lellis sono solo due dei grandi Santi che hanno seguito le autentiche fonti della fede, della speranza nell'amore del Dio di misericordia; ma altri uomini e donne seppero distinguersi per dedizione e modernità delle concezioni in campo assistenziale, seguendo la misericordia che nel Vangelo si fonda sul bene e sul rispetto della dignità dell'uomo.

L'assistenza agli infermi è stata la prassi delle beghine nel nord dell'Europa, dei Terzi ordini legati a domenicani e francescani. Un esempio emblematico è quello di Santa Caterina da Siena, che faceva parte del terz'ordine domenicano; aveva curato i malati di peste fino a mettere a repentaglio la sua vita.

Per le suore, tuttavia, arrivare a praticare l'assistenza ai malati è stato difficile. Il contatto con i corpi sembrava prerogativa delle donne che quei corpi li conoscevano: quelle sposate o addirittura le prostitute. Il primo a vincere il tabù che separava le religiose dalla cura dei corpi fu nel 1617 San Vincenzo de' Paoli (1581-1660), con la fondazione delle Figlie della Carità.

Le numerose congregazioni nate nel XIX secolo cominciarono ad affiancare all'insegnamento anche la fondazione di ospedali e di organizzazioni di assistenza ai malati a domicilio, nonostante la normativa ecclesiastica imponesse ancora alle religiose di non assistere nessuno a domicilio, ed escludesse, comunque, partorienti e malati di sesso maschile. Ma le suore infermiere, in nome della loro missione, molto spesso disattendevano queste disposizioni, non negando il loro aiuto ai sofferenti e aprendo, quindi, continue discussioni con l'istituzione

ecclesiastica. In seguito, le suore, consapevoli dell'esigenza di una preparazione professionale, ottennero da Pio X, nel 1905, la possibilità di fondare la prima scuola professionale per infermiere.

Il welfare della Chiesa, ancora oggi vitale, radicato nel territorio e "supplente" di quello pubblico, ha quindi una storia antica ed eroica.

Nel breve e incompleto percorso storico tracciato, emerge che l'attività di assistenza diretta agli infermi è svolta, per un lunghissimo lasso di tempo, da personale che va dai monaci ai religiosi laici, fino ai laici salariati; si evince che chiunque può svolgere questo servizio, o perché dotato di spirito cristiano-caritatevole, o per puro scopo di guadagno, esercitandolo con dedizione oppure come se fosse un "mestiere qualunque". Ci sono voluti secoli di storia perché crescesse, parallelamente allo sviluppo delle società, delle conoscenze scientifiche e delle risorse delle cure mediche, l'esigenza di un personale qualificato, preparato tecnicamente e culturalmente, che prestasse un'assistenza qualitativamente elevata, che sapesse rispondere alla crescente complessità dei bisogni sociali e sanitari.

Una nuova "cultura" professionale incentrata sull'assistenza, che non trascura una base culturale medico-scientifica, si afferma con la riforma inglese della metà del 1800, per merito di Florence Nightingale (1820-1910) fondatrice della scienza infermieristica. Il pensiero teorico della Nightingale è stato quello di mettere il paziente nelle condizioni migliori perché la natura possa agire su di lui. Questo è l'elemento costitutivo del pensiero di Florence Nightingale, insieme alla coscienza, l'impegno, la passione che riesce a trasmettere attraverso i suoi scritti, in modo particolare nelle sue lettere ispirate al Vangelo: "il lavoro che Dio ha affidato a noi Infermiere costituisce un vero privilegio, se soltanto lasciamo che Dio agisca verso di noi come Egli vuole".

La diffusione della sua teoria nel nostro Paese si concretizza solo in sporadiche esperienze di scuole istituite secondo i suoi criteri, mentre in campo istituzionale a livello nazionale, le leggi varate sulle scuole per infermiere non ne rispecchiano totalmente l'indirizzo.

Seguendo il percorso ideale di Florence Nightingale, il lavoro di intellettuali lo elabora e l'approfondisce alla luce di più moderne teorie scientifiche, dando impulso e notevole sviluppo ai principi teorici del nursing, sviluppando dei modelli concettuali che dagli anni '50 mostrano una crescita esponenziale.

Tra le infermiere più note troviamo: Virginia Henderson, da cui si ha la prima definizione di nursing nel 1955: "Funzione specifica dell'infermiere è quella di assistere la persona sana o malata, per aiutarla a compiere tutti gli atti che tendano al mantenimento della salute, o alla guarigione, oppure a prepararla a una morte serena; atti che la persona compirebbe da sola se disponesse della forza, della volontà o delle conoscenze necessarie; è, inoltre, quella di favorire la partecipazione della persona, in modo da aiutarla a riacquistare il più presto possibile la propria indipendenza".

Un'altra teorica significativa per il suo lungimirante approccio all'uomo, sano e malato, vera teorica del nursing transculturale, è stata Madaleine Leininger (1925-2012), la quale così sintetizzava il suo pensiero: "affinché gli esseri umani vivano e sopravvivano in un mondo salubre, tollerante e significativo, è necessario che gli infermieri e gli altri professionisti della salute apprendano le credenze, i valori, e gli stili di vita dei popoli legati all'assistenza culturale per poter offrire un'assistenza sanitaria valida e culturalmente congruente".

L'orientamento dell'attuale nursing nel pensiero di un'altra infermiera, Jeans Watson, è teso a differenziare la professione dalla disciplina, perché l'ambito e la matrice disciplinare che guida lo sviluppo e la maturità professionale dell'infermiere riguarda il significato dell'essere umano, la sua unità e la tutela della sua interezza. Una professione senza chiarezza del suo ambito disciplinare, si smarrisce in mezzo ai cambiamenti e alle forze del mondo circostante, conformandosi allo status quo. Per affrancarsi, umanizzando la professione, è fondamentale identificarsi con gli altri, permettendo lo scambio dell'umanità, promuovendo la salute, la crescita individuale e della famiglia. Questo approccio di cura compassionevole che sa accogliere la persona, invita a far emergere lo spirito umano, aprendo alle capacità inesprese, per essere presenti in modo autentico, per generare più salute nella cura.

Né la salute né la malattia/patologia, rileva Jeans Watson, sono uno stato assoluto, ma costituiscono il processo del vivere, del crescere, dell'evolvere, dell'essere, dello sperimentare e dell'apprendere lungo il viaggio della vita.

Da queste e da altre teoriche del nursing e dalle loro brillanti intuizioni, trae origine il nursing moderno, a cui si ispirano i documenti internazionali (O.M.S., O.I.L.) che dettano le linee guida per l'applicazione delle loro teorie alla pratica. A tutt'oggi, però, è il percorso formativo che solleva discussioni interne ed esterne alla professione, sono i contenuti del corso di laurea e quindi l'intera formazione. Le difficoltà di pensiero dettate dalla necessità di ottenere una laurea che permetta l'accesso a determinate carriere dirigenziali spingono a contenuti prettamente didattici e manageriali. La richiesta di una laurea disciplinare ha ragione di esistere soltanto se nasce dall'esigenza di far crescere la scienza infermieristica, utile a prendersi cura delle persone sane e malate senza trascurare i valori di giustizia e di carità che hanno contraddistinto nei secoli la nascita della professione.

La gestione della complessità socio-sanitaria impone, tuttavia, delle scelte rilevanti sotto il profilo etico ed economico. La salute acquisisce sempre più le dimensioni di un problema sociale con riferimento agli aspetti economici della salute e della società, allo sviluppo della società multietnica.

Il progetto formativo universitario si propone, prevalentemente, l'individuazione di spazi per una maggiore autonomia, per una cultura specifica che consenta di interagire nelle équipes multiprofessionali e aperte al potere decisionale.

In questa cornice laica, la formazione infermieristica ricerca, soprattutto nelle sedi ancora appartenenti all'area confessionale, pur tra tante difficoltà, di correlare il magistero della Chiesa con il pensiero teorico degli studiosi d'infermieristica. Gli infermieri docenti, consapevoli e responsabili del mantenimento/orientamento dei giovani verso le caratteristiche della dignità della persona umana, sviluppano la formazione non solo attraverso le performance teoriche, ma anche sul piano etico-relazionale.

È ancora la Chiesa, attraverso le illuminate parole della lettera enciclica di San Giovanni Paolo II "*Dives in Misericordia*" a saper ricordare e dare un giusto orientamento (cf. n.2). In essa San Giovanni Paolo II continua a suggerire, a orientare la ricerca del bene dell'uomo, dell'amore di Dio verso l'uomo, che i laici credenti e non, ricercano nelle teorie, ma che si trovano solo nelle parole e nei sentimenti di misericordia, come nella parabola del figliol prodigo (cf. nn.6, 14).

L'educazione a cui fa riferimento San Giovanni Paolo II potrà essere contemplata nell'aspetto umanizzante che deve perseguire la formazione prima e la professionalizzazione infermieristica successivamente; dimostra come, in considerazione di molteplici fattori socio-culturali, tecnologici, i bisogni e i problemi dell'uomo siano sempre più articolati e investano in misura progressivamente maggiore, non solo la sfera biologica, ma anche quella spirituale e psico-sociale dell'individuo.

La Chiesa, sempre attenta ai cambiamenti sociali, continua il mandato di Cristo di annunciare il regno di Dio e guarire gli infermi (Lc 9,2).

Sempre alla luce del Concilio Vaticano II, la riflessione ecclesiale ha aumentato la sua attenzione nei confronti della Pastorale della Salute, anche grazie a un altro documento di San Giovanni Paolo II, "*Salvifici Doloris*", nel quale il Pontefice così definisce questa particolare Pastorale: "Essa può essere descritta come la presenza e l'azione della Chiesa per recare la luce e la forza del Signore a coloro che soffrono e a quanti ne prendono cura. Non è rivolta solo ai malati, ma anche ai sani, ispirando una cultura più sensibile alla sofferenza, all'emarginazione e ai valori della vita e della salute."

Detto documento si rivolge quindi, anche ai sani, per promuovere un'azione solidale, attraverso la riflessione etica e bioetica.

Per cercare di superare l'arido tecnicismo, per colmare le lacune della carenza di umanizzazione nella formazione prima e successivamente nella professione, il quadro normativo contempla i riferimenti riguardanti la Deontologia professionale.

In ogni documento lasciato dagli ispiratori dell'assistenza, dalle Regole per i Ministri degli Infermi di S. Camillo De Lellis, al Giuramento di Florence Nightingale, sono presenti i valori etici e le norme che saranno codificati successivamente nei Codici Deontologici delle associazioni infermieristiche.

Il Codice deontologico ha sempre rappresentato per l'infermiere lo

strumento per eccellenza dell'autonomia e dell'agire professionale nel rispetto dei mutamenti in atto nella società. Il Codice Deontologico "guida" dell'infermiere nello sviluppo dell'identità professionale, nell'art. 1.3, richiama al perseguimento del "rispetto della vita, salute, libertà, dignità dell'individuo".

Fra Pierluigi Marchesi, Fatebenefratello, antesignano dell'umanizzazione in sanità, nei suoi scritti ricordava: "se non abbiamo il coraggio di misurarci con gli uomini, non possiamo parlare di umanizzazione, ma di razionalizzazione dei servizi".

Benedetto XVI nella Sua Lettera Enciclica "*Deus Caritas est*" ricorda che: «Per quanto riguarda il servizio che le persone svolgono per i sofferenti, occorre innanzitutto la competenza professionale: i soccorritori devono essere formati in modo da saper fare la cosa giusta nel modo giusto, assumendo poi l'impegno del proseguimento della cura. La competenza professionale è una prima fondamentale necessità, ma da sola non basta» (n. 31).

Il pensiero saggio e illuminato di Papa Benedetto XVI suggerisce una maggiore attenzione verso l'uomo. L'infermiere, pertanto, può contribuire, considerando anche gli ambiti legislativi, al benessere e al mantenimento della dignità dell'uomo, attraverso la relazione di aiuto, una risorsa complementare che permette la visione olistica, un percorso che supera gli scambi semplicemente funzionali che caratterizzano il rapporto quotidiano con il paziente, per permettergli di trovare una soluzione al problema che egli vive.

La relazione di aiuto diventa allora una cura psicologica e una cura spirituale per riconoscere e soddisfare le necessità dell'animo umano in presenza di traumi, malattie, infelicità, ma anche bisogno di senso della vita, di autostima, di supporto basato sulla fede, forse di riti, di preghiere o sacramenti o semplicemente di un ascolto attento. Dette cure iniziano con l'incoraggiare il contatto umano in una relazione empatica, concentrandosi sul mondo emotivo dell'altro, con compassione, per poi ricercare la carità, l'amore, verso la dignità di ogni momento doloroso.

Benedetto XVI nella Sua Lettera Enciclica "*Deus Caritas est*" così continua: "L'attività caritativa cristiana deve essere indipendente da partiti ed ideologie. Non è un mezzo per cambiare il mondo in modo ideologico e non sta al servizio di strategie mondane, ma è attualizzazione qui ed ora dell'amore di cui l'uomo ha sempre bisogno" (31).

Madre Teresa di Calcutta, suora santa contemporanea, che sapeva stare accanto al malato sino alla morte, resta un esempio emblematico dell'amore di Dio nell'operosità dell'amore verso il prossimo; avvertiva il bisogno di questo intimo legame con Dio nella vita quotidiana attraverso la preghiera.

Le esortazioni e gli esempi descritti caratterizzano efficacemente l'ascolto attivo, e permetteranno all'infermiere di comprendere l'imprescindibilità e i principi della cura spirituale per sforzarsi di supportare i pazienti nei loro momenti di angoscia spirituale. La cura spirituale comporta, quindi, principalmente: costruire

relazioni positive, assistere l'uomo perché conservi fede e speranza, rispettando l'autostima, il senso di identità e l'unicità delle sue esperienze.

È ancora la Chiesa, attraverso il Suo messaggio d'amore evangelico, a ricordare che l'agire infermieristico, la relazione di aiuto, non possano prescindere dall'azione misericordiosa di Gesù.

Papa Francesco, in *"Misericordiae Vultus"*, Bolla di indizione del Giubileo straordinario della Misericordia, sottolinea: «È proprio di Dio usare misericordia e specialmente in questo si manifesta la sua onnipotenza. (...) L'architrave che sorregge la vita della Chiesa è la misericordia. Tutto della sua azione pastorale dovrebbe essere avvolto dalla tenerezza con cui si indirizza ai credenti; nulla del suo annuncio e della sua testimonianza verso il mondo può essere privo di misericordia. La credibilità della Chiesa passa attraverso la strada dell'amore misericordioso e compassionevole (n. 10).

È mio vivo desiderio che il popolo cristiano rifletta durante il Giubileo sulle opere di misericordia corporale e spirituale. Sarà un modo per risvegliare la nostra coscienza spesso assopita davanti al dramma della povertà e per entrare sempre di più nel cuore del Vangelo, dove i poveri sono i privilegiati della misericordia divina. La predicazione di Gesù ci presenta queste opere di misericordia perché possiamo capire se viviamo o no come suoi discepoli. Riscopriamo le opere di misericordia corporale: dare da mangiare agli affamati, dare da bere agli assetati, vestire gli ignudi, accogliere i forestieri, assistere gli ammalati, visitare i carcerati, seppellire i morti. E non dimentichiamo le opere di misericordia spirituale: consigliare i dubbiosi, insegnare agli ignoranti, ammonire i peccatori, consolare gli afflitti, perdonare le offese, sopportare pazientemente le persone moleste, pregare Dio per i vivi e per i morti (n.14).

Queste parole degli uomini di Dio e gli esempi di vicinanza all'uomo sano o malato, devono servire come orientamento morale, filosofico, teorico, fondativo, per la professione infermieristica, l'assistenza ai malati, la ricerca. Si creerebbe, in tal modo, un positivo e propositivo "clima organizzativo", che avrebbe come fulcro la carità, l'amore, la misericordia, per sovrastare le aride tecniche di management e gli sterili stereotipi modelli di qualità.

Le istituzioni sanitarie, in modo particolare le cattoliche, devono, pertanto, dare consistenza e continuità alle azioni caritative e di promozione umana anche e soprattutto attraverso la formazione e lo sviluppo dei professionisti infermieri.

Docenti, tutori clinici, dovrebbero tessere fortemente una rete relazionale lungo la quale gli studenti infermieri possano muoversi agilmente per sviluppare un risultato concreto, proficuo, in grado di facilitare la relazione di aiuto, lo stile personale e professionale. Per ricercare, inoltre, l'unità del sapere tra concetti quali scienza e coscienza, perché questi si accompagnino all'azione della misericordia, per una corretta visione della dignità della persona umana.

Favorire, quindi, la conoscenza della misericordia non solo quale riflessione evangelica, ma come declinazione del concetto di responsabilità umana e

professionale, come visione infermieristica di un'assistenza con profonde e salde radici storiche fondate sulla carità e sull'amore verso tutti gli uomini.

La misericordia renderebbe più manifeste l'unità e la connessione che esiste tra tutte le cose nel grande circolo della vita: il cambiamento, la malattia, la sofferenza, la morte, la rinascita.

Un orientamento verso l'amore e la misericordia sarà in grado di avvicinare l'umanità a una società morale più incline ai rapporti pacifici con altre comunità-nazioni, altri stati, e con il tempo.

Agli albori della professione infermieristica, tutti sapevano chi fosse una "infermiera Nightingale"; la coscienza, la preparazione generale di un'infermiera Nightingale erano diverse e distinte da quella di un'infermiera normale. Sarà auspicabile che in futuro possa esserci un infermiere plasmato dal carattere distintivo dell'amore verso il prossimo, che porta a essere partecipi della misericordia di Dio, perché, come ribadito recentemente da Papa Francesco: «la radice della nostra specie è sempre la stessa: libertà, dignità, fratellanza».

L'ospedale: problemi bioetici e biopolitici

DI FRANCESCO D'AGOSTINO

Riassunto

Si ritiene comunemente che gli ospedali siano i luoghi ideali di accoglienza per i malati: essi accedono rapidamente alle cure, hanno continua assistenza infermieristica e medica. La verità è invece un'altra: gli ospedali possono essere molto pericolosi, soprattutto per ragioni psicologiche. Luci accecanti, rumori provenienti da diversi macchinari, conversazioni ad alta voce alterano il riposo naturale dei malati, così come il loro essere svegliati di notte e molto presto al mattino per controlli di diversa natura. Anche l'alimentazione crea problemi.

Tutto questo altera l'equilibrio psichico dei pazienti, soprattutto dei pazienti anziani: la combinazione di privazione di sonno, scarso nutrimento e sedazioni di vario genere produce un progressivo deterioramento mentale nei pazienti.

Hospitals are commonly thought of as the safest place to be for sick people. Patients have around-the-clock access to skilled care teams. Their vital signs are continuously monitored. A physician stops by every morning to check on them. Si è calcolato che ogni anno il 20% dei ricoverati in ospedale cade in diverse forme di delirio, da cui consegue la morte in un caso su sei.

Un adeguato approccio etico a questi problemi può essere di grande aiuto ai pazienti e ai loro familiari, ma in Europa come in America solo il 30% degli ospedali attiva programmi di ethical care. La situazione ospedaliera, da un punto di vista etico, è quindi da ritenere fallimentare.

Parole chiave: Ospedale, Filantropia, Etica.

Summary

While it all sounds safe, a hospital can be a very dangerous place to be. Hospital stays may cause psychological harm. Hospitals are intended to maximize the health of sick people. But the ways that hospitals are designed can severely disorient patients. Beaming florescent lights, beeping machines and loud hallway conversations disrupt natural sleep patterns. Patients are routinely awakened at night for status checks and early in the morning for blood draws. Food is withheld while doctors await tests - and is often unappealing whenever it's served. These deviations from day-to-day norms can disrupt any patient's psyche. But hospital stays can be particularly devastating for elderly patients. The combination of sleep deprivation, poor nourishment and sedative medications can produce progressive deterioration in a patient's mental status. Each year, 20 percent of elderly patients in hospitals develop delirium and 1 of 6 die as a result. Studies on ethics reveal numerous positive outcomes for patients, their families, and hospitals, yet only thirty-percent of European and American hospitals have

some sort of ethical care program. After seeing the high-quality, beneficial, patient-centered care provided to patients at the end of life, we do realize that the lack of ethical care programs in European and American hospitals is a complete ethical failure—a failure on the part of hospitals to attend to the needs, and to relieve the pain and suffering, of their patients when it is entirely possible to do so.

Key words: Hospital, Philanthropy, Ethics.

1. La nascita dell'ospedale come istituzione “misericordiosa”

In un editoriale, rimasto giustamente famoso, della rivista da lui diretta, il *British Medical Journal*, Richard Smith poneva ai primi posti, tra le prime *Dieci verità della medicina*, la lapidaria affermazione, secondo la quale *gli ospedali sono luoghi pericolosi*. L'aforisma non veniva ulteriormente spiegato da Smith, anche per la superfluità della spiegazione: una riflessione, ancorché elementare, fa rapidamente comprendere che gli ospedali sono pericolosi per la salute dei ricoverati, pericolosi per la salute dei medici, pericolosi per la salute dei visitatori, pericolosi per l'ambiente. Da parte mia, vorrei aggiungere che sono *pericolosi* anche da un punto di vista bioetico e biopolitico, perché attivano questioni, alle quali la cultura oggi dominante non sembra in grado di dare risposte.

E ben noto come nel mondo antico l'istituzione ospedaliera fosse del tutto assente. Invano cercheremmo nel lessico-greco romano un termine che si potesse tradurre con il moderno vocabolo *ospedale*. Lo *xenodochium*, come ben indica l'etimologia della parola, era semplicemente una casa finalizzata all'accoglienza dello *straniero*: un ostello, quindi, un albergo, eventualmente caratterizzati anche da un peculiare colore e calore (nel caso, ad es., che lo straniero fosse un *pellegrino*). Ma nulla più di questo. La pratica medica era pensata come un rapporto rigorosamente *duale*, tra il medico e il suo paziente e il luogo della cura era fatto coincidere, con assoluta naturalezza, con la casa del malato: quella casa al di fuori della quale si svolgeva la vita *pubblica* e all'interno della quale, per gli antichi, era chiamata a svolgersi la vita privata, la *nuda vita*, scandita dai suoi caratteristici *ritmi*: la nascita, la procreazione, la malattia, l'invecchiamento, la morte. In questi ritmi, in specie per le classi agiate, penetrava con immensa autorevolezza, il medico, mosso non solo dal suo sapere, ma dalla sua *benevolenza* verso la sofferenza dei malati e in genere di tutti coloro che ricercassero il suo aiuto. A questa benevolenza alludevano i greci quando usavano termine *philanthropia* o quando parlavano del caldo vincolo che doveva unire medico e paziente usando l'espressione *philia iatriké*. Ippocrate insegnava, precorrendo Pascal, che ben conosce solo colui che ama: solo quando c'è *philanthropia* può esserci nel medico un autentico amore per la sua professione, cioè la *philotechnia*. Questo vincolo del medico alla casa (nel senso lato del termine greco *oikos*, che indica più che le mura di un edificio l'insieme delle persone che lo abitano) ha fatto nascere il

paradigma *paternalistico*: il medico si rapporta al paziente non solo con l'autorità di un *padre*, ma con quella di un padre *buono* (come dovrebbero essere, anche se non sempre lo sono, tutti i padri). A sua volta il paziente, percependo che il medico gli fa il dono non solo della sua professionalità, ma in qualche modo della sua amicizia, lo ricambierà con la *fiducia* e con la *gratitudine* che devono appunto nutrire i figli verso il padre. In un celebre passaggio del *De beneficiis* (VI.16) Seneca ci ricorda che non è possibile estinguere il debito che abbiamo col nostro medico semplicemente pagandolo, perché l'amicizia non ha adeguati corrispettivi. Al medico spetta la nostra *ricoscenza* e la riconoscenza, come è noto, è inestinguibile.

L'ospedale comincia a nascere nella tarda antichità, con la cristianizzazione del mondo mediterraneo. Ma non nasce come istituzione primariamente destinata all'ottimizzazione delle terapie, bensì come luogo di accoglienza dei poveri, degli anziani, dei derelitti e quindi *anche* dei *malati*. L'*hospitalitas* è la risposta che il cristianesimo dà sul piano della prassi, con lenta ma decisa e consapevole progressione, all'insegnamento veicolato dalla parabola del Buon Samaritano. La parabola ha evidentemente una preminente valenza teologico-dottrinale, alludendo a un amore fraterno che –modellandosi sull'amore divino– non esclude nessuno, non conosce vincoli di rango, non fa alcun calcolo di convenienza, si manifesta come pura gratuità. Nello stesso tempo, però, la parabola attiva nella mente dell'ascoltatore l'immagine dell'uomo che, trovandosi nello stato di più assoluto bisogno e pressoché vicino alla morte, trova chi si prende cura di lui, versa olio sulle sue ferite, lo aiuta in un cammino di convalescenza e di guarigione. All'albergatore, al quale viene affidato il corpo della vittima dei briganti, il Samaritano dà precise mansioni di *cura*. Si apre così nella storia un orizzonte assolutamente nuovo: lo *xenodochium* cessa di essere luogo di accoglienza dello *xenos*, dello *straniero*, e diviene l'*Hôtel-Dieu*, il luogo di accoglienza del *prossimo*, su impulso di chi, come il Samaritano, *si è fatto prossimo*. L'*hospitalitas* cessa di essere un atteggiamento psicologico nobile, ma *soggettivo*: diventa il fondamento *oggettivo* dell'*ospizio* così come dell'*ospedale*; come vera e propria forza spirituale attiva confraternite, dà vita a regole e ad ordini religiosi, si intreccia in modo pressoché indissolubile con la pratica della medicina e diviene un versante straordinariamente eloquente della pietà cristiana e delle sue conseguenti pratiche di carità.

2. La trasformazione dell'istituzione ospedaliera

Pur non togliendole del tutto il carattere di *arte* e di calda relazione interpersonale, l'epoca moderna opera per fare della medicina una *scienza rigorosa*, nel contesto, sempre più allargato, delle scienze biologiche e delle scienze naturali *tout court*. L'ospedale *moderno* non può che risentire di questo nuovo orientamento, contemporaneamente epistemologico (perché fondato sul principio che solo il sapere scientifico è sapere autentico) e ideale (perché fondato sulla convinzione che solo attraverso la medicina scientifica il medico è

in grado di garantire al malato le maggiori probabilità di sconfiggere la malattia che lo ha aggredito). Attraverso processi storici complessi, ma non difficili a ricostruirsi, gli ospedali divengono *machines à guérir*, trasformandosi in sistemi assistenziali *specializzati*, indifferenti alle dimensioni *sociali* delle malattie e attenti esclusivamente alle loro dimensioni *cliniche*. La separazione degli ospedali dai manicomi, dai ricoveri per i degenti cronici e per gli anziani, dagli istituti per l'assistenza all'infanzia diviene rigida e trova la sua giustificazione nell'affievolirsi della vocazione filantropica e nel dilatarsi della professionalità clinica del medico. Di pari passo si consolida l'immagine dell'ospedale come luogo non solo di cura, ma anche di ricerca scientifica, a cui affidare la formazione delle nuove generazioni di medici: funzionale a questo scopo la tensione alla più compiuta razionalizzazione delle strutture ospedaliere (si pensi ad es. alla nascita dei "reparti"), accompagnata da un inevitabile processo di burocratizzazione. La separazione della carità e dell'assistenza dalla cura si consolida definitivamente nel momento in cui il definitivo strutturarsi *sistemico* degli ospedali e la conseguente creazione di una vera e propria *classe dirigente* al loro interno ne fa emergere la dimensione *aziendalistica*. A questo fenomeno se ne aggiunge un altro, conseguente anch'esso al nuovo carattere *sistemico* che caratterizza irreversibilmente l'ospedale *moderno*: esso diviene il luogo in cui si gestisce, in un difficile equilibrio tra *pubblico* e *privato*, il *morire*. Statistiche eloquenti mostrano il costante declino della *morte domestica* e il continuo e progressivo incremento della *morte ospedalizzata*. Le cause di questo fenomeno sono molteplici e certamente non difficili a individuare: da una parte la speranza che interventi di alta tecnologia –realizzabili solo in contesti ospedalieri- possano, se non sottrarre l'individuo alla morte, almeno donargli ulteriori possibilità di sopravvivenza; dall'altra la crisi della famiglia, che rende pressoché impossibile un'assistenza terminale da parte dei congiunti del morente (un'assistenza, peraltro ed ovviamente, del tutto impossibile per le famiglie composte da un unico individuo, fenomeno dilagante nei grandi centri metropolitani di tutto il mondo). Né va sottovalutato il paradossale rapporto con la morte che caratterizza l'uomo contemporaneo, basato sulla *rimozione*, tanto più efficace, quanto più si esclude la morte dal contesto domestico. L'ospedale assume pertanto il carattere di un luogo nel quale eventualmente *si muore*, ma nel quale *non si dovrebbe morire* e che pertanto ha il dovere di togliere alla morte ogni visibilità. Di qui uno dei caratteri più tipici delle istituzioni ospedaliere di oggi, percepibile a pieno solo in quelle più avanzate: l'estrema attenzione che in esse riceve l'aspetto alberghiero, pensato fin dal principio come finalizzato ad un'accoglienza non terminale, ma sempre temporanea e transitoria.

3. Alcune criticità etiche della moderna ospedalità

È qui che si radica la nuova serie di problemi bioetici degli ospedali di oggi, problemi che si manifestano sistematicamente come *dilemmatici*. Se gli ospedali

potessero essere ridotti a strutture univocamente *funzionali*, questi problemi non sarebbero avvertibili. Pensarli però esclusivamente in questa chiave si rivela impossibile, perché indebitamente riduttivo. Gli ospedali hanno sempre e inevitabilmente un'identità multipla o almeno *duale*. Sono contemporaneamente luoghi di innovazione scientifica e tecnologica e luoghi di erogazione di servizi sociali: accolgono personale stipendiato e personale mosso da spirito di volontariato, ricevono finanziamenti pubblici e finanziamenti privati, hanno finalità aziendali e finalità umanitarie. Nel loro contesto si manifestano, nelle forme più estreme, i dilemmi bioetici più caratteristici: l'impossibilità, per la struttura ospedaliera, di fronteggiarli attraverso le proprie risorse interne e le proprie interne professionalità, spiega la sistematica presenza al loro interno di Comitati etici *indipendenti*. È comunque proprio negli ospedali che si manifestano nelle forme più estreme i problemi della desistenza delle cure che abbiano acquisito il carattere dell'accanimento, il problema dell'acquisizione del consenso informato alle terapie e alla sperimentazione, il problema dell'allocazione delle risorse (inevitabilmente scarse), il problema del trattamento dei minori, il problema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario o comunque quello del rifiuto da parte di tale personale di porre in essere pratiche ritenute controindicate scientificamente o eticamente discutibili, ecc. ecc. L'elenco potrebbe andare avanti a lungo.

Problema tra i problemi è quello degli ospedali *under religious sponsorship*, per usare una tipica espressione anglosassone: ospedali che sia per la loro proprietà, che per la loro gestione o comunque per la loro immagine possono avere un'etichettatura religiosa. In Italia, ovviamente, essi vanno ricondotti, tranne rare eccezioni, alla Chiesa cattolica, ma in altri Paesi, e segnatamente negli USA, è ben frequente trovare ospedali *islamici, luterani, avventisti, prebiteriani, metodisti* o riferibili ai *Testimoni di Geova*.

Naturalmente, non è il riferimento religioso in quanto tale a creare problema, anzi esso viene sempre più spesso auspicato come la soluzione ottimale per orientare il paziente a individuare il luogo di cura più coerente con la sua visione del mondo (in tal senso si è espresso, e con molta vivacità, Tristram Engelhardt jr.). Il problema sta nella tensione che viene inevitabilmente a istituirsi tra l'identità dell'ospedale *religioso* e la sua *vocazione*, quella cioè che viene in genere oggi espressa col termine *mission*. Chi ritenga che malattia, medicina e guarigione siano esperienze antropologiche fondamentali, esperite in modo fondamentalmente omogeneo da tutti gli uomini e meritevoli di essere affrontate in modo altrettanto omogeneo quale che sia l'identità religiosa del paziente, vedrà negli ospedali *religiosi* la semplice manifestazione del più puro spirito ippocratico, intriso di nobile ideologia e orientato sempre e comunque al bene del malato. Chi invece ritenga che l'esperienza della malattia, della medicina e quella della guarigione siano esperienze culturalmente orientate e antropologicamente *differenziate*, a partire da visioni del mondo ritenute

irriducibilmente molteplici e reciprocamente irriducibili, vedrà negli ospedali religiosi la prova definitiva dell'irreversibile frantumarsi della medicina moderna, divenuta ormai definitivamente *post-ippocratica* e strutturalmente qualificata da un mero orientamento *funzionale*. In questa prospettiva il medico, da terapeuta, diviene un *tecnico del corpo* e il suo intervento assume una giustificazione non a partire dalla doverosa attenzione al *bene del malato*, ma dalla richiesta *formale* di una prestazione a base contrattuale, richiesta che può giungergli dal malato stesso oppure – quando è il caso- dal sistema sanitario istituito per legge, per finalità di ordine sociale. In questa seconda prospettiva, non esiste differenza *qualitativa* tra la medicina che cura il corpo e la medicina che lo potenzia, tra chirurgia terapeutica e chirurgia estetica, tra la terapia della sterilità posta in essere per garantire i c.d. *diritti riproduttivi* o addirittura per mere finalità eugenetiche; la stessa categoria *medicina* viene di fatto – sempre in quest'ultima prospettiva- a perdere di identità, giungendo a identificarsi (senza alcun problema, né epistemologico, né etico) con la categoria *manipolazione*.

Possiamo tornare a questo punto all'inizio del nostro discorso. Gli ospedali *oggi* sono luoghi *pericolosi*, non solo per ragioni mediche – perché cioè nel loro ambito possono svilupparsi patologie inaspettate – ma per ragioni *etiche*: sono i luoghi in cui si sta oggi combattendo una battaglia (probabilmente) decisiva per chi ha a cuore il futuro del paradigma ippocratico, con tutto ciò che questo paradigma porta con sé, in ordine a principi non solo bioetici, ma anche e soprattutto antropologici. Ad avviso di molti, infatti, sarebbe giunta l'ora di riconoscere che l'ospedale, per le caratteristiche funzionalistiche che sempre più lo contrassegnano nella modernità, sia la prova provata del superamento della medicina ippocratica e del trionfo della medicina funzionale. Chi cerca generosamente di contrastare questa dinamica con generosi tentativi di *eticizzare le strutture ospedaliere* non avverte probabilmente che il cuore della questione non è quello di dare alla scienza e alla tecnica una verniciatura di eticità, ma quello di *far emergere dall'interno stesso della scienza e della tecnica dimensioni di eticità*, che continuano ad essere sistematicamente marginalizzate, se non rifiutate. Anche sotto questo profilo, pertanto, sembra che si possa rilevare come alla radice della bioetica ospedaliera stiano gli stessi problemi, ampiamente irrisolti, che tormentano la bioetica generale: problemi irrisolti, perché *meta-bioetici*, perché in buona sostanza antropologici; problemi che concernono la nostra stessa identità, nati nel momento stesso in cui si è intravista la possibilità di procedere ad una manipolazione totale ed estrema del vivente, umano e non umano.

Burocrazia e misericordia

DI CARLO FAVARETTI

Riassunto

I sistemi sanitari attuali sono sostanzialmente organizzazioni gerarchiche e burocratiche. La burocrazia, nella sua accezione positiva e negativa/dispregiativa, è per definizione impersonale. Questo solo fatto dà conto della difficoltà dei sistemi sanitari d'essere empatici, compassionevoli e misericordiosi. Anche nell'analisi scientifica sui metodi di management si ritiene che l'attuale impostazione gerarchica fondata sui meccanismi di comando e controllo siano da mettere in discussione in favore di meccanismi legati al pensiero sistemico, alla conciliazione tra livelli decisionali e di lavoro, all'abolizione di sistemi di regole e ispezioni, alla focalizzazione e misura del valore e delle finalità proprie dei servizi sanitari.

L'evoluzione delle strutture gerarchiche e burocratiche verso programmi assistenziali, sistemi di cura, reti cliniche e percorsi terapeutici veramente centrati sui bisogni e sulla domanda dei cittadini e dei pazienti e il superamento di approcci conservatori delle burocrazie professionali potrebbe responsabilizzare e motivare tutti a impostare i servizi sanitari secondo principi di giustizia, di compassione e di misericordia.

Parole chiave: Burocrazia, Misericordia, Sistemi adattativi complessi.

Summary

The present healthcare systems are hierarchical and bureaucratic organizations. Bureaucracy, in its positive or negative meaning, is impersonal by definition. The scientific analysis on management methods pointed out that hierarchical bureaucracy based on command and control mechanisms has to be changed towards a definite system thinking approach, a reconciliation between decision-making and work, the end of specifications and inspections, the measure of healthcare systems based on value and purpose. A new approach is needed: no more hierarchical and bureaucratic structures! The healthcare should be provided by programmes, systems, networks and pathways focused on needs and demand of citizens and patients. The professional bureaucracies should be overcome to increase accountability and motivate people to follow principles of justice, compassion and mercy.

Key words: Bureaucracy, Mercy, Complex adaptive systems.

1. Introduzione

Da diversi lustri la medicina clinica moderna è svolta solo in contesti organizzati. Si pensi alla gestione dell'urgenza ed emergenza che prevede centrali 118, dipartimenti di emergenza di diversi livelli, reti ospedaliere. Si pensi, altresì, all'organizzazione dei trapianti d'organo che richiede un approccio organizzativo

multidisciplinare estremamente sofisticato a monte e a valle dell'atto chirurgico di prelievo e impianto degli organi. Anche la gestione dei tempi d'attesa (tema molto presente nella sensibilità dei cittadini e dei politici) richiede complesse organizzazioni: call center; impostazione, coordinamento e gestione delle agende di numerose strutture; integrazione con i sistemi amministrativi per il pagamento del ticket; ecc.

Da un certo punto di vista, lo storico divario tra medicina clinica e sanità pubblica (da sempre "organizzata" per assicurare, per esempio, lo svolgimento di campagne vaccinali, di grandi screening di popolazione, ecc.) si sta restringendo e le occasioni di pratica cooperazione sono fortunatamente sempre più frequenti, coerentemente con l'approccio definito, a livello internazionale, di *integrated care* (1).

Queste organizzazioni sanitarie molto complesse si sono sviluppate, spesso per apposizione, all'interno delle organizzazioni ospedaliere tradizionali le quali hanno mantenuto una cultura organizzativa legata alla produzione di prestazioni singole, offerte da singoli professionisti a singoli pazienti. L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale per assicurare i livelli essenziali di assistenza, la gestione di ingenti risorse economiche che costituiscono il fondo sanitario nazionale in uno scenario generale di crisi economica, lo sviluppo e la diffusione nella pratica clinica di tecnologie sempre più costose, la transizione demografica (con l'invecchiamento della popolazione e la riduzione della natalità) ed epidemiologica (con l'aumento del carico di malattie croniche) determinano la necessità di ulteriori infrastrutture gestionali che assumono le caratteristiche di una burocrazia, percepita dai cittadini e dagli stessi professionisti della medicina e della sanità, come nemica pronta a ostacolare le relazioni interpersonali (basate anche su empatia, compassione e misericordia) la cui importanza nei processi diagnostici, terapeutici, riabilitativi ed assistenziali, anche dal punto di vista dei risultati di salute, viene sempre più diffusamente riconosciuta.

Scopo del presente capitolo è l'analisi dei vantaggi e limiti delle organizzazioni gerarchiche e burocratiche e la discussione su come esse possano evolvere verso sistemi di assistenza efficaci ed efficienti più umanizzati, più compassionevoli e misericordiosi.

2. Burocrazia

Per burocrazia (dal francese *bureau* "ufficio" connesso al greco *krátos* "potere" o, più correttamente in questo contesto, forma di esercizio del potere) si intende l'organizzazione di persone e risorse destinate alla realizzazione di un fine collettivo secondo criteri di razionalità, imparzialità e impersonalità. (2)

Fin dall'antichità i sistemi politici hanno sviluppato apparati burocratici, ma è dal XIX secolo che la burocrazia ha iniziato a configurarsi così come la conosciamo oggi.

David Graeber (3) ne evidenzia gli aspetti positivi e negativi. Tra gli aspetti

positivi egli include l'impersonalità: procedure burocratiche prive di anima possono essere semplici, prevedibili e uguali per tutti. Esse possono avere un certo vantaggio e una certa comodità anche per i cittadini che non devono impegnarsi in complesse ed estenuanti forme di relazione per ottenere certi servizi. Egli, inoltre, mette in luce che, in qualche misura almeno, la nostra stessa idea di razionalità, giustizia e libertà si fonda su relazioni di tipo burocratico. Egli, citando Weber, descrive la burocrazia come l'incarnazione stessa dell'efficienza razionale: l'esempio storico di questa burocrazia "buona" è l'ufficio postale tedesco del II Reich. Si tratta, forse, del primo esempio di applicazione di una forma di organizzazione gerarchica e militare al bene pubblico: alla fine dell'Ottocento il servizio postale tedesco effettuava da 5 a 9 consegne giornaliere nelle principali città e a Berlino era operativa una impressionante rete di chilometri e chilometri di tubi pneumatici sotterranei.

L'attuale accezione del termine burocrazia (e burocratico) è invece principalmente negativa (4), a causa di quelle che nel corso del XX secolo sono state definite da alcuni "conseguenze inattese" del fenomeno burocratico: rigidità, lentezza, incapacità di adattamento, inefficienza, inefficacia, lessico difficile o addirittura incomprensibile (il cosiddetto *burocratese*), mancanza di stimoli, deresponsabilizzazione, eccessiva pervasività, tendenza a regolamentare ogni minimo aspetto della vita quotidiana.

Ci troviamo in una situazione paradossale: nessuno vorrebbe la burocrazia e in realtà essa è diventata l'acqua in cui nuotiamo; l'economia di mercato (apparentemente liberista e senza vincoli) richiede una quantità abnorme di scartoffie; la diffusione dello stato sociale ha favorito lo sviluppo della burocrazia.

Essa tende a espandersi seguendo proprie logiche interne, perverse ma inesorabili; fa in modo di rendersi indispensabile; monopolizza le informazioni chiave.

Che cosa succede nella sanità e nella medicina?

In Italia, il Servizio Sanitario Nazionale nasce nel 1978 con la legge 833 che dà pratica attuazione al dettato Costituzionale sulla tutela della salute. Ne derivano ulteriori norme nazionali e regionali di natura generale e particolare che continuamente si susseguono nel tempo e che tendono a regolamentare, spesso in modo generale e concettuale, l'esigibilità dei diritti e, in modo puntuale e cogente, la gestione dei cosiddetti fattori produttivi: il personale, le tecnologie, i farmaci, i beni e servizi, il sistema di finanziamento, la sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, la riservatezza dei dati personali, l'assicurazione di qualità, ecc. (5-6).

Tali norme riguardano in maniera preponderante la struttura del Servizio Sanitario: gli assetti istituzionali, il finanziamento, le regole del gioco. Minore attenzione, invece, è dedicata dalla legislazione ai sistemi organizzativi e alla cultura necessaria per dare attuazione allo spirito della legge e, soprattutto, all'integrazione dell'approccio strutturale, organizzativo e culturale.

Il risultato pratico è il continuo potenziamento di organizzazioni

gerarchiche, e quindi burocratiche, che nascono con l'obiettivo "buono" di ispirare la gestione dei servizi pubblici ai principi fondamentali di eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia (7), ma finiscono in produzione di scartoffie, di controlli formali e inefficaci, di procedure che appesantiscono il lavoro e irritano i cittadini.

La situazione descritta non riguarda solo l'Italia. Tutti i servizi sanitari, siano essi servizi sanitari nazionali, ispirati al modello Beveridge (Italia, Regno Unito, Paesi Scandinavi, ecc.) o sistemi assicurativi sociali, ispirati al modello Bismarck (Germania, Francia, Paesi Bassi, ecc.), sono essenzialmente basati su organizzazioni gerarchiche e burocratiche. Alcuni sostengono che i sistemi assicurativi sociali sono, comunque, più dinamici e adattativi dei servizi sanitari nazionali che si basano su una logica sostanzialmente tayloristica detta anche di *comando e controllo*.

John Seddon (8) conduce una critica serrata ai sistemi di *comando e controllo* nell'industria e nel settore dei servizi pubblici, inclusa la sanità. La realtà è dominata da organizzazioni gerarchiche top-down in cui, seguendo i principi del taylorismo, si realizza una netta separazione tra processo decisionale (fondato su misure come budget, standard, attività) e lavoro e si esaspera la separazione dei ruoli. Deming (9) considera il *comando e controllo* come una prigione organizzativa che porta, citando Ackoff (10), "a fare bene le cose sbagliate".

Tale approccio è così diffuso che, lavorando all'interno di organizzazioni impostate in questo modo, non ci si rende conto dell'enorme quantità di tempo, fatica e denaro viene sprecata. La separatezza tra decisione e lavoro ha dimostrato di avere gravi conseguenze: costi elevati e servizi scadenti. Proprio per questo, Seddon auspica il ritorno del management all'operatività dei servizi, mentre oggi è tenuto (o si tiene) lontano da essa.

Oltre che al taylorismo, egli rivolge una critica al *management by numbers* introdotto da Alfred Sloan. I numeri di Sloan sono essenzialmente i dati finanziari e di attività. Questo porta i manager a "fare il budget", a darsi e a dare obiettivi, spesso perdendo di vista le finalità del servizio e il suo valore. Concentrarsi solo su misure di attività e non di finalità e valore "rende ciechi" e porta a comportamenti e decisioni disfunzionali.

In accordo con Deming e Taiichi Ohno, egli ritiene che l'integrazione tra decisione e lavoro sia ancora più importante per i servizi pubblici rispetto all'industria perché è l'unico modo per "assorbire" la varietà della domanda.

In alternativa, le organizzazioni dovrebbero adottare una visione sistemica per gestire il cambiamento, usare misure legate al valore e alle finalità e non solo al budget finanziario, e permettere lo sviluppo di meccanismi adattativi per far fronte alle sfide del cambiamento dei bisogni e della domanda.

Nel dibattito pubblico italiano, quando si criticano gli attuali sistemi di gestione, definiti economicistici, spersonalizzanti, fondati sui tagli lineari, fonte di sprechi, ecc. ci si riferisce, per lo più, solo alle Aziende sanitarie e ospedaliere e all'azione dei loro direttori generali. Purtroppo la gestione delle aziende sanitarie

e ospedaliera è solo l'ultimo anello di una catena ben più grande e solida. Il sistema di programmazione e controllo che parte dallo Stato e dalle Regioni è un sistema di *comando e controllo*, con l'aggravante di essere in gran parte basato su meccanismi istituzionali esterni alle finalità di tutela della salute: si pensi al ruolo dominante del Ministero dell'Economia sui sistemi di finanziamento e controllo. È un sistema tecnocratico gerarchico che, a cascata, fissa obiettivi operativi (target) e talora li incentiva. Ministeri e Assessorati pensano di determinare il cambiamento fissando specifiche di servizio (comando) e verificandone l'adempimento (controllo). Il continuo aumento di target e specifiche è associato all'aumento del numero di "specificatori" e di "ispettori", cioè di un vasto apparato burocratico dedito a raccogliere e comparare dati e stendere rapporti.

Secondo Seddon, le specifiche (regole, istruzioni, iniziative legate a finanziamento e target) e le ispezioni (con le loro burocrazie interne ed esterne) servono a impedire il raggiungimento delle finalità proprie dei servizi pubblici. I risparmi associati al rimodellamento della burocrazia delle specifiche e delle ispezioni sarebbero immensi. Una parte esigua di tali risparmi potrebbe essere investita per gestire formazione, guida e supporto al pensiero sistemico di un certo numero di professionisti impegnati nel servizio.

Nel dibattito pubblico italiano è assente anche la discussione su di un'altra forma di burocrazia: la burocrazia professionale. Secondo Mintzberg (11), essa si manifesta nelle organizzazioni in cui l'operatività più importante è svolta da "lavoratori qualificati" (professionisti) che usano procedure difficili da apprendere e ben definite. Tutto ciò determina un ambiente organizzativo al contempo complesso e stabile: complesso per la difficoltà di padroneggiare procedure e tecniche che possono essere acquisite solo con lunghi percorsi formativi; e stabile perché tali procedure e tecniche sono per lo più ben definite e, quindi, costituiscono standard operativi. Tale ambiente è il principale fattore della burocrazia professionale.

In questo periodo, possiamo citare, quale esempio di resistenza (o vera e propria interdizione) al cambiamento organizzativo degli ospedali italiani, la *querelle* tra la burocrazia professionale medica e quella infermieristica sui nuovi modelli assistenziali. Gli esempi da riportare, più spesso negativi, potrebbero essere numerosissimi, ma l'economia generale di questo capitolo non consente ulteriori dettagli.

3. Misericordia

Il cardinale Kasper (12) afferma: "Il bisogno ha molte facce, e il bisogno spesso cambia molto velocemente. Non è possibile regolare e prevedere ogni situazione individuale e chi prova a farlo finisce con il creare un sistema burocratico pieno di regole, dalle cui maglie sempre si potrà sgusciare cosicché, come già gli antichi romani dicevano, *summum jus* diventerà *summa iniuria*. La

burocratizzazione dell'ambito sociale e sanitario, fino a un certo grado inevitabile, crea nuovi problemi e finisce spesso con un sistema freddo, impersonale e anonimo". Egli aggiunge: "Il malato ha bisogno di aiuto professionale, ma anche di empatia e di simpatia nel senso originale della parola: egli ha bisogno di misericordia, cioè di cuore per i miseri".

Questa interpretazione del termine misericordia, secondo il suo senso letterale, risale ad Agostino e Tommaso d'Aquino (13). Tommaso d'Aquino definisce anche la compassione come con-sofferenza: *Miserum cor habens super miseria alterius*, avere un cuore misero per la miseria di un altro.

La cosa interessante per la nostra discussione è che, per entrambi, compassione e misericordia non sono solo un sentimento, non sono solo di natura affettiva, ma anche di natura pratica e tendono a superare le carenze e il dolore. Kasper (13) osserva che il "concetto di misericordia è spesso degenerato e si è spesso ridotto a una pastorale e spiritualità *dolciastra* e a una morbidezza esangue ed estenuata, cui manca qualsiasi risolutezza e chiaro profilo".

Il prevalere del concetto che la compassione e la misericordia siano un sentimento, una emozione porta al sospetto che la misericordia, in particolare, "sia un sostituto della giustizia, il tentativo di rammendare buche individuali di bisogno sociale invece di riformare lo stesso sistema sociale e creare un nuovo ordine di giustizia per tutti". (12)

Sulla relazione tra giustizia, carità e misericordia ha riflettuto Giovanni Maria Flick, Presidente emerito della Corte Costituzionale (14). La giustizia è una modalità di relazione con l'altro ed è la volontà di rendere a ciascuno il suo. Esercitare la giustizia è offrire all'altro il riconoscimento dei suoi diritti. Rendere a ciascuno il suo significa anche rendere a ciascuno la coscienza di sé, cioè la libertà che costituisce la prima manifestazione pratica della giustizia. Inoltre, la giustizia per sua natura non è "unitiva", ma è delimitazione, distanza, linea divisoria e confine: tutti fattori che tendono a evitare lo scontro.

Questo concetto di giustizia applicato al nostro sistema sanitario fa da sfondo alle finalità del Servizio Sanitario Nazionale, alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, ai principi fondamentali di eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia, già citati. La sua applicazione porta alla pratica esigibilità del diritto alla tutela della salute previsto dalla nostra Costituzione.

La carità, rispetto alla giustizia, è il superamento della distanza tra individui che tendono a contrapporsi; è il farsi prossimo.

Se la giustizia *quaerit quae sua sunt* e *non quaerit quae sua non sunt*, la carità *non quaerit quae sua sunt*. La carità supera la giustizia con la sua gratuità, magnanimità, verità.

La giustizia senza la carità è, secondo Flick, imperfetta e monca: essa mantiene solo la sua dimensione regolativa che scivola, progressivamente, nel legalismo.

Cacciari (15), dal canto suo, ritiene che l'esempio più forte di misericordia

sia nella parabola del buon samaritano. Questi alla vista dell'uomo ferito e abbandonato prova misericordia (*miserecordia motus est*). Cacciari osserva che, in greco, l'espressione è più violenta: "esplanchnisthai". Al samaritano si spezzano le viscere e deve farsi prossimo. Farsi prossimi significa essere misericordiosi, aver cura dell'altro così radicalmente da sentirsi a pezzi di fronte al suo male.

Secondo Flick, la misericordia muove da un sentimento spontaneo, non da una deliberazione cosciente. Il suo aspetto fondamentale non è quello dell'assunzione doverosa, in forza di un obbligo. La misericordia è superamento, non attenuazione della giustizia.

Nel dibattito attuale sul futuro dello stato sociale esiste un ampio consenso sull'importanza della giustizia per un giusto ordinamento, mentre sorgono obiezioni sull'importanza della misericordia. Essa è riconosciuta come una virtù cristiana fondamentale che, tuttavia, non ha niente a che vedere con la società civile. La misericordia è vista come sentimento che, con le elemosine, riempie i buchi della rete sociale, allentando così l'impegno verso la giustizia senza riorganizzare in modo giusto il sistema. (13)

Tuttavia, pur riconoscendone la provenienza culturale cristiana ("Perché non possiamo non dirci cristiani" di crociana memoria), la compassione e la misericordia possono essere idee regolatrici, fonte d'ispirazione e motivazione per trovare e realizzare soluzioni concrete e "laiche" nella medicina clinica e nella sanità pubblica. In altre parole è necessario considerare la misericordia non solo come un "sentire spontaneo", ma come un atteggiamento che "va imparato".

L'empatia (capacità di comprensione), termine usato spesso al posto di compassione, è un paradigma importante delle moderne scienze umane, inclusa la medicina. Essa è considerata una condizione per stabilire buone relazioni interpersonali ed è strumento imprescindibile per inserire l'approccio tecnico, scientifico, biologico della medicina in un contesto terapeutico più complesso nel quale la relazione del paziente con il medico, in particolare, e con il personale sanitario, in generale, è elemento stesso di cura.

Per quanto riguarda la sanità pubblica, nella letteratura scientifica internazionale il termine compassione e il suo aggettivo compassionevole sono comunemente usati e si trovano spesso in documenti di programmazione sanitaria e anche in programmi politici.

La misericordia può essere anche una virtù laica nei riguardi della verità. Ai nostri fini, l'esempio migliore è quello della comunicazione sulle reali condizioni cliniche in cui versano malati gravi o nella fase di fine vita: nascondere la verità o prospettare speranze irrealistiche per un malinteso "senso di misericordia" è tecnicamente sbagliato e non consente al paziente di prendere appropriate decisioni relative sia al suo processo terapeutico che alla sua vita familiare e sociale.

Un altro aspetto importante da superare è l'autoreferenzialità delle professioni sanitarie: prestare attenzione ed essere sensibili verso la miseria che si incontra è esercizio di misericordia (16).

A ben vedere, la distinzione stessa delle povertà verso le quali dovrebbero rivolgersi le opere di misericordia (povertà fisica o economica, culturale, relazionale e spirituale) è assolutamente valida per impostare azioni tecniche specifiche dal punto di vista sia della medicina clinica che della sanità pubblica. Esiste una letteratura consolidata riguardante le diseguglianze sulla salute determinate da fattori sociali, economici e culturali e sui programmi realizzati per affrontare tali problematiche con approcci multidimensionali.

Tuttavia, i moderni sistemi di welfare (sociali e sanitari) pur sbandierando a parole i principi di sussidiarietà e di solidarietà finiscono per impostare l'azione politica e tecnica all'interno di sistemi centralizzati, burocratici, regolatori che in pratica conculcano tali principi. Il risultato è rendere le persone più dipendenti dal sistema, lederne la dignità, diminuirne la responsabilità individuale.

Il rischio è che la crisi economica, la transizione demografica ed epidemiologica, lo sviluppo della tecnologia creino una miscela sociale esplosiva e incontrollabile mettendo a rischio la sostenibilità dei sistemi di welfare e la resilienza delle persone rispetto alle crescenti difficoltà.

4. Che cosa fare?

Graeber (3) cita l'opinione di Weber secondo il quale l'unico modo di sbarazzarsi di una burocrazia consolidata è semplicemente eliminarne tutti i componenti, come fecero Alarico e i Goti nella Roma imperiale.

In modo meno sanguinario, Muir Gray e Walter Ricciardi (17) sostengono che il cambiamento dei sistemi sanitari sta avvenendo con una terza rivoluzione sanitaria. La prima era basata sul buon senso e la logica: per esempio, la separazione dell'acqua potabile dai liquami avvenne prima che i microbiologi scoprissero i batteri responsabili del tifo e del colera. La seconda è stata guidata dalla scienza e dalla tecnologia. La terza usa la conoscenza come arma incruenta, internet come artiglieria e i pazienti come rivoluzionari.

Credo anch'io che ci sia bisogno di una certa radicalità, di discontinuità rispetto agli approcci correnti, di un cambio di paradigma, di un salto quantico, di "*disrupting innovation*" per usare un'espressione oggi molto in voga in vari campi. La *disrupting innovation* è già in atto, ma purtroppo gli addetti ai lavori sembrano non accorgersene!

È necessario, quindi, far evolvere sistemi sanitari impostati per produrre prestazioni (con tutto l'indotto dei sistemi di finanziamento, di monitoraggio, di assicurazione di qualità, ecc.) in organizzazioni attente al valore per la salute (18) di processi assistenziali e alla loro finalità di tutela della salute; responsabili (*accountable*) della sostenibilità economica, professionale e sociale; capaci di gestire la salute (19) come bene sociale (*stewardship*), che richiede comunque co-produzione da parte dei cittadini e pazienti, titolari del bene.

Una certa dose di organizzazione gerarchica e burocratica sarà inevitabile, ma dovrà essere finalizzata, nella logica della *stewardship*, a fungere da *colla* per

tenere insieme le parti del sistema, da *olio* per lubrificare gli ingranaggi più fini, da *energia* per imprimere una direzione e un'accelerazione etica al sistema stesso.

Aronson (20), nella rubrica della rivista *Health Affairs* intitolata “*Narrative matters*”, prende spunto dal caso di una signora ottuagenaria, alla quale l'Autrice ha prestato ascolto e della quale ha esaminato lo stile di vita e le condizioni di isolamento familiare e sociale, e nota che, di fronte alla sua situazione complessa e caratterizzata da diverse malattie e da una politerapia difficile da seguire, professionisti individualmente compassionevoli, brillanti e motivati avevano prestato una miope attenzione alla medicina e non alla salute e avevano erogato un'assistenza frammentata, scoordinata e dispendiosa per il sistema sanitario e la stessa paziente.

Nella pratica, la sfida maggiore per l'evoluzione radicale dei sistemi sanitari è proprio la gestione della cronicità e della fragilità che interessa particolarmente, anche se non esclusivamente i grandi anziani. Come si superano i silos delle varie ASL e aziende ospedaliere che si alternano nella produzione di singole prestazioni a singoli pazienti? Come si superano le barriere dei budget separati e distinti di ASL, Aziende ospedaliere, singoli dipartimenti e singole unità operative? Come si assicura la continuità dell'assistenza in un contesto organizzativo che tiene separati, non solo dal punto di vista contrattuale, i professionisti dipendenti da quelli convenzionati? Purtroppo, l'antica battuta “intervento chirurgico riuscito, paziente morto” è quanto mai appropriata all'esperienza diffusa di persone e famiglie alle quali vengono offerte prestazioni sanitarie (magari di ottima qualità tecnica) e non percorsi assistenziali ben impostati e guidati.

Sul piano più strettamente professionale, va superata la difficoltà dei professionisti quando devono stabilire la strategia d'intervento migliore dal punto di vista clinico, epidemiologico, economico e sociale in casi complessi come quello ricordato da Gawande (21): un paziente anziano, affetto da alcuni anni da demenza, con un cancro metastatico, per il quale si deve decidere una ulteriore linea di trattamento chemioterapico a fronte di un beneficio probabile di qualche settimana di vita in più. Qual è il valore di una simile decisione? È una decisione misericordiosa? È una decisione ottimale?

Donabedian nel 1980 (22) ha introdotto il concetto di assistenza ottimale. È chiaro che l'efficacia dei servizi sanitari è un valore, ma troppo spesso si sottovalutano i rischi connessi con l'assistenza sanitaria: gli interventi sanitari efficaci determinano all'inizio grandi benefici e piccoli rischi, ma quando altri interventi vengono aggiunti, ad ogni incremento corrisponde progressivamente un maggior rischio e un minore beneficio. L'assistenza ottimale si ottiene quando la curva benefici-rischi arriva al suo picco massimo.

Gray e Ricciardi (17) affermano che l'ottimalità è un concetto del XXI secolo, della terza rivoluzione sanitaria. Essi ricordano che: “I medici e i gruppi di pazienti spesso desiderano un'assistenza sanitaria massimamente efficace, ma per i finanziatori, in tempi in cui i bisogni e la domanda sono superiori alle

risorse disponibili, l'ottimalità è il concetto più appropriato. Quando si raggiunge l'ottimalità, il valore è massimo. Anche i pazienti possono comprendere e apprezzare il concetto di ottimalità, ammesso che siano informati anche sui possibili danni dei trattamenti”.

Secondo Muir Gray (23), le organizzazioni sanitarie si caratterizzano come struttura, sistemi e cultura. Per lo più le riforme sanitarie interessano la struttura (assetto istituzionale, finanziamento, regole del gioco). Poca attenzione è rivolta al cambiamento dei sistemi organizzativi e alla cultura (organizzativa e professionale) che dovrebbe sostenerli, e all'integrazione degli sforzi per modificarli tutti e tre. Struttura, sistemi e cultura delle organizzazioni sanitarie influenzano i comportamenti dei pazienti, dei cittadini e dei professionisti, ma questi dovrebbero modellare le organizzazioni sanitarie affinché esse facciano fronte ai loro bisogni e legittime aspettative.

Con il suo lavoro con Public Health England, Muir Gray sta contribuendo alla trasformazione del National Health Service per superare le tradizionali istituzioni a silos (ospedali, servizi sanitari primari, servizi di prevenzione) e impostare l'assistenza secondo programmi, sistemi, reti e percorsi (24). Un programma è un insieme di sistemi che hanno una base comune di conoscenza e un budget comune (per esempio il programma sulle malattie respiratorie include sistemi per l'asma e la broncopneumopatia cronica ostruttiva). Un sistema (per esempio, per l'asma, la fibrillazione atriale, ecc.) è costituito da un insieme di attività (preventive, ospedaliere, di assistenza primaria) che hanno obiettivi di salute comuni. Una rete è un insieme di organizzazioni e individui che tendono a raggiungere gli obiettivi di salute del sistema. Un percorso è la “strada” che la maggior parte dei pazienti percorre attraverso la rete assistenziale.

Aronson (20) puntualizza due elementi sui quali lavorare per sviluppare tali modelli organizzativi: una radicale modificazione della formazione medica e sanitaria di base e specialistica, ferma ai bisogni del XIX secolo; e una altrettanto radicale modificazione delle codifiche di attività, oggi centrate sulle singole prestazioni e non sui percorsi assistenziali, e dei sistemi di finanziamento/rimborso oggi centrati sulle strutture (e macrolivelli essenziali di assistenza) e sulle singole prestazioni e che non affidano il budget a specifici programmi, sistemi, reti e percorsi.

In conclusione, un così radicale riorientamento delle nostre organizzazioni sanitarie potrebbe contribuire a focalizzare l'attenzione sui pazienti, odiare lo spreco e amare la sostenibilità, usare al meglio la tecnologia, valorizzare più i sistemi sanitari che le burocrazie sanitarie, valorizzare più le reti cliniche che le gerarchie sanitarie (23).

Tale riorientamento potrebbe, inoltre, essere una risposta alla richiesta di maggiore giustizia nel nostro Servizio Sanitario Nazionale e potrebbe creare un ambiente più favorevole all'esercizio, da parte dei professionisti, della compassione e della misericordia.

Bibliografia

1. WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim Report 2015, <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>
2. Perrow, C.: *Complex Organizations: a critical essay*, 3rd edition, McGraw-Hill, 1972
3. Graeber D.: *The Utopia of Rules*, Melville House, 2015
4. Perrow, C.: *Organizational Analysis: a sociological view*. Tavistock Publications, 1970
5. DPR 14 gennaio 1997 (S.O. a G.U. n. 42 del 20 febbraio 1997): Approvazione dell'atto d'indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
6. Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano Patto per la salute del 10 luglio 2014: http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/patto_salute/Conferenza_SR.pdf
7. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, Principi sull'erogazione dei servizi pubblici (G.U. 22 febbraio 1994, n. 43)
8. Seddon J.: *Freedom from command & control: a better way to make the work work*, Vanguard, 2005
9. Deming E.: *Out of the crisis*, Cambridge University Press, 1982
10. Ackoff R.: *Ackoff's best*, John Wiley, 1999
11. Mintzberg, H.: *The Structuring of Organizations. A Synthesis of the Research*. Prentice-Hall, 1979
12. Kasper card. W.: *La sfida della Misericordia*, Edizioni Qiqajon , 2015
13. Kasper card. W.: *Misericordia: concetto fondamentale del vangelo – chiave della vita cristiana*, Queriniana, 2012
14. Flick G.M.: *Una riflessione su giustizia, carità e misericordia*, <http://www.centessimusannus.org/media/2vijp1357553036.pdf> (pag. 29-42)
15. Cacciari M.: *Prefazione*, in Kasper card. W.: *La sfida della Misericordia*, Edizioni Qiqajon, 2015
16. Shoenborn C.: *Abbiamo ottenuto misericordia. Il mistero della divina misericordia*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna 2011
17. Gray M. e Ricciardi W.: *Per una sanità di valore. Come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse*, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma, 2008
18. Porter M.E.: *What is value in health care*, NEJM, 2010, 363/26, 2477-2481
19. Reuben D.B. e Cassel C.K.: *Physician stewardship of health care in an era of finite resources*, JAMA, 2011, 306/4, 430-431
20. Aronson L.: *Necessary Steps: How health care fails older patients, and how it can be done better*, Health Affairs, 2015, 34/3, 528-532
21. Gawande A.: *Letting go: what should medicine do when it can't save your life?*, New Yorker, Aug 2, 2010: Reporting & Essays
22. Donabedian A.: *Explorations in quality assessment and monitoring*, Health Administration, 1980

23. Gray M.J.: *Culture change in healthcare*, <http://www.bettervaluehealthcare.net/value-based-healthcare/culture-change-in-healthcare/>
24. Gray M.J.: *How to build healthcare systems*, Offox Press, 2011
25. Gray M.J.: *How to practice population medicine*, Offox, 2013
26. Schein E.H.: *Organizational culture and leadership*, John Wiley & Sons, 2004
27. Gray M.J.: *How to create the right healthcare culture*, Offox, 2013.

Alleanza terapeutica e relazioni di umanità in ospedale

DI ENRICO ZAMPEDRI

Riassunto

L'esercizio della Misericordia nella prospettiva di chi guida un grande ospedale impone particolari responsabilità e doveri, al fine di garantire che l'insieme del lavoro di cura si espliciti in modo rispettoso dell'ammalato, della sua libertà e dignità.

Parole chiave: Grande ospedale, Responsabilità, Guida strategica.

Summary

Misericordia from the point of view of the responsible of a large general hospital is strictly connected with the responsibility of coordinating the clinical activities in the logic of respecting the dignity and the freedom of the patients.

Key words: General hospital, Responsibility, Strategic leadership.

È “fonte di gioia, serenità e di pace. È condizione della nostra salvezza (...) è la legge fondamentale che abita nel cuore di ogni persona quando guarda con occhi sinceri il fratello che incontra nel cammino della vita”: così Papa Francesco definisce la Misericordia all’inizio del testo della Bolla di indizione del Giubileo straordinario che celebreremo dal prossimo 8 dicembre, così, anche e soprattutto in una grande ospedale cattolico, com’è il Policlinico Universitario Agostino Gemelli, dobbiamo vederla e viverla.

Gli occhi del responsabile di un ospedale hanno e devono avere molti sguardi: quello gestionale, quello amministrativo, ma anche quello umano e, appunto, quello misericordioso. Tutti gli operatori di una struttura come il

Policlinico, che ho l'onore di dirigere, si trovano dinanzi a persone e scelte quotidiane che impongono necessariamente un approccio giusto e misericordioso e, al contempo, un atteggiamento operativo che, cioè, decida e operi per il bene psicofisico della persona malata e che ponga nelle migliori condizioni di lavoro coloro che la curano e la sostengono ogni giorno, e che, nel contempo, ne abbia compassione.

Il Gemelli ha festeggiato lo scorso anno i primi 50 anni della sua straordinaria storia e dal 1 agosto di quest'anno tutta l'attività dell'ospedale è stata trasferita dalla Università Cattolica del Sacro Cuore alla Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, il nuovo soggetto giuridico costituito dallo stesso Ateneo con l'Istituto Giuseppe Toniolo di Studi Superiori. Stiamo dunque vivendo, a tutti i livelli, una fase vivace e impegnativa di grande trasformazione per garantire sia lo sviluppo del Policlinico e delle sue riconosciute eccellenze, sia la salvaguardia di quel vincolo originario che lega la nascita dell'ospedale alla volontà di padre Gemelli di promuovere, attraverso l'attività sanitaria, l'avanzamento della ricerca scientifica e una cultura dell'assistenza clinica cristianamente ispirata e capace di testimoniare la centralità del malato e della persona sofferente nella pratica medica.

È dunque nel nostro "codice genetico" la missione di essere un punto di riferimento non solo scientifico e clinico, ma anche e insieme umano. Il Gemelli è un ospedale cattolico, il cui scopo è dare alle persone ammalate e ai loro familiari le migliori cure, ma anche la speranza e una testimonianza di amore per l'uomo, come insegna il Vangelo. Per fare questo, occorre necessariamente che, a partire dal responsabile fino alle migliaia di operatori medici, sanitari, amministrativi e tecnici e con l'impegno di dare l'esempio ai giovani in formazione presso le nostre strutture, ogni giorno abbia uno sguardo e un'azione di misericordia: la persona ammalata, "misera" dal punto di vista delle proprie condizioni fisiche, cioè fragile, indifesa, spesso impaurita, ha bisogno certamente della migliore professionalità e delle migliori terapie, ma esse non possono essere disgiunte anche dalla "comprensione del cuore".

La vera alleanza terapeutica è proprio questa: comunicare, in ogni ruolo al quale ciascuno di noi è chiamato, con la persona umana: quella malata *in primis*, ma anche il collega, il familiare, lo studente. L'organizzazione perfetta, speranza e scopo di tutti noi, è possibile infatti solo con un occhio e un'azione non solo efficienti, efficaci, economicamente saldi e operativamente razionali, ma umani, in una parola "misericordiosi". Un ospedale, allora – e un grande ospedale naturalmente ancor di più, data la numerosità di persone, casi e incontri di cui ogni giorno facciamo esperienza – è un'occasione, un dono prezioso e irripetibile di umanità.

Alla fine del mese di agosto scorso la comunità del Policlinico Gemelli ha ricevuto la benedizione della visita del Segretario di Stato vaticano, cardinale Pietro Parolin, che ci ha ricordato che cosa vuol dire soprattutto per noi la

misericordia: *“l’impegno di trattare tutti con quel rispetto, quell’accoglienza e quella delicatezza che esige la loro dignità di persone umane, create ad immagine e somiglianza di Dio”*. Del ruolo che dallo scorso gennaio mi è stato affidato questo dev’essere il cuore. Il management della sanità si è grandemente trasformato negli ultimi decenni, per ragioni culturali, sociali e naturalmente economiche. Ed è proprio in periodi di sacrificio e a tratti di vera crisi per operatori e utenti che bisogna concentrarsi su metodi e mezzi di efficacia: un atteggiamento costante di “cura”, cioè di “prendersi cura” globale, non può che contagiare al meglio la giornata professionale di tutti.

Così i collaboratori daranno il meglio di sé e contribuiranno al meglio delle proprie capacità alla causa comune, così in giornate sempre più complesse e in un mondo di prestazioni sempre più necessarie e selezionate, la qualità dell’assistenza e dei meccanismi organizzativi risponderà al meglio delle richieste dei nostri ospiti che a migliaia ogni giorno ci chiedono assistenza. Così la ricerca dell’avanguardia sarà non solo visione e tensione verso la migliore tecnologia disponibile, ma anche un salto in avanti dal punto di vista dell’attenzione globale. E, infine, ma non da ultimo, uno sguardo e un approccio di misericordia non può che far aprire un grande ospedale verso l’esterno: il territorio che ci circonda, e più in generale la parte d’Italia che si rivolge a noi, devono poter trovare nel Policlinico Gemelli un punto di riferimento e di aiuto sicuro e completo.

Il nostro Policlinico Universitario è nato da un “sogno” di padre Agostino Gemelli e da esso è diventata una città della salute dove tutti, soprattutto e specialmente bisognosi e indigenti, devono poter trovare assistenza e cura: le persone “stanche, sfinite, smarrite e senza guida”, come ci ricorda Papa Francesco nella medesima Bolla di indizione, quelle per cui Gesù provava “compassione”, con le quali, cioè, soffriva insieme.

“Il tempo passato accanto al malato è un tempo santo”, ci ha ricordato il Santo Padre nel messaggio per la Giornata del Malato del 2015, rivolgendosi a *“professionisti e volontari nell’ambito sanitario”*. La misericordia, dunque, è proprio quella “sapienza del cuore” che ci fa uscire da noi, qualsiasi sia il ruolo che siamo chiamati a svolgere, che ci fa sostare e stare con il fratello sofferente, in un’esperienza di dolore, ma anche di crescita e grazia. Anche un manager della sanità, ancor più in ambito cattolico, deve pensare che la propria giornata, il proprio lavoro e il proprio tempo sono finalizzati a quel tempo speso dai propri collaboratori accanto alla persona che soffre.

Il prossimo Giubileo della Misericordia sarà un’irripetibile occasione per noi e per tutte le strutture e le associazioni a noi collegate: per un anno intero avremo la fortuna di incontrare tante persone che avranno bisogno e che ci metteranno alla prova: alla fine vedremo dunque se la “prova di misericordia” sarà superata. Questo sarà, e posso dirlo a nome di tutte le persone che nel Policlinico Gemelli lavorano e vivono, il nostro primo sforzo e impegno costante.

Rendere misericordiosa l'istituzione sanitaria

DI MARIA TERESA IANNONE E ROBERTO IANNONE

Riassunto

Compito dell'istituzione sanitaria è prendersi cura del corpo umano, anche nella dimensione psicologica e morale, valorizzando il contesto in cui quel corpo vive, le sue relazioni, il suo ambito sociale. L'ospedale è il luogo dell'umanità per eccellenza, eppure non sembra più questa la sanità dei nostri giorni. Riorganizzazione oggi vuol dire tagli: siamo certi che per rinnovare sia questa la strada? La risposta che davvero può rendere misericordiosa l'istituzione sanitaria è che va recuperata la dimensione della relazione in tutte le sue espressioni.

Parole chiave: Servizi sanitari, Alleanza terapeutica, Sanità pubblica.

Summary

The duty of health care facilities is to take care of the human body, even in its environmental context and in psychological and moral values of his life. The hospital is the place of humanity par excellence, even if today it doesn't seem that. Reorganization today means only "cuts": are we sure that for this is the right way of renewal? The answer that can really make merciful health care facilities must be the rescue of the relationship in all its expressions.

Key words: Health Care Facilities, Therapeutic alliance, Public Health.

L'ospedale rappresenta il luogo dove, più che in ogni altro luogo, viene affermato il valore sacro della vita umana, promuovendo così la dignità di ogni uomo nella sua originalità e diversità da ogni altro. Compito dell'istituzione sanitaria è prendersi cura della persona attraverso il suo corpo. La nozione di corpo si pone, in tale senso, come paradigma della pratica medica attenta alla persona e come fondamento della bioetica nella riflessione sulla persona stessa. Tale nozione di corporeità è da leggersi non in una semplice apertura possibile alla dimensione psicologica e morale della persona, bensì come elemento nucleare dinamico della struttura della personalità con le sue relazioni e il suo ambito sociale di riferimento. L'ospedale è il luogo dell'umanità per eccellenza, uno spazio in cui tutto ciò che accade nel vivere quotidiano deve superare qualunque

limite che, nella quotidianità, le relazioni assumono per trasformarsi in una pienezza d'espressione che accoglie la vita.

È davvero così? È questo l'ospedale moderno? Il mondo sanitario ha subito una grande evoluzione negli ultimi decenni, dovuta in gran parte al progresso della tecnologia medica e alle nuove scoperte scientifiche ma anche a un profondo cambiamento culturale della società che ha visto modificare molto il rapporto medico-paziente.

Il significato delle parole "salute" e "malattia" si è trasformato superando la connotazione che legava questi due termini al benessere fisico, per coinvolgere le dimensioni psichiche e spirituali della persona, estendendosi all'ambiente affettivo, sociale e morale in cui la persona vive. Salute non è più, quindi, solo assenza di malattia ma tocca la qualità della vita e il benessere dell'uomo. E la malattia oggi, grazie all'evoluzione della Medicina, rappresenta sempre meno "l'inevitabile" e sempre più spesso una realtà superabile o con cui convivere in un percorso di cronicità.

Tutto ciò configura diversamente il binomio salute-malattia e l'approccio alla cura; l'istituzione sanitaria, a sua volta, tende a essere considerato lo spazio in cui cercare soluzione ai problemi di salute, in un contesto in cui prevenzione e promozione della stessa hanno fatto breccia nei percorsi educativi delle giovani generazioni.

Eppure non sembra più questa la sanità dei nostri giorni. Tutti gli Stati si pongono come obiettivo la tutela della salute dei cittadini ma sono i riferimenti valoriali scelti che portano alle scelte di politica sanitaria, sia nelle modalità di organizzare e gestire l'assistenza sia nell'erogazione dei servizi ad essa correlata. Nel leggere le espressioni normative di questi giorni, che introducono nuove riduzioni alla spesa e una nuova riorganizzazione del settore, c'è qualcosa che non torna. Riorganizzazione oggi vuol dire tagli su analisi, visite ed esami; ma anche penalizzazioni nei confronti dei medici che firmeranno prescrizioni inappropriate; anche stipendi decurtati.

Cosa non ha funzionato per arrivare a questo? Cosa non è stato tenuto in considerazione dal legislatore che vuole ridare ordine al settore? Continuando a tagliare la spesa si potrà assistere a una vera rinnovata organizzazione del settore sanitario? Dare nuovo slancio al quel processo di umanizzazione della Medicina dichiarato a più voci?

Di sicuro l'obiettivo è quello, corretto, di limitare gli sprechi. Il Ministero della Salute si occuperà di presentare i protocolli necessari: tac, risonanze, analisi del sangue, ecografie in gravidanza, persino i ricoveri; prestazioni finora gratuite che passeranno in capo ai cittadini. In cinque anni dovremmo risparmiare così circa 10 miliardi. Stanno lavorando a questo non solo i tecnici del ministero della Salute ma anche l'AIFA, la Ragioneria Generale dello Stato, la Banca d'Italia e la Consip.

È indubbiamente necessario rientrare degli eccessi di spesa, arginare

l'abitudine al *consumismo sanitario* con meccanismi virtuosi di accesso alle cure: in caso di più accertamenti, i successivi resteranno a carico del servizio sanitario solo se il primo indica che sono necessari per arrivare a disegnare nel modo corretto la diagnosi o a verificare l'effetto di una terapia. I test genetici saranno rimborsati solo nel caso in cui venga diagnosticata prima una malattia ereditaria. Ugualmente per tac, risonanza magnetica ed ecografie rimborsate, visto il loro costo, solo in casi di effettiva necessità prevedendo sanzioni per il medico che prescrivesse esami in modo inappropriato potendolo fare solo con idonee motivazioni. Ricoveri sempre più brevi per diverse patologie tanto mediche quanto chirurgiche eventualmente integrate da un sistema di cure domiciliari, cosa già prevista ma ancora non efficiente in modo adeguato.

Ma la riflessione che va fatta è: siamo certi che per rinnovare la Sanità riorganizzandola senza perdere di vista il valore "salute" e il bene "vita" a cui questa deve fare riferimento sia questa la strada da percorrere?

L'espressione di una profonda crisi morale, prima ancora che economica, che pervade il momento storico che stiamo vivendo, non ha escluso il settore che più di ogni altro ha bisogno di umanità. Il mondo sanitario attuale, se da una parte raccoglie consensi generali per le possibilità che offre, dall'altra esprime un grande disagio da parte dei malati e degli stessi operatori sanitari. Insieme ai tanti, troppi, interessi economici che si accavallano e a una eccessiva burocratizzazione, non bisogna dimenticare che accanto a una tecnologia che cresce, i modelli assistenziali spesso sono calati in organizzazioni inadeguate e quindi antiquati per un paziente che cambia e una popolazione che invecchia, e presenta esigenze diverse che vanno risolte in modo differente. I conflitti sempre più emergenti nel contesto di una medicina troppo difensiva e sempre meno accogliente mostrano la perdita di vista della scala dei valori che mettano in evidenza che il paziente prima ancora di essere malato è una persona.

Questa *spending review* ha davvero l'obiettivo di eliminare gli sprechi o suscita il dubbio che si voglia cambiare la natura del sistema sanitario italiano, rinunciando al modello universalista avviato più di trent'anni fa con la legge 833 che avrebbe bisogno invece di crescere e adeguarsi alle esigenze del paziente moderno?

La spesa sanitaria va controllata, certo, ma in un contesto di crisi economica profonda come quella attuale che vede il cittadino con sempre meno possibilità economiche per tutelare la propria salute, deve restare forte il valore di una sanità pubblica capace di intervenire per sostenere tutti nella difesa del bene prezioso della salute essenziale elemento di coesione sociale, che dovrebbe andare al di là di ogni riferimento economico o ideologico.

Non basta ridurre gli sprechi. È necessario rendere la Sanità efficiente e funzionale per arginare, sì, gli sperperi ma, insieme a questo, riconoscere adeguatamente il lavoro dei professionisti e dare il giusto supporto ai cittadini.

Per fare questo non si può dimenticare che la società, negli ultimi trent'anni,

è cambiata radicalmente. L'Istat, nel rapporto demografico e sociale del 2014, dimostra chiaramente di un accentuarsi dell'invecchiamento della popolazione con notevoli ricadute in termini di criticità non solo economica ma anche sanitaria e assistenziale. Una popolazione che invecchia significa più anziani e meno giovani, con conseguente esistenza di famiglie composte da persone in età avanzata, spesso sole.

È necessaria una forte messa in discussione dell'approccio al paziente e la imprescindibile predisposizione al cambiamento che ricrei epistemologicamente le basi su cui ricostituire un'organizzazione moderna. Va affrontata con coraggio la sfida di ripensare la Medicina, in senso profondamente antropologico, che da una parte utilizzi e metta a disposizione i traguardi raggiunti e dall'altra riscopra la sua arte superando le limitazioni che l'iperspecializzazione ha portato, per rivolgersi non all'"organo" da curare ma alla persona malata nel suo insieme organico, psicologico, sociale. Solo qualche semplicissimo esempio: se oggi siamo in grado di ricoverare in day surgery per molti interventi, ma non teniamo conto della situazione familiare e sociale del paziente, specie se anziano, ci esponiamo fortemente al rischio, alla prima difficoltà, di ritrovare il paziente in pronto soccorso con un possibile conseguente ricovero ordinario. Ancora: siamo certi che oggi i nostri reparti di Medicina Interna siano in grado di far fronte alle situazioni di pluripatologia da cui, specialmente i pazienti anziani, sono per lo più affetti? Quante volte i Centri di Rianimazione finiscono col supportare le situazioni più critiche che i reparti spesso non riescono ad affrontare perché organizzati con vecchi modelli? Quanto costa tutto questo? Quanto aiuta il paziente?

Un'organizzazione non adeguata del lavoro può creare le condizioni affinché un "errore umano" possa manifestarsi con maggiore probabilità. Quando pochi operatori debbono, da soli, far fronte alle esigenze di un intero reparto, si constata l'aumento di isolamento, la costrizione psicofisica, l'ampliamento delle responsabilità e il carico di lavoro fisico e mentale determinanti un aggravio di fatica che inevitabilmente incide sulla vigilanza e aumenta il rischio di errore, incidendo sulla sicurezza e sulla salute dell'operatore stesso oltre che del paziente.

Questa riflessione è doverosa per uscire dalla retorica del "paziente al centro" a favore della centralità del rapporto operatore-paziente e quindi della attenzione doverosa affinché tale relazione possa essere costruita in modo corretto.

Un passo avanti si può fare ma solo se tutti, compreso chi amministra, sono messi nelle condizioni di lavorare; e potrebbe aiutare la definizione del rapporto tra ospedale e territorio che s'invoca da tempo, mentre finora il taglio dei posti letto e delle risorse umane negli ospedali non ha portato a nessun reale spostamento di risorse economiche sul territorio.

Va superata l'idea dell'ospedale come unico luogo che risponda pienamente ai bisogni di salute, a favore di una rete territoriale efficiente e di qualità alla quale i cittadini possono rivolgersi. L'ospedale potrebbe così rispondere con

un'organizzazione sofisticata e divisa per intensità di cure al secondo passaggio necessario, nella ricerca della soluzione ai propri problemi. Rispondendo con prontezza in tal senso si potrebbe ottenere un buon risparmio frutto della razionalizzazione delle risorse e della riduzione degli sprechi, anche quelli che l'ultima normativa vuole arginare, spiacevoli e spesso inutile conseguenza della cosiddetta "medicina difensiva".

La medicina difensiva è un fenomeno in crescita nel nostro Paese, che ha risposto all'incapacità di rendere viva la relazione medico-paziente. Quest'ultima è stata snaturata dalla visione troppo legalistica del ruolo del diritto all'informazione di un paziente che è cambiato; ed è indubbio che oggi ci troviamo di fronte ad un paziente che vuole essere informato, un paziente *protagonista* che decide di accordare e ritirare il suo consenso, non più implicito nell'atto di rivolgersi al medico ma che accompagna la consapevolezza di voler essere partecipe della decisione. Spesso, però, senza avere gli strumenti per aderire in maniera corretta al percorso decisionale. Tutto ciò in un contesto sociale all'interno del quale il ruolo importante dei mass-media, con il loro potere di favorire un orientamento piuttosto che altri, ha contribuito in modo non indifferente a determinare il cambiamento nel rapporto tra il medico e il suo paziente a volte, oltretutto, fomentato da un pullulare di associazioni colpevolmente sedenti protettrici della tutela della salute. Dall'altra parte una classe medica impreparata a relazionarsi, che è stata formata per curare le patologie e non i malati e che spesso dimentica che è con quel malato che deve relazionarsi e non con i suoi organi.

Tra tali "sconosciuti" è impossibile impostare una corretta alleanza terapeutica. Non si può non lanciare un allarme facendo queste riflessioni. L'istigazione al risarcimento da una parte e il distacco posto dal medico per "difendersi" dall'altra, provocano la sola conseguenza di colpire il cuore dell'istituzione sanitaria, provocando una grave incertezza dei pazienti, un forte malcontento dei professionisti, e un dispendio enorme di risorse.

La domanda che ne consegue è: qual è il futuro della nostra salute e del nostro sistema sanitario?

La risposta che davvero può rendere misericordiosa l'istituzione sanitaria il recupero della dimensione della *relazione* in tutte le sue espressioni. Solo in questo modo si può ricostruire lo spazio ermeneutico in grado di comprendere la distanza tra medico e paziente. Distanza che, in modo prospettico, si pone non come freddezza ma come soglia di interpretazione: l'altro è conoscibile solo in un far spazio in cui la distanza non è prodotta dall'attività del soggetto interpretante ma si pone come qualcosa di dato. L'*interpretandum* è colto dove esso già è, conservando, in questo modo, la sua vera ed originale autonomia. È la distanza, quindi, il vero campo della relazione che non esiste senza alterità e dove l'alterità non esiste senza relazione. Relazione, però, anche tra amministratore e organizzazione, tra operatori, per farli incontrare e favorire

percorsi di conoscenza. Lo spazio della relazione non può e non deve rappresentare solo uno scambio sterile di informazioni, una acquisizione teorica di nozioni concrete a cui non dare lo slancio della riflessione, lo spazio umanizzante della partecipazione.

È una questione di metodo e di consapevolezza che non può rendere la crisi del momento meno critica ma può consentire di assumere il ruolo che si rende necessario per facilitare l'incontro tra organizzazione e umanizzazione, facendo entrare nella logica di sistema la responsabilità di comprendere che nel lavoro di ognuno si connota la qualità del lavoro e della vita degli altri. L'etica è la volontà di vivere cercando il buono e il giusto. Essere eticamente corretti equivale a vivere conoscendo il mondo in cui ci muoviamo, per sapersi muovere in esso per affrontare ed evitare di scontrarsi contro i limiti o le difficoltà che tessono la società civile. Questo movimento va inteso, poi, nella dimensione "estetica" in quanto l'ethos del trascendimento si concretizza unicamente nella dimensione del "bello" in un vero e proprio atto misericordioso; capace, cioè, di trarre, in contrasto al male, il bello e il buono.

Eppure spesso questo atteggiamento svanisce. Operatori e pazienti diventano estranei che vivono nello stesso mondo. Stranieri morali la cui tendenza è quella di mettersi sempre sulla difensiva, quando invece si dovrebbe stare di più sull'offensiva non per dimostrare erronei i comportamenti altrui, ma per comprendere e spiegare il contesto in cui si sta operando. La struttura sanitaria è il luogo morale in cui si svolgono attività umane in vista di una *mission*; tali attività dovrebbero seguire un'etica ed un'estetica istituzionale chiara che affermi il rispetto dei diritti umani, che promuova lavoro in équipe, che persegua obiettivi di qualità, attraverso il raggiungimento e il mantenimento di un'adeguata comunicazione interna ed esterna e che curi con attenzione i particolari, non sfuggendo al riconoscimento degli errori per promuoverne la correzione.

Un percorso che dia non solo una nuova immagine ma un nuovo volto, umano, all'istituzione sanitaria e garantisca l'approccio globale per cui il "malato" non sia solo un paziente da curare ma una persona con la quale interagire e al quale garantire, oltre alla salute fisica, anche un benessere esistenziale e morale. Una riscoperta e al contempo una rivoluzione di pensiero che permetta all'istituzione e agli operatori che la compongono, nel curare la malattia, di prendersi carico della vita di coloro che si affidano alle loro competenze. Perché l'incertezza, la paura, il disorientamento di un paziente o di un familiare è vita vissuta, anche se fuori dal contesto della propria routine. Per questo va garantita una risposta di qualità in cui entri in gioco la relazione per accogliere adeguatamente persone che, in un mondo che corre, richiedono maggiori attenzioni. E l'organizzazione ha il dovere di promuovere la capacità di percepire quello che in sostanza è un sistema di valori che permetta ai singoli lavoratori di identificarsi con l'istituzione, per consentire che la trasformazione culturale diventi l'orientamento a cui affidare i propri modelli di comportamento e assicurare i citta-

dini. Promuovere, attraverso l'identificazione di valori e presupposti condivisi, un cambiamento culturale maturo che possa rilanciare l'organizzazione di tali sistemi in un contesto storico e sociale nuovo, pone le basi di una cultura della sicurezza che rappresenti il sistema di valori e principi su cui si fonda il rapporto tra individuo e organizzazione; sistema che deve essere il più possibile condiviso e coerente.

Paolo di Tarso diceva: "*Non intratur in veritate nisi per charitatem*". Non si entra nella verità senza l'amore. Molti operatori, sanitari quanto amministrativi, precipitano invece nell'ignoranza quando dimenticano che la comprensione non esiste al di fuori dell'*interesse*, che l'interesse non può esistere separato da un *legame*, e che questo non si costruisce quando il rapporto tra operatore e paziente è un rapporto di reciproca diffidenza.

L'incuria della reciprocità è il massimo rischio che il sistema sanitario corre, abbandonato a vagare senza orizzonti in quel nulla inquieto e represso che vuole mascherare il disagio che dovrebbe, invece, far riflettere non tanto sulle capacità quanto sulle possibilità, che il contesto offre per mettere a punto soluzioni immediate o progettuali.

Lo psichiatra israeliano Mark Spivak sosteneva che "*non si possono fare cose nuove e diverse senza sistemi e persone nuove e diverse*". Ma per farlo è necessario che il sistema sanità - e in esso chi lo gestisce - non abbia paura, che all'interno di esso ci siano operatori che non perdano di vista che il binomio economia ed etica possa esistere senza secondi fini ed essere al servizio della clinica; e che sia loro consentito di esprimere la loro percezione della verità che vivono e che sentono attorno loro.

Senza questo sforzo, potremo continuare a produrre norme che sulla carta dichiarano soluzioni nel rispetto di diritti e valori ma che mai riusciranno a essere società vivente, pronta ad accompagnare operatori, pazienti e famiglie nei loro percorsi di tutela della salute.

Dalla misericordia al volontariato *il percorso storico della solidarietà*

DI BERNARDINO FANTINI

Riassunto

Nei secoli la misericordia ha suscitato movimenti di soccorso nelle comunità a favore dei bisognosi. A Firenze è sorta la più antica e importante associazione ancora oggi attiva. La virtù della misericordia ha ispirato molti artisti, tra i quali Piero della Francesca.

Parole chiave: *Misericordia, Tradizione e storia, Rappresentazioni artistiche.*

Summary

In past centuries the so-called “Mercy” had arisen as community spaces to protect needy people and take care of his suffering and death by providing a framework for facing this human suffering, within a social and religious context s. The goal of the ethical and humanitarian volunteer, today, is stillo the same through the long term: take care of the suffering person in the best way that medical science and technology can offer, not to mention the emotional and cultural aspects of the disease, in order to allow everyone to have a life worthy of the human person.

Key words: *Mercy, Volunteer, Human suffering.*

Introduzione

Il giovane pittore Piero della Francesca, di ritorno nel suo borgo nativo di Sansepolcro dopo un soggiorno di formazione a Firenze, riceve nel 1445 una commessa importante, da realizzare in tre anni. Il lavoro a questo dipinto durerà tuttavia molto di più e il polittico, che si trova ora nella Pinacoteca Comunale di Sansepolcro, sarà terminato solo quindici anni dopo (figura 1). Il centro del polittico, e probabilmente l'unica parte realizzata personalmente da Piero, insieme alla Crocifissione immediatamente sopra, è occupato dalla grande figura della “Madonna della Misericordia” che accoglie sotto un grande manto i penitenti e i committenti, rappresentati, secondo le convenzioni dell'epoca, in dimensioni ridotte, le donne a destra, gli uomini a sinistra. Il tutto su uno sfondo dorato, come nella pittura medioevale, in uno spazio unitario appena accennato, luminoso, in



Figura 1
Piero della Francesca, Polittico della Misericordia,
Pinacoteca Comunale, Sansepolcro

una composizione solenne e ieratica. Fra i personaggi accolti sotto il manto della Vergine si nota un uomo incappucciato, nel costume tipico della locale Congregazione della Misericordia, che aveva acquistato un importante ruolo sociale ed anche un solido potere economico e politico e che aveva appunto commissionato a Piero questo polittico.

Tra le confraternite laiche che a partire dalla fine del Medioevo si sviluppano impetuosamente, con diversi ruoli religiosi e sociali, le Misericordie si dedicano alla solidarietà nei confronti dei bisognosi e dei malati e dalla tradizione secolare della Vergine misericordiosa prendono il nome (la Misericordia) e il simbolo, il manto protettore, che assunto come impegno laico per la solidarietà e l'assistenza dai membri della confraternita, diventa a sua volta un 'manto protettore' per la cittadinanza. Il cappuccio, a sua volta, indica la volontà di non legare all'atto di solidarietà alla riconoscenza. Non si deve

essere 'riconosciuti' e quindi si nasconde il viso sotto il cappuccio, perché la solidarietà deve essere dono anonimo.

Si trovano nel dipinto di Piero due simboli di grande importanza storica, il manto della Vergine e il cappuccio, che erano già presenti in immagini precedenti e saranno poi ripetuti in diversi altri dipinti dal Rinascimento sino al Barocco. Intorno al 1420 Pietro di Domenico da Montepulciano dipinge una Vergine della Misericordia che mostra in primo piano i membri incappucciati di una confraternita e il manto protettore si trova anche nella "Madonna della Misericordia" del Ghirlandaio (1472), nella Chiesa di Ognissanti a Firenze.

La tradizione della Misericordia

L'origine delle Misericordie coincide con lo sviluppo a partire già dal X secolo delle prime forme di partecipazione dei cittadini alla vita della comunità, grazie alla creazione di Confraternite laiche, che sono presenti ovunque in Europa e hanno diverse tipologie e missioni. Accanto a confraternite che hanno scopo di devozione e si raggruppano intorno a determinate pratiche, come il rosario o

l'eucarestia, proponendo una maggiore partecipazione dei laici alla liturgia, si sviluppano molteplici Confraternite dei Penitenti (Compagnia dei Disciplinati, i Flagellanti, ecc.) che assumono pratiche rigorose di pentimento e di penitenza. Ogni mestiere o corporazione, poi, crea le proprie confraternite che si riuniscono intorno al culto di un santo patrono e al tempo stesso permettono una rappresentanza solidale della categoria professionale. Vi sono poi le Confraternite di Beneficenza, come le Misericordie e le *Scholae*, che divengono rapidamente le più numerose e le più riconosciute socialmente, offrendo servizi di assistenza ai poveri, di accoglienza agli orfani, creando e gestendo ospedali, trasportando i malati e curando la sepoltura dei morti.

Questa tradizione si consolida a partire dal XIV, anche per effetto della terribile epidemia di peste che colpisce tutta l'Europa a partire dal 1347, e rimarrà stabile e fiorente nei secoli successivi, in alcuni casi, come in Toscana, continuerà le sue attività sino ad oggi.

La descrizione della peste e soprattutto delle sue conseguenze sociali data da Giovanni Boccaccio all'inizio del *Decameron* può far comprendere meglio il perché dello sviluppo delle Confraternite e di nuovi spazi per la solidarietà collettiva. Boccaccio nota le politiche sociali introdotti, come la pulizia della città ("fu da molte immondizie purgata la città da oficali sopra ciò ordinati"), la creazione di cordoni sanitari e la chiusura delle porte della città ("vietato l'entrarvi dentro a ciascuno infermo"), ma nota anche mortalità molto elevata ("quasi tutti infra 'l terzo giorno dalla apparizione de' sopra detti segni, chi più tosto e chi meno e i più senza alcuna febbre o altro accidente, morivano") e l'impotenza dei rimedi e della prevenzione ("né consiglio di medico né virtù di medicina alcuna pareva che valesse o facesse profitto"). Ma soprattutto Boccaccio nota il frantumarsi delle relazioni famigliari e sociali, l'abbandono delle regole, l'isolamento individuale: "E lasciamo stare che l'uno cittadino l'altro schifasse e quasi niuno vicino avesse dell'altro cura e i parenti insieme rade volte o non mai si visitassero e di lontano: era con sì fatto spavento questa tribulazione entrata né petti degli uomini e delle donne, che l'un fratello l'altro abbandonava e il zio il nipote e la sorella il fratello e spesse volte la donna il suo marito; e (che maggior cosa è e quasi non credibile), li padri e le madri i figliuoli, quasi loro non fossero, di visitare e di servire schifavano".

Nelle varie società e sino all'emergere alla fine dell'Ottocento dello stato sociale, i malati, i poveri, gli infermi sono esclusi dalla città e quindi dalla vita civile. E divengono oggetto della carità individuale e soprattutto collettiva. L'assistenza a quanti ne hanno bisogno diventa un obbligo religioso e sociale codificato nella tradizione cristiana nelle "Sette opere di misericordia corporale" da realizzare accanto alle "Sette opere di misericordia spirituale" (consigliare i dubbiosi; insegnare agli ignoranti; ammonire i peccatori; consolare gli afflitti; perdonare le offese; sopportare pazientemente le persone moleste; pregare Dio per i vivi e per i morti). Le sette opere di misericordia corporale sono magnificamente 'condensate' in una tela di Caravaggio realizzata tra la fine del 1606 e l'inizio del 1607 e



Figura 2
Caravaggio, Sette opere di misericordia corporale
Pio Monte della Misericordia, Napoli

conservata al Pio Monte della Misericordia di Napoli (figura 2).

Sulla destra il “Seppellire i morti” è raffigurato con il trasporto, da parte di un diacono che regge la fiaccola e di un portatore, di un cadavere di cui si vedono solo i piedi. Il “Visitare i carcerati” e il “Dar da mangiare agli affamati” sono rappresentati da un singolo episodio, quello di Cimmonne che condannato alla morte per fame in carcere fu nutrito dal seno della figlia Pero, e per questo fu graziato dai magistrati che fecero erigere nello stesso luogo un tempio dedicato alla Dea Pietà. Sullo stesso luogo fu poi edificata la Basilica di San Nicola in Carcere. Sulla parte sinistra il “Vestire gli ignudi” è svolto da San Martino di Tours che fa dono del mantello ad un uomo nudo sdraiato a terra e visto di spalle. Allo stesso santo è legata la figura dello storpio in basso a sinistra, un emblema del “Curare gli infermi”. Vi è quindi un uomo (Sansone) che beve da una mascella d’asino e rappresenta il “Dar da bere

agli assetati”. Infine “Ospitare i pellegrini” è indicato dall’uomo all’estrema sinistra che indica un punto verso l’esterno, ed un altro che per l’attributo della conchiglia sul cappello (segno del pellegrinaggio a Santiago de Compostela) è facilmente identificabile con un pellegrino.

Oltre alla simbolica rappresentazione delle Sette opere di misericordia corporale, questo dipinto di Caravaggio ci suggerisce altre chiavi di lettura. In primo luogo, come ha sottolineato Maurizio Calvesi, la presenza della Vergine e del Bambino nell’alto del quadro indica nelle opere di carità il modo per avvicinarsi a Dio, un mezzo di espiazione e di elevazione spirituale. Ed è il mantello tradizionalmente associato alla Vergine misericordiosa che scende in una spirale verso San Martino e il povero ignudo.

Questa scena non ha nulla di convenzionale ma sembra una scena ambientata in una città, anzi in un quartiere popolare di una città, come Napoli, dove fu dipinta, e sembra suggerire che le opere di misericordia devono far parte della quotidianità, essere realizzate ogni giorno.

La Misericordia, se all’inizio è associata alla figura della Vergine misericordio-

sa, mediatrici e con il Cristo per la remissione dei peccati e la salvezza dei peccatori, nella visione laica che si ritrova nelle confraternite ritrova nell'epoca dell'Umanesimo le radici classiche del gesto di solidarietà interpersonale. *Misericordia*, in latino, deriva da miseria e da cuore (*cordis*) e indica la sofferenza di chi osserva gli altri soffrire e sente il cuore stringersi, indica il moto di solidarietà che nasce da un impulso etico, ma anche corporale, fisico, di partecipazione alla sofferenza altrui, e diventa la spinta per l'azione volontaria di assistenza.

Per l'enciclopedista latino Celso (I secolo d.C.) la misericordia deve essere un requisito indispensabile per il medico come di ogni persona che si dedica alla cura dei malati e dei sofferenti. Non si tratta quindi, e non è solo un obbligo professionale, ma la base necessaria di ogni atto di solidarietà.

La malattia e la morte, eventi inevitabili e fondatori dell'esperienza umana, hanno dato origine da sempre e in tutte le civiltà a miti, riti, pratiche, relazioni, istituzioni e strutture sociali. Dall'origine stessa della storia, e in tutte le civiltà, ogni singolo atto medico trova il suo ruolo in un rapporto sociale, all'interno di una comunità. Le malattie, gli incidenti, le ferite sollecitano la solidarietà interpersonale, e il gesto di soccorso, di sostegno, che si trova così spesso nei bassorilievi egiziani o nei vasi greci, sottolinea la centralità dell'atto medico, una relazione sociale che trova la sua origine in una decisione etica, nel senso etimologico del termine, in un comportamento solidale, che implica la presa in carico del dolore, della sofferenza dell'altro, del "paziente", cioè la persona che soffre, anche al di là dell'efficacia terapeutica del gesto. Il sapere pratico, empirico, trasmesso per tradizione alle generazioni successive, diviene poi, con la formazione delle città, un sapere teorico e pratico condiviso da un gruppo sociale specifico, prima religioso, poi familiare ed, infine, professionale.

La presa in carico della malattia e della sofferenza si sviluppa storicamente a tre diversi livelli: nei rapporti di solidarietà interpersonale e collettiva; nella creazione di spazi adeguati, siano essi il rifugio familiare, la capanna dello sciamano, il tempio del sacerdote, la camera del malato, il gabinetto del medico, l'ospedale; nella spinta alla ricerca del perché, la proposta di ragioni, la necessità di spiegazioni atte a isolare cause e scopi.

Questi tre livelli sono altrettanti oggetti storici, relativamente ben studiati dalla storiografia della medicina e della sanità. Gli storici sociali hanno seguito i percorsi dell'assistenza ai malati e ai poveri. Molto più raramente i tre livelli sono stati analizzati insieme, con la ricerca dei nessi fra i rapporti umani di solidarietà, le strutture e gli spazi architettonici a questi necessari, e i contesti istituzionali, culturali e ideali che li rendono possibili. Tali nessi sono storicamente necessari, perché i luoghi della cura sono al tempo stesso spazi architettonici, centri di solidarietà e luoghi di produzione e di applicazione della conoscenza medica. Inoltre, se si fa attenzione alla differenza, poco chiara nella lingua italiana ma ben evidente nella distinzione operata nella lingua inglese, fra il *to cure* e il *to care*, fra il curare o guarire e il prendersi cura, fra la terapia e l'assistenza, si vede che i luoghi del

“prendersi cura” non sono necessariamente gli stessi dell’intervento medico curante, e che anzi storicamente tali luoghi sono stati spesso distinti.

Nella dinamica che si è stabilita negli anni fra pratiche mediche e solidarietà, nelle trasformazioni degli spazi dell’assistenza e della cura, nel dipanarsi dei nessi teorici, si possono reperire grandi discontinuità, ma anche permanenze di lunga durata, strati di fondo che sembrano accomunare civiltà e periodi storici molto lontani fra loro.

L’evoluzione delle strutture delle reti di assistenza e di cura non è lineare, non c’è un processo facilmente identificabile come un progresso. Al contrario, si assiste a un’oscillazione continua nelle funzioni e negli spazi, a un processo di fasi successive di restringimento o di allargamento delle reti di assistenza. In alcuni periodi storici si tende a concentrare tutto all’interno di un unico ospedale centrale, in altri questo ospedale si apre al territorio, si distribuisce su strutture periferiche.

Così, ad esempio, fra il XV e il XVI secolo fu avviata una grande riorganizzazione dei sistemi assistenziali che portò alla formazione di una nuova rete ospedaliera, grazie a una concentrazione basata sulla soppressione degli ospizi medievali e sulla creazione di un “ospedale maggiore” della città, il cui compito era quello di coordinare l’insieme delle attività assistenziali. Tale riorganizzazione dei sistemi assistenziali mirava a concentrare e coordinare l’insieme dell’attività; era un riflesso della volontà del potere politico di organizzare e concentrare il controllo del territorio in strutture centralizzate, intese a coordinare l’insieme delle attività, in ogni settore vitale dell’economia e della vita sociale. In questo periodo, le autorità laiche iniziarono a sostituire gli ordini religiosi nel monopolio dell’assistenza, creando istituti assistenziali sotto la propria sfera di controllo allo scopo di contenere il fenomeno del pauperismo.

Le istituzioni assistenziali erano, quindi, inserite in un programma politico di più ampio respiro che mirava da una parte a fini caritativi e assistenziali e dall’altra al controllo sociale.

Gli ospedali sono centri che non si limitano alle attività di assistenza ai poveri, ma svolgono numerosi e svariati compiti di ordine sociale; sono simboli del potere e del benessere di una comunità, e per questo devono essere anche dotati di dignità architettonica.

Come si legge negli statuti – in vigore intorno al 1500 – dell’ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze, l’invito su cui si basano le regole degli ospedali è ancora una volta quello evangelico di accoglienza e di ricovero al povero, simbolo di Cristo in terra: “Questi poveri devono essere ricevuti, curati, consolati, scaldati, alimentati e puliti con compassione.

Devono essere trattati con carità e i loro bisogni devono essere soddisfatti con tutte le cure”.

Secondo la tradizione, la nascita del movimento delle Misericordie viene identificata con la fondazione nel 1244 della Compagnia della Misericordia di Fi-

renze per opera del frate domenicano Pietro da Verona. Le prime tracce documentali della sua presenza ed attività, esistenti presso il fondo Magliabechiano della Biblioteca Nazionale di Firenze, risalgono al 1321, con l'atto di acquisto di una casa di proprietà di Balduccio Adimari sita davanti al Battistero (Bibl. Naz. Firenze - Fondo) e una nota relativa alla "Messa per la Pace" fra guelfi e ghibellini organizzata congiuntamente dai Capitani della Compagnia della Misericordia e della Compagnia del Bigallo. Esistono poi nella stessa biblioteca alcuni atti e rogiti notarili, datati a partire dal 1330, nei quali la Compagnia della Misericordia risulta beneficiaria di lasciti e donazioni, e al 1361 risalgono quattro registri in cui sono riportati i nomi degli ascritti suddivisi per quartiere.

A fianco di questa ricostruzione documentale si è consolidata nel corso dei secoli una diversa tradizione popolare, di cui la prima versione scritta si trova nella *Istoria della venerabile compagnia di Santa Maria della Misericordia*, pubblicata da Placido Landini alla fine del Settecento. Secondo questa leggenda, Piero, figlio di Luca Borsi, lavorava a Firenze come facchino per conto della potente Arte della Lana, particolarmente attiva in quanto il commercio dei panni di lana era fiorento. Dato che il trasporto delle merci, affidato ai facchini, era un lavoro intenso e pesante, non di rado, per alleviare la fatica, veniva fatto ricorso ad abbondanti bevute di vino. Un gruppo di questi facchini, di cui faceva parte Piero, aveva l'abitudine, fra un trasporto e l'altro, di rinfancarsi presso la Buca degli Adimari, una mescita di vino nei pressi della Cattedrale. Durante questo soste, i facchini si lasciavano facilmente andare a discussioni talvolta violente e avevano l'abitudine di bestemmiare. Uomo molto devoto, Piero per cercare di convincere i compagni ad abbandonare questa pratica, propose di istituire il pagamento di una multa ogniqualvolta uno di essi bestemmiasse il nome di Dio. La proposta venne accettata, e dato che evidentemente la quantità delle bestemmie non diminuì di molto, dopo qualche tempo, la somma costituita dal versamento delle multe, raggiunte dimensioni considerevoli che Piero decise di utilizzare in opere caritatevoli, come forma di pietosa ammenda per le bestemmie che l'avevano prodotta. Così egli acquistò sei grandi ceste da portare a spalla, dette zane, con le quali andare a raccogliere i malati della città accompagnandoli agli ospizi dove sarebbero stati curati. I compagni accettarono e si stabilì un compenso per ciascuno dei viaggi che avrebbero effettuato. Il trasporto dei malati divenne quindi il cuore delle attività della Misericordia fiorentina ed ancora oggi se si è a Firenze e si ha la sventura di avere bisogno di un trasporto in ambulanza è probabile che questa sia un'ambulanza della Misericordia.

Le Confraternite hanno rappresentato dal loro inizio lo sforzo dei laici di acquistare un ruolo più importante nella collettività, in modo da acquisire spazi collettivi di autonomia e di potere, di indipendenza dal potere religioso. In secoli in cui frequenti erano le lotte fra i diversi poteri civili e religiosi, le Confraternite hanno spesso svolto un ruolo da protagonista sia sul piano religioso che su quello civile. E proprio per questo si sono trovate spesso in pericolo di repressione da

parte del potere civile e religioso, che mal vedeva la loro autonomia e li considerava spesso come forme di opposizione e di eresia e spesso mirava ad appropriarsi delle ricchezze che, grazie a donazioni e lasciti, molte confraternite avevano accumulato. A partire dalla metà del XV secolo a Firenze come in tutta Europa tutte le Compagnie e Confraternite dedite alla beneficenza e all'azione di solidarietà sociale sono sotto il controllo diretto o indiretto dello Stato che ne indirizza le finalità all'interno della propria politica di gestione del potere pubblico, controllo spesso anche richiesto e favorito dalle confraternite stesse che in questo modo otteneva protezione e stabilità ed anche il modo di ottenere più lasciti e meglio resistere alle pressioni dei famigliari privati delle eredità.

Tuttavia, la base borghese e popolare delle varie confraternite restava intatta e questo spiega il successo delle tradizioni come quella di Piero come fondatore della Misericordia fiorentina. I membri delle compagnie erano persone comuni, con i loro difetti e magari i loro vizi e l'idea di partecipare alle opere di beneficenza e di assistenza per 'mondare i peccati' poteva ben essere una motivazione valida e certamente nobile, volgendo verso il bene anche i comportamenti negativi, come il bestemmiare. La "saggezza popolare" sembra quindi indicare con chiarezza, attraverso la metafora della leggenda, le ragioni dell'adesione all'esperienza delle misericordie.

Lo spazio pubblico e la solidarietà individuale

Il ruolo della solidarietà cambia a partire dal Settecento con lo sviluppo di nuove politiche di sanità da parte degli stati nazionali e con la trasformazione degli ospedali da luoghi di accoglienza a luoghi esclusivamente dedicati alla cura, con l'origine della medicina scientifica. Le strutture e gli attori della solidarietà devono necessariamente seguire questo movimento, creando nuovi spazi e modi di operare. In ogni periodo in ogni luogo, gli ospedali hanno svolto una grande funzione come simboli della solidarietà nella comunità, offrendo forme di assistenza culturalmente e socialmente accettabili, e formando meccanismi di aiuto al sofferente, al malato e al morente. Dato che le comunità e le culture sono cambiate nel tempo, il ruolo e i confini istituzionali degli ospedali sono ugualmente cambiati con esse. In epoca moderna, da luoghi di rifugio, di pietà e di morte, gli ospedali divengono principalmente case di riabilitazione e di reintegrazione sociale, oltre che strutture produttive.

A partire dal Settecento, lo Stato comincia a stabilire un legame forte fra economia, scienza, salute e demografia. La salute diventa una risorsa anche economica della società, da preservare e da sviluppare. L'ospedale diventa uno dei luoghi in cui si realizza la riforma sociale voluta da tanti monarchi illuminati di questo periodo: diventa in primo luogo una "casa di cura", anche se le finalità precedenti non vengono abbandonate. Salvare la vita, ristabilire la salute, diventano gli obiettivi dei trattamenti medici e chirurgici all'interno degli ospedali ormai medicalizzati, che permettono di riabilitare e di reintegrare i malati e i poveri. La rete degli

ospedali militari e navali comincia a servire allo stesso scopo, ovvero a riabilitare il soldato o il marinaio, rendendolo di nuovo adatto al servizio. Nella Torino del XVIII secolo, gli amministratori della Casa dei poveri, esponenti di primo piano del ceto commerciale, indirizzano i soccorsi principalmente verso quei lavoratori che in qualche misura contribuiscono alla crescita economica della città. Un concetto di carità molto più ampio di quello puramente religioso e morale diviene, quindi, un aspetto dinamico della società e determina le attività e le funzioni degli ospedali. Più in generale, i governi illuminati d'Europa pongono la "pubblica felicità" come obiettivo politico ed economico, mirando all'incremento del benessere e della salute di un popolo come scopo per la formazione di uno Stato moderno, della sua unità e della sua forza. L'intento di migliorare la salute pubblica richiede necessariamente una riorganizzazione del sistema ospedaliero esistente. È in questo periodo che si assiste a una trasformazione delle finalità delle strutture ospedaliere, che, da luogo dell'offerta assistenziale e di ricovero, divengono luogo della cura medica e della formazione di un sapere medico specifico e qualificato, al servizio non solo dell'individuo, ma anche dello Stato, della collettività. Questo si accompagna alla creazione di una rete territoriale di assistenza, di cura e di prevenzione, basata sulle condotte mediche, sugli ufficiali sanitari, sulla prima pubblicistica intesa a diffondere una serie di nozioni igienico-sanitarie elementari.

Gli ospedali, per ottenere una maggiore efficienza e per evitare i pericoli legati ai disordini e alla promiscuità, divengono istituzioni estremamente controllate da una forte struttura amministrativa. In questo periodo, per esempio, si iniziano a costruire appositi anfiteatri chirurgici per evitare che le operazioni, come avveniva sino a quel momento, avvenissero nelle corsie di fronte agli altri ricoverati. A partire dall'origine della medicina scientifica, dal superamento del cosiddetto "scisma di Galeno", la struttura e le funzioni degli ospedali come luoghi pratici e teorici della cura e della formazione medica non possono prescindere dalla diffusione, all'interno delle pratiche ospedaliere, delle conoscenze e delle tecniche scientifiche. La distribuzione degli spazi all'interno degli edifici ospedalieri, la diffusione dei reparti specializzati – come i teatri anatomici prima, poi i gabinetti di osservazioni naturali e microscopiche e, infine, nell'Ottocento, i laboratori, inizialmente chimici e successivamente microbiologici –, sono tutti indizi della crescente medicalizzazione negli ospedali nonché della concentrazione, pressoché assoluta in queste strutture, delle responsabilità di cura.

Medicalizzazione dell'ospedale non significa solo presenza di medici all'interno della struttura; significa, soprattutto, riorganizzazione delle funzioni e della disposizione spaziale dei luoghi di cura in relazione alla diffusione di nuove conoscenze e di pratiche innovative, suggerite dal sapere scientifico e dall'indagine clinica. In misura sempre maggiore, negli ospedali ottocenteschi, gli obiettivi diventano la cura, il miglioramento dello stato di salute e, se possibile, la guarigione, mentre i compiti esclusivamente assistenziali vengono devoluti ad altre strutture pubbliche e private. La popolazione degli ospedali cambia: ora, anche i bor-

ghesi e i nobili entrano in ospedale, per ricevere le cure che non possono essere fornite altrove. È in questo periodo che si stabiliscono criteri nuovi di selezione degli ingressi, basati non più sulla povertà o sulla sola malattia, ma sulla possibilità terapeutica (con l'esclusione, ad esempio, dei malati cronici) e anche sulla funzione educativa della malattia stessa. Come indica Frank, "devono essere accettate negli ospedali principalmente le malattie curabili delle persone povere".. È il medico che assume il controllo delle ammissioni dei malati individuali e della gestione corrente dei vari aspetti della vita ospedaliera; è in questo modo che si crea lo stretto legame, l'alleanza tra il medico e l'amministratore che caratterizza, ancora oggi, molta parte del funzionamento delle strutture ospedaliere. Si assiste, inoltre, a una moltiplicazione e a una crescente diversificazione dei profili professionali del personale ospedaliero. Storicamente, il malato arrivava nell'ospedale in cerca di un riequilibrio, di una ricostruzione del suo progetto di vita danneggiato, alterato dalla sofferenza e dalla malattia. I riti istituzionali e il personale dedicato avevano a che fare con l'ambiguità e con la complessità della sofferenza, e cercavano di fornire un ambiente adatto a questo recupero.

Per gran parte della storia degli ospedali, la religione è stata il legame che univa la missione istituzionale, le reti caritatevoli, l'amministrazione, il personale, i pazienti.

L'attenzione ai bisogni spirituali dei pazienti era vista come complementare alla terapia e alla cura, e offriva un potenziale per un recupero più rapido.

Lo sviluppo della formazione professionale degli infermieri, insieme al cambiamento nelle procedure ospedaliere, è un altro riflesso dell'impatto della medicina scientifica: i tempi, la coordinazione, la distribuzione dei malati, le linee di trasmissione dell'informazione cambiano profondamente. La relazione interpersonale rimane, ovviamente, alla base della relazione clinica, ma è l'organizzazione complessiva dell'ospedale che prende il sopravvento all'interno della programmazione delle attività nei centri medici.

Le Misericordie erano sorte, nel lontano passato, come spazi comunitari per proteggere il bisognoso e prendersi cura della sua sofferenza e della sua morte, fornendo un ambito di rispetto umano a questa sofferenza, all'interno di un determinato contesto sociale e religioso. La struttura sanitaria contemporanea, spesso centrata sugli interventi a breve termine e tecnologicamente intensivi, richiede il permanere di diversi modi e di diversi attori per prendersi cura dei bisogni dei pazienti, delle loro paure e delle loro speranze.

L'obiettivo etico e umanitario del Volontariato resta lo stesso attraverso la lunga durata: prendersi cura della persona sofferente nel modo migliore che la scienza medica e la tecnica abbiano a disposizione, senza dimenticare gli aspetti emozionali e culturali della malattia, associando la ricerca della verità e del dubbio alla certezza dei valori, al fine di permettere ad ognuno di avere una vita degna della persona umana.

I poveri, la morte, la pietà

DI PIETRO RESCIGNO

Riassunto

Nel 1912 in Germania fu avviato il dibattito sull'uso dei cadaveri dei poveri a scopo di studio. Importante dibattito per una misericordia rivendicata dopo la vita.

Parole chiave: *Misericordia, Ricerca, Diritti.*

Summary

In 1912 in Germany grew a large debate on the utilization of cadavers of poor people for the aim of study. It is important to consider this discussion in the perspective of compassion also after the end of life.

Key words: *Mercy, Search, Rights.*

1. L'uso del cadavere nella “giurisprudenza degli interessi”.

È passato più di un secolo – era il 1912 – dal tempo di una questione giudiziaria discussa in Germania dinanzi alla Corte amministrativa del Württemberg. La domanda posta alla Corte era così formulata; più precisamente, era questo l'interrogativo posto nella richiesta di un parere a Ph. Heck interpellato nella veste di “rappresentante del pubblico interesse”: “La disposizione ministeriale del Württemberg del 4 giugno 1862, nella parte in cui dispone la fornitura all'Istituto anatomico di Tübingen dei cadaveri dei poveri, è stata abrogata dall'art. 1, co.1 della legge del W. 17 aprile 1893 di esecuzione della legge del Reich riguardante il domicilio di soccorso?”.

P. Heck, è opportuno avvertirne i lettori più giovani, è uno dei maggiori esponenti dell'indirizzo di pensiero e di metodo che va sotto il nome di “giurisprudenza degli interessi”; il parere, riprodotto nell'*Archiv für die civ. Praxis*, 112 (1912), p.319, viene da lui presentato come uno scritto applicativo della “nuova” tecnica di interpretazione (così, espressamente, a p. 322 s.): collocato dunque agli inizi di un itinerario, di ideologia e prassi, che continuerà e si svilupperà sino agli anni Trenta, almeno fino alla drammatica stagione in cui il nazismo cercò di “annettere” la teoria alla violenta e confusa dottrina generale del diritto che andava elaborando nel nome della comunità di terra e di sangue.

Il primo, ampio contributo di Heck era apparso, sotto il titolo

Gesetzesauslegung und Interessenjurisprudenz, ad apertura della stessa annata dell'*Archiv* (alle p. 1 ss.). La corrente dottrinale viene anche e spesso ricordata sotto il nome di scuola di Tübingen, perché a quella Università appartenevano in larga misura i giuristi che professarono il metodo e ne fecero uso concreto nelle loro indagini. Che poi gli Istituti universitari di anatomia umana di Tübingen fossero i “beneficiari” dei cadaveri dei poveri, morti in ospedali, carceri, manicomi, e che del destino di quelle spoglie si discutesse per risolvere una elegante e triste questione di diritto, è coincidenza puramente casuale, ad avviso di chi oggi scrive e rammenta con affetto e nostalgia il luogo di una sua lontana stagione di studio (1953), la piccola città risparmiata dalla guerra e divenuta sede temporanea del glorioso Max Planck di diritto privato straniero ed internazionale.

Una lettura completa della disposizione ministeriale ci rivela come destinatari dei cadaveri altresì gli Istituti militari medico-chirurgici di Ulm, Ludwigsburg e Stoccarda; chiarisce l'ininfluenza dell'età dei defunti; enuncia ragione e finalità della norma nel proposito di non gravare dei costi della sepoltura i bilanci delle private e pubbliche istituzioni su cui le spese avrebbero inciso in virtù degli scopi perseguiti a tutela di poveri e detenuti. La sola eccezione alle regole riguarda i cadaveri che a giudizio medico versano in uno stato che ne impedisce il trasporto senza pericolo per la pubblica salute.

La legge del *Land*, risalente al 1893, che portò a sollevare la questione della incompatibilità e quindi dell'abrogazione della normativa ministeriale, garantiva ad ogni cittadino tedesco bisognoso, ponendo l'obbligo a carico dell'*Armenverband* tenuto al soccorso (*Unterstützung*), “un tetto, l'insopprimibile mantenimento vitale, la cura necessaria nei casi di malattia e nell'ipotesi di decesso una conveniente sepoltura”. Per quest'ultima il vocabolo usato è *angemessen*, in cui prevale l'idea dell'adeguatezza, e della corrispondenza non già ad uno stile di vita dominato dalla miseria ma verosimilmente all'attesa almeno in astratto da riconoscersi ad ogni individuo in ragione della sua dignità, e forse in termini di minuscola compensazione delle sofferenze patite e dei desideri mancati.

Dell'appartenenza del problema al diritto del *Land* o del *Reich* (domicilio di soccorso e specificazione dei doveri dell'istituzione protettiva dei poveri avevano trovato nella Prussia la più sollecita previsione, divenendo più tardi, in Germania, materia di generalizzata previsione) il discorso, breve e semplice, che qui si tenta può ragionevolmente dispensarsi. Anticipando conclusioni e risposta di P. Heck, che non ravvisava incompatibilità tra la norma che destinava agli Istituti anatomici i *non claimed bodies* e il diritto (sul piano legislativo sopravvenuto) dell'individuo ad un'adeguata sepoltura, si vorrebbe a distanza di un secolo ripercorrere le linee di un ragionamento che ebbe a svolgersi secondo tecniche e modelli dell'argomentazione del giurista impegnato nell'interpretare le leggi, nel graduarne le fonti, nell'usare i concetti propri della corrente giurisprudenza, infine nel bilanciare – che era poi la scelta metodologica della scuola di Tubinga – gli interessi contrastanti.

Da Heck, nel parere reso alla Corte, viene operata una stretta connessione tra il metodo concettuale (proprio della *Begriffsjurisprudenz*) e il procedimento logico di “sussunzione” nella fattispecie astratta, prevista dalla norma, della concreta situazione. Il pregiudiziale rifiuto di quel modo di argomentare induce in verità l'autore tedesco ad attribuire una sbrigativa risposta, favorevole alla persistenza della norma di favore per gli Istituti anatomici, ai concettualisti. In breve, questi ultimi assumerebbero una nozione di sepoltura “conveniente” che, insistendo sul trattamento delle spoglie residue dopo l'intervento (esteso, nella più ampia misura possibile, agli organi rimossi ai fini di ricerca e di insegnamento), consentirebbe di riportarvi ogni forma di destino riservato al cadavere del povero, sempre in linea con l'obiettivo di esonerare da ogni peso economico la famiglia e la comunità tenuta in vita ad assisterlo.

2. Una misericordia rivendicata anche dopo la vita

L'impressione del lettore, a distanza di più di cento anni dell'austero e puntiglioso dibattito, è che il tema non sia riconducibile all'antitesi tra concetti e interessi su cui si andava impostando all'inizio del secolo passato il discorso dell'ermeneutica da applicare alle norme giuridiche e quindi alla soluzione dei casi giudiziari. Che potesse all'epoca assumere (e tuttora conservi) decisivo valore una “graduatoria” degli interessi in gioco, e che il “catalogo” disegnato da Heck rispondesse alla sensibilità della comune coscienza del tempo (e nella sostanza sia ancor oggi largamente condiviso) è un dato certamente utile alla riflessione, una constatazione che conferisce alla rilettura del “parere” un carattere di non perduta e preziosa eredità culturale, al di là delle convinzioni e dei pregiudizi di una società e di un costume che forse sono meno lontani di quanto siamo inclini a pensare.

Da un giurista, quale fu Heck, che annoveriamo tra i protagonisti, anzi tra i “fondatori” della “giurisprudenza degli interessi”, la dottrina e la pratica ebbero a ricevere allora un serio e articolato contributo, come era giusto attendersi, proprio nella individuazione e gerarchia degli interessi in conflitto.

La diffusione in tutto il mondo civile (la *Kulturwelt*) dell'uso per la ricerca scientifica dei cadaveri non reclamati è intanto premessa del discorso di Heck, almeno in un'epoca in cui si escludeva la possibilità di aprire ad una siffatta “merce” il mercato (che è invece soluzione ammessa e persino raccomandata da talune correnti della c.d. analisi economica del diritto per il trapianto di organi tra vivi o da cadavere).

La “fornitura” agli Istituti anatomici corrisponde dunque a “insopprimibili interessi dell'umanità”, anche se non può definirsi “popolare” nel senso di una diffusa accettazione; ma l'interesse dell'umanità, ammette H. (p.324), si realizza “a spese di altri interessi che meritano parimenti tutela e solo per necessità vengono sacrificati a più forti interessi pubblici”. Può sembrare strano, ad essere sinceri, che la “giurisprudenza degli interessi” nata sul terreno del diritto privato

per valutare e scrutinare situazioni individuali e collettive di natura “particolare” (come si addice all’area del diritto privato) riservi al “pubblico” interesse, di cui è portatore e garante lo Stato, una posizione di preminenza e di primato nel confronto con interessi riferibili al singolo o alle minori comunità. La subalterna condizione assegnata al soggetto privato insinua in Heck un dubbio ulteriore, che tuttavia non si riveste della tragicità avvertita dal lettore, circa una disciplina del cadavere sganciata da ogni preoccupazione morale, anche quando non sussiste l’elemento della povertà, per gli impiccati (dove la forma dell’esecuzione si lega alla estrema gravità del reato) e per i suicidi.

L’interesse alla sepoltura viene valutato da H., come bene si comprende, alla luce della nozione di *pietà*, nell’accezione che la parola assume alla stregua del sentimento popolare. Ma anche stavolta la considerazione della collettiva misericordia per chi muore, e muore nell’indigenza e nell’abbandono, cede non solo alla norma positiva che non giustifica alcun peso da esercitare sulla pubblica finanza, ma altresì ad un ragionamento in chiave (in apparenza) privatistica che, se non arriva a sconcertare, rivela una scarsa forza di persuasione. L’ammontare assai modesto delle spese per la sepoltura, a fronte della “incondizionata necessità” di fornire gli Istituti di anatomia, porta, sulla base di una dichiarata equità, a favorire, rispetto a chi non ha provveduto a risparmiare nemmeno la tenuissima somma, colui “che pur vivendo in analoghe condizioni pecuniarie ha raggranellato i mezzi per la sua sepoltura”; e se non si trova persona alcuna disposta a sopportarne i costi, in linea di massima “vi è la dimostrazione, in assenza di parenti prossimi o amici, che gli interessi dei terzi alla conveniente sepoltura sono particolarmente deboli” (p.327).

Il rigore dell’analisi e del linguaggio, proprio del giurista di educazione pandettistica negli anni della prima applicazione del BGB, conduce all’esito doloroso di un’esaltazione della scienza come interesse dell’umanità e dell’attribuzione allo Stato di una funzione eminente di garanzia del progresso, e di immunità da inutili pesi delle iniziative pubbliche e private al servizio di finalità caritatevoli. Nell’appendice compare anche, non insistita, una notazione di stampo positivistico che avrebbe potuto a dirittura impedire il discorso sul nascere: che al corpo umano dopo la morte non si addica alcuna qualificazione in termini di personalità di diritto, e dunque di interessi rilevanti e di corrispondenti pretese. L’appendice affronta (e risolve negativamente) un tema che da qualche giurista era stato prospettato prima ancora della legge del *Reich*: se la disposizione ministeriale, nella forma di fonte non legislativa e perciò di rango minore, già non soffrisse di fondati sospetti di illegittimità costituzionale.

Ma qui, del parere espresso con inesorabile logica, sia consentito trarre soltanto altri due passaggi; dove del diritto alla *angemessene* sepoltura viene giustificata l’attenzione (se non il sacrificio) mediante il richiamo alle normative, quand’anche eccezionali, che riguardano le epidemie e i casi di autopsia legittimamente eseguita; e là dove un più ampio discorso viene svolto a sostegno

della relatività delle nozioni, a proposito di ciascuna delle previsioni relative al domicilio di soccorso e ai doveri dell'*Armenverband*. A proposito del tetto per ricoverarsi H. ci rammenta che non vi contraddice il bivacco imposto ai soldati; del sostentamento vitale ammette che non è sufficiente alimentare il povero a pane ed acqua, ma non dubita della validità di misure temporanee di rigore, specialmente militari, che all'acqua e al pane siano limitate. E del consenso dell'*Armenverband*, quando venga preteso senza limiti "ragionevoli", scrive H. che alla stregua di quel criterio i poveri potrebbero rifiutarsi di prestare il servizio militare o di sottoporsi ad una pena irrogata dal giudice.

Al lettore di oggi la questione discussa nel Württemberg più di un secolo fa e la fredda indagine del giurista possono apparire vicende remote; a me pare che possano ammonirci circa il senso e il valore di una misericordia per il prossimo rivendicata e rifiutata anche al di là della vita.

Nel nome di un'istituzione benefica: le misericordie toscane

DI ANNA BANCHERO

Riassunto

Si esamina il significato "misericordia", a partire dall'ebraico *rachamim* e dal greco *èleos*, come concetto di fraternità e compassione nel prestare cura e assistenza a chi soffre. Si illustra la nascita della Misericordia di Firenze Confraternita nata nel 1250 diffusa poi in tutta la Toscana. Si segue la sua evoluzione come forma di partecipazione alla vita sociale unita al desiderio di prendersi cura dei sofferenti, collocandola nei contesti storico-economici delle diverse epoche. Infine, si interpreta il valore misericordia con i corrispondenti, più laici, solidarietà/uguaglianza.

Parole chiave: Fraternità, Compassione, Solidarietà, Abnegazione, Soccorso.

Summary

We examine the significance of "mercy", starting from the Hebrew *rachamim* and the Greek *èleos*, as the concept of fraternity and compassion in providing care and assistance to those who suffer. The we discuss the birth of Mercy of Florence Brotherhood following its evolution as a form of participation in social life with the desire to take care of the suffering, placing it in the historical contexts of the different economic epochs. Finally, we interpretate the value of mercy with the corresponding, more secular, solidarity/equality.

Key words: Brotherhood, Compassion, Self-denial.

1. Misericordia come valore di assistenza e cura

Il termine "misericordia" è stato spesso usato per tradurre l'ebraico *rachamim* e il greco *èleos* con il significato di provare compassione, prestare cure, provare il calore della tenerezza verso chi soffre.¹ Nelle sacre scritture l'uso più frequente del termine *rachâm*, riguarda i rapporti di Dio con il suo popolo con una pietà paragonata a quella di una donna verso il suo bambino e alla misericordia di un padre verso i propri figli. Approfondendo il termine greco *èleos*, vediamo che ha lo stesso significato dell'ebraico *rachamim*, *èleos* infatti, è la manifestazione esteriore di pietà, la compassione per la sofferenza altrui rispondendo con un'azione lenitiva e di cura².

¹ A *Hebrew and Chaldee Lexicon*, a cura di B. Davies, 1957, p. 590.

² *Vine's Expository Dictionary of Old and New Testament Words*, 1981, vol. 3, pp. 60, 61.

Il concetto di *recare sollievo* è ben illustrato nella parabola di Gesù dove il Samaritano che vede un viaggiatore caduto ai margini della strada, derubato e percosso, gli dimostra di essergli “prossimo” medicando le sue ferite e prendendosi cura di lui.³ Ancora, dalle sacre scritture, uno dei discorsi più significativi di Gesù alle folle è quello delle “beatitudini” tra cui: *beati i misericordiosi, perché troveranno misericordia*. Sintetizzando, potremmo dire che nell’uomo la misericordia comprende tre momenti decisivi:

1. accorgersi della debolezza e delle necessità del prossimo che ha bisogno;
2. provare compassione, letteralmente *con-patire*, cioè partecipare concretamente con sensibilità e affetto al bisogno dell’altro;
3. intervenire su chi soffre: ho provato compassione ed ora devo procedere con specifiche azioni per rimuovere il dolore.

Quindi, misericordia è l’atteggiamento di colui che aiuta concretamente chi ha bisogno. Questo principio, è applicato nelle comunità religiose dei Benedettini: non chiedere mai nulla per sé, ma essere attenti alle esigenze di chi è vicino. Alle tradizioni di aiuto delle Comunità religiose si sono aggiunte nel tempo anche radici sociali e le prime forme di partecipazione dei cittadini alla vita della comunità, si sono realizzate attraverso le “Confraternite”, di cui alcuni autori ⁴ individuano l’origine proprio nella rete di associazioni delle prime comunità cristiane. In primo tempo sono osteggiate dall’autorità pubblica, poi, vengono tollerate ed anche incoraggiate, le loro forme organizzative ricordano i “collegi romani”.

Tuttavia, fu durante il Medioevo, che queste forme di partecipazione assunsero una identità più definita, se ne ha notizia già nel secolo X, ma è soprattutto nel secolo XIII che le troviamo diffuse, in tutta Europa, come vero e proprio tessuto connettivo della società in cui la motivazione religiosa si accompagna – spesso - al bisogno di considerazione sociale e di sicurezza. All’interno di questo rilevante *fenomeno spontaneo* è possibile individuare almeno tre tipologie di associazioni:

- Confraternite di Devozione, (es: Compagnie dei Laudesi, ecc.) che raccolgono coloro che praticano una stessa forma di pietà e di culto (eucarestia, rosario, altro) e consentono una partecipazione più diretta dei laici alla liturgia. Tra queste si distinguono per il rigore nel comportamento degli adepti e per le forme di pentimento e penitenza, le Confraternite dei Penitenti, dei Flagellanti, ecc.;
- Confraternite di Mestiere (Arti), che uniscono attorno al culto di un santo patrono i membri di una stessa professione, prestando agli associati i servizi di “mutuo soccorso” ed offrendo anche una base di rappresentanza alla categoria del mestiere;

³ Lc 10, 29-37.

⁴ *Jubiläum Internationale Confraternitatum – Acta*: Don Vincenzo Paglia, Roma 1984.

- Confraternite di Beneficenza: ovvero, le Misericordie nate in Toscana, le Scholae Veneziane, le Confraternite dello Spirito Santo della regione del Rodano, le Carità della Normandia, le Confraternite di Siviglia e quelle Teutoniche, ecc. Questa tipologia associativa si distingue per gli specifici servizi di assistenza offerti a chi ne ha bisogno, per la gestione degli Ospedali, per la sepoltura dei morti, ecc.

In secoli politicamente confusi come quelli che sono succeduti al primo millennio dove le occasioni di contesa tra i poteri civili e religiosi erano molto frequenti, le Confraternite si sono trovate a svolgere ruoli di protagonista, sia sul piano religioso, che su quello civile. Infatti, oltre l'*Ordo clericorum* e l'*Ordo monasticum*, si voleva affermare l' *Ordo fraternitatis* per raccogliere laici devoti e impegnati in uno spazio intermedio tra quello dei semplici fedeli e quello dei religiosi. In tal senso, la carica di riforma penitenziale nei sodalizi medioevali, è una delle note caratteristiche. La stessa esperienza francescana è legata a questa forma associativa.⁵

Sul fronte civile, le Confraternite rappresentano una delle forme attraverso cui si esprime il desiderio di partecipazione alla vita sociale e politica, della comunità. La crescente importanza, anche sotto il profilo economico, hanno assunto alcune Confraternite, unitamente alla loro capacità di mobilitare i sentimenti popolari, farà sì che dal XIV secolo, si cercherà con ripetuti tentativi, di controllarne fortemente lo sviluppo e l'attività. Tutto ciò evidenzierà una situazione costantemente in bilico, sul fronte religioso e su quello civile, tra il sospetto di eresia e di opposizione al potere politico, anche perché le Confraternite erano spesso ricchissime per lasciti e donazioni. A partire dal sec. XIV, diverranno la *forma associativa spontanea e volontaria* più diffusa in Europa.

2. Nascita ed evoluzione delle Misericordie Toscane: la Misericordia di Firenze

Ciò che interessa il nostro approfondimento è l'evoluzione delle Misericordie in Toscana dove, a metà del Duecento, Firenze aveva la vocazione a divenire una delle città più ricche per la produzione dei tessuti in lana e le capacità di commercializzarli, con una fonte di lavoro e reddito che non aveva esempi altrove. La popolazione di Firenze nei primi decenni del Duecento è passata da venti/trentamila abitanti al raddoppio nel XIII secolo. Immigrati dalla campagna, ma anche dal nord Europa, dal nord dell'Africa o dal vicino oriente, si accalcavano nelle *bidonville* al di là dell'Arno e nei grandi piazzali di periferia. La Firenze del XIII secolo sembrava destinata a ricchezze sempre maggiori, se non vi fosse stata l'epidemia di peste del 1348, che falciò la popolazione ed in parte anche la ricchezze.

⁵ *Ibidem*.

Ma prima che ciò avvenisse, una società che condivideva la certezza della fede e la gerarchia di un sistema che poteva contare su un'economia florida, ebbe tempo e denaro per dedicarsi *anche al sostegno degli umili e dei sofferenti*.

Fu in questo tessuto urbano e sociale che nacque la Misericordia, la cui origine è dalle compagnie della fede del Domenicano Pietro da Verona, arrivato a Firenze nel 1244, per combattere l'eresia catara, diffusissima tra le potenti famiglie ghibelline. Il monaco consigliò ai cittadini operosi di abbandonare le armi e dedicarsi alla preghiera e alle opere di bene. La Misericordia aveva il compito di rispondere a bisogni reali della popolazione di una grande città industriale, che non aveva solo mercanti, nobili e benestanti, ma operai, immigrati e gente debole che viveva ai margini del progresso. La grande peste tra il 1347 e il 1348, che sconvolse l'Europa uccidendo milioni di persone, con seguenti epidemie ricorrenti per oltre cento cinquant'anni, portò ad una tale instabilità di vita e della salute collettiva, al punto che le stesse amministrazioni pubbliche (Comuni), posero in essere azioni riparative e di aiuto, cui si affiancavano con ruoli importanti, le Compagnie su base volontaria che affrontarono con maggior solerzia ed efficacia i problemi delle persona, continuando la loro opera nel tempo.

L'assistenza ai minori, ai giovani e alle madri (in senso lato alla famiglia), divenne uno dei primi obiettivi della Misericordia, che si riscontra anche nei dipinti commissionati a Niccolò Gerini e Ambrogio di Baldese del 1386, oggi trasferiti nella sede storica della Misericordia fiorentina. Questo, è testimoniato anche dalla rilevanza dei lasciti testamentari di cui hanno beneficiato sia la Misericordia fiorentina che quelle toscane, a dimostrazione della *pietas* che praticavano. Alla cura della famiglia si aggiungeva l'assistenza agli orfani (pupilli), ai vagabondi, alle vittime di violenza e di abusi sessuali, agli indigenti giovani e inabili al lavoro, con malformazioni e manifestata incapacità di provvedere alla propria sopravvivenza. A tutto ciò si aggiungeva il conforto ai moribondi e la loro sepoltura.⁶

L'origine della Misericordia si trova in quattro grossi volumi in cartapeccora scritti nel 1361 e conservati nell'archivio della Confraternita. Nei volumi intestati ai quattro quartieri della città: San Giovanni, Santa Croce, Santa Maria Novella, e Spirito Santo, sono segnati i nomi ed i soprannomi dei soci. Si legge nel "Diario fiorentino" del Lapini, dei lasciti a carico della Confraternita della Misericordia pari a diverse migliaia di fiorini, per far fronte ai casi pietosi derivati soprattutto dalla grande pestilenza a metà del Trecento.

Nonostante molti documenti siano andati perduti, si è ricostruito che la Confraternita da metà del Trecento era governata da otto capitani, di cui sei appartenevano alle arti maggiori e due alle minori. Tra essi, che venivano estratti a sorte, veniva scelto un Preposto (con funzione presidenziale). Ogni sei mesi si

⁶ *Solidarietà, assistenza e pace sociale nella Firenze del Quattrocento. L'esempio delle "Societates puerorum, adolescentium et iuvenum delle Confraternite di mestiere"*. EAD, Rivista della Storia della Chiesa in Italia, LVII (2003) pag 344/363.

rinnovava metà del collegio estraendo altri nomi da ciascuno dei quartieri della città sopra ricordati. Nel 1361 vi fu una riforma del governo della Misericordia, stabilendo un sistema di “elezione” dei membri, che dovevano governarla, e l’esercizio dei diversi uffici non poteva durare più di tre mesi. La prima sede della Misericordia fu la Loggia della Misericordia in seguito detta del Bigallo.

In proposito, sembra utile osservare come, anche in un’associazione caritativa, si desse importanza al suo governo e ci si premurasse che le cariche fossero elettive e non potessero durare più di un determinato periodo di tempo, per non originare consolidamenti del “potere” che avrebbe influito negativamente sulla trasparenza della Confraternita stessa. Negli anni tra il Quattrocento ed il Cinquecento la Confraternita continuò le sue azioni caritative, di assistenza e beneficenza sempre governata dai Capitani, verso la fine del Quattrocento (1464) si adottò il grande progetto di costruire un “lazzaretto” che fu realizzato con la donazione dell’Ospedale di Santa Maria Nuova. I lavori sull’ospedale subirono interruzioni e lungaggini finché nel 1495 l’opera è stata completata ed intitolata a San Sebastiano degli ammorbatati. Nell’ospedale prestavano opera volontaria i Fratelli della Misericordia.

Nel prosieguo dei secoli a fino alla metà dell’Ottocento la vita delle Arciconfraternite della Misericordia ormai diffuse nelle diverse città della Toscana: Pisa, Livorno, Arezzo Grosseto Siena, Pistoia, Volterra, Massa, Pontremoli, Prato, ecc., prosegue con alcune modifiche organizzative e della rappresentanza, continuando però nelle opere assistenziali e caritative, allargando i rapporti con la classe medica e utilizzando *infermieri* per visitare gli ammalati. A fine Ottocento una grave epidemia di colera colpì la Toscana e in particolar modo Firenze. Le Arciconfraternite della Misericordia si impegnarono nei soccorsi in maniera ammirabile e coraggiosa e per soccorrere i colpiti dal colera e trasferirli negli ospedali con il sacrificio della vita per decine di volontari. Si sono sperimentate in quel tempo, in modo molto artigianale, anche tecniche di disinfezione del materiale ad uso sanitario, degli indumenti e della biancheria, anche se con limitati risultati, sia per le scarse conoscenze in materia che per la gravità del morbo.

Da sottolineare che il prestigio della Misericordia era tale che nel 1861 Vittorio Emanuele I veniva nominato “Capo Guardia” delle Misericordia fiorentina. Fu però il secolo ventesimo a segnare il rinnovamento nel campo dell’assistenza e soprattutto del pronto soccorso, il trasporto degli ammalati fu migliorato con l’introduzione di *carri-lettiga* che permettevano trasporti più veloci e funzionali. Nel 1909 il Pontefice Pio X impartì alla Misericordia fiorentina la benedizione apostolica a riconoscimento dell’opera caritativa svolta. Negli anni della guerra 1915/18 molti servizi straordinari furono eseguiti dalle Misericordie per soldati infermi e feriti e per coloro che venivano colpiti dalla “febbre spagnola”. A ciò si è aggiunta anche l’assistenza presso l’ospedale militare di Piazzale Michelangelo dove venivano trasportati i feriti più gravi. Nel 1924 il principe Umberto fu nominato Capo Guardia dell’Arciconfraternita. Nel corso dei primi decenni del ‘900 vennero

aperti molti ambulatori per curare indigenti e coloro che non godevano di assistenza pubblica. Anche nella seconda guerra mondiale le Misericordie si distinsero per i soccorsi e l'assistenza prestata a militari e civili. Dopo la seconda guerra mondiale si iniziò l'opera di ricostruzione con miglioramenti assistenziali legati all'apertura di nuovi ambulatori ed a mezzi di trasporto e soccorso più moderni ed efficienti. Nel novembre 1966 avviene a Firenze la tragica alluvione, dove ancora una volta le Misericordie si sono prodigate per soccorrere, curare e aiutare tutti coloro che erano stati colpiti da questo evento nefasto.

Negli anni '90 si sviluppano anche nuove iniziative di cura e di assistenza: l'aiuto alimentare per persone e famiglie in grave disagio economico, il Centro di ascolto antiusura per venire incontro alle persone con gravi difficoltà economiche che potevano divenire oggetto di usurai. Si aprono poi anche residenze per anziani non autosufficienti e si istituisce un servizio per il trasporto neonatale che ancora oggi vede le Misericordie impegnate a trasportare neonati a rischio in collaborazione con l'Ospedale Meyer di Firenze. A queste attività si aggiungono i Consultori familiari, che hanno promosso, tra gli altri, il progetto "Sacravita" per offrire dignità e un tetto ai minori ultimi del mondo, abbandonati o con gravi problemi familiari. Nel prosieguo si arricchisce con esperienze internazionali, divenendo la Misericordia un punto di riferimento nel soccorso per alluvioni e tsunami con la filosofia dell'aiuto e del lavoro "con e per le persone" in modo da metterle in grado di operare esse stesse nei casi di gravi calamità. Quest'opera è da considerarsi davvero importante, molto di più di una forma di assistenza e soccorso, perché è stato un modo per far crescere anche negli Stati meno avanzati i cittadini, mettendoli in grado di usare strumenti e tecniche più moderne per rispondere a bisogni straordinari. Potrebbe essere utile ed interessante applicare questi principi anche nei confronti dell'attuale immigrazione dagli Stati nordafricani.

Ed infine, come evento più recente nel tempo, l'Arciconfraternita della Misericordia si è aperta ai giovani e all'impresa sociale promuovendo il *servizio civile volontario*, aperto anche agli stranieri, permettendo ai giovani di impegnarsi in attività utili verso chi soffre e chi ha bisogno di aiuto e di assistenza: dalle cure domiciliari per anziani e disabili, ad attività di diagnosi e cura presso strutture ambulatoriali, al telesoccorso, ad attività sportive e ricreative per minori e giovani, con la finalità di distoglierli da dipendenze e forme di devianza. Molti studiosi hanno approfondito e scritto sui contenuti e sulla storia delle Misericordie Toscane che certamente rappresentano un punto di riferimento non solo per le opere caritative, di cura e soccorso, ma per il riconoscimento dei diritti umani.

3. Considerazioni conclusive

Tutto ciò che è stato descritto in precedenza sul significato di "misericordia" come insieme di azioni e sentimenti che - in maniera disinteressata - si rivolgono a chi soffre, trova fondamento nella dottrina cristiana, ma rappresenta anche un

valore nella laicità sotto forma di solidarietà. Gli effetti del valore misericordia/ solidarietà trovano applicazione in ambito religioso nelle Confraternite, mentre il termine fraternità/solidarietà, cui si aggiunge uguaglianza, ha caratterizzato la Rivoluzione francese del 1789, come valore etico su cui fondare la nuova società. Anche il marxismo si è ispirato all'uguaglianza, postulando l'eliminazione delle diverse classi sociali, ma i suoi effetti sono stati tutt'altro che fedeli ai principi ispiratori.

Un'interpretazione più moderna e laica del valore misericordia ha ispirato nell'ultimo secolo il "volontariato", il cui significato è quello di offrire la propria opera volontaria e gratuita a favore di chi ha bisogno di aiuto e di assistenza. Il concetto di Volontariato, disciplinato in Italia dalla legge quadro n. 266 del 1991, si è evoluto, ed oggi Volontariato e operatività sociale hanno acquisito formule più ampie, indirizzate alla produttività sociale attraverso il cosiddetto "Terzo Settore", come area produttiva in ambito sociale, differente dalla originaria misericordia, ma improntata dai valori di solidarietà e tutela. In questi termini, con la Riforma del sistema sanitario del 1978, la quasi totalità delle azioni di cura aiuto e trasporto degli ammalati, fa parte del sistema pubblico di Emergenza/Urgenza e le Misericordie con altre Pubbliche Assistenze, attraverso l'istituzione del numero di emergenza sanitaria "118", sono entrate - in forma convenzionale - nel sistema sanitario stesso.

Certamente vi è stato un progresso, dalla civiltà della fraternità/solidarietà e dell'aiuto al prossimo, si è passati ad un sistema di diritti, più moderni, egualitari ed esigibili. Tutto ciò, aumentando notevolmente professionalità e tecnologie. È progresso, innovazione irrinunciabile, ma più volte, chi scrive, si è chiesta se la civiltà del diritto assorba anche sentimenti e valori cristiani (e laici); la risposta non è sempre positiva, i bandi di gara per aggiudicare i servizi trattano "criteri oggettivi e parametri finanziari" raramente valutano, oltre ai titoli di studio, la disponibilità delle persone (*la pietas*) verso il servizio da svolgere. Tutto ciò porta lontano dalla misericordia cristiana e dall'*èleos greco*. In altre sedi analizzeranno la misericordia nei servizi, ma credo utile riaffermare che nelle azioni di cura e soccorso, per completare l'opera, alla *civiltà del diritto* debba accompagnarsi anche la *civiltà del cuore*, soprattutto in questo momento in cui sono messi in crisi, anche dai processi di globalizzazione, alcuni diritti umani fondamentali, quali l'accoglienza ed il riconoscimento della dignità di vita per tutti i popoli.

Bibliografia

M. Cacciari, C. M. Martini, *Dialogo sulla solidarietà*, Edizioni Lavoro, Roma 1997
AA.VV: *Una sconfinata carità 1244 – 2014: 770 anni della Misericordia di Firenze*, Edizioni Polistampa, Firenze 2014

G. Giorello, C.M. Martini: *Con intelligenza e Amore (Ricerca e carità)*, Longanesi, Milano, 2015

Sitografia

[www. Altreconomia.it](http://www.Altreconomia.it)

La misericordia e le aziende farmaceutiche: realtà o sfida del futuro?

DI FULVIA FILIPPINI E SARA VINCIGUERRA

Riassunto

La misericordia può essere una realtà anche nel settore del farmaco. L'industria è in grado di offrire salute e speranza: la umanizzazione è un'attitudine urgente per il rispetto delle relazioni. Patient Advocacy è la guida per le attività di impresa ma anche dei diritti dei pazienti; aiuta a implementare la qualità della vita.

Parole chiave: *Misericordia, Impresa, Utopia.*

Summary

Mercy might already be a reality in the pharma sector. Companies are capable to provide health and hope, they have the urge to humanize, to put a face to health care embracing comprehension and respect to others. Now it's the patient, guiding light of Patient Advocacy, that drives the company which looks at him closer than before and helps him in his care's path, working to improve his quality of life.

Key words: *Mercy, Business, Utopian.*

L'interrogativo se colui che, per scelta professionale si prende cura di una persona, sostenuto dalla sua capacità e vocazione, agisce con misericordia, suona particolarmente scomodo per chi rappresenta un'azienda farmaceutica.

Affrontare il tema della misericordia nell'ambito del business, infatti, e in particolare di quello aziendale, potrà apparire al lettore quanto mai improbabile, quasi provocatorio, in un'ottica di dicotomia anche etimologica tra i due concetti. Il cardinale Dionigi Tettamanzi nel libro "L'alleanza tra scienza e sapienza. Discorsi all'università" paventava il rischio di prestare il fianco a "ingenue interpretazioni" o a "semplificazione dei problemi", individuando la necessità di "imparare a

guardare alla complessità con uno sguardo ancora più sapiente” e quindi di non escludere il settore industriale dalla misericordia.

Per quanto difficile rispondere al quesito iniziale, evitando di cadere in un’ottica di autoreferenzialità, è comunque necessario riflettere sulla realtà che la domanda iniziale propone – oggi come ieri – per riflettere sulla natura del business e sulle sue declinazioni, approfondendo la prima vera vocazione del comparto farmaceutico. Infatti l’azienda del farmaco ha come prioritario compito di trovare nuove soluzioni terapeutiche o comunque di migliorare la qualità della vita, dando una speranza di cura a tutti coloro che vivono in uno stato di bisogno.

Quindi sofferenza e speranza. Ma anche futuro

Termini che con prepotenza fanno breccia in questo breve scritto e che non possiamo non considerare parte dello stesso concetto di misericordia, perché, a parere di chi scrive, la sofferenza, in particolare quella fisica, è forse la più importante leva in grado di attivare un sentimento di misericordia, oltre ad essere una delle più grandi paure dell’attuale società, perché concreto segnale della fragilità e della imperfezione umana. La sofferenza trova il suo rifugio naturale nella speranza e la speranza è di per sé la proiezione intrinseca del futuro.

Queste riflessioni ci riconducono alla domanda iniziale, se sia possibile coniugare business con misericordia. La risposta potrebbe essere positiva, se il naturale profitto si fonda su scelte di evidente e prioritario interesse dei bisogni di salute della persona. Vivere ed incarnare ogni giorno valori di rispetto assoluto del prossimo, delle diversità, fare della trasparenza e della correttezza professionale principi solidi, coniugati alla responsabilità sociale e a shared values: è la giustificazione della ricerca e dell’impresa nel settore farmaceutico. Tutto questo può essere, in senso lato, un riferimento ad una visione ampia e moderna della misericordia nella vita aziendale. È noto che ultimamente si parla con maggiore consapevolezza dell’evoluzione del concetto di responsabilità sociale in shared values: le progettualità aziendali sono in linea con la logica della società, nell’ottica win-win.

Politiche delle risorse umane che consentono di coniugare lavoro e famiglia o lavoro e assistenza alle persone malate, così come progetti che migliorano la qualità della vita del paziente cittadino, assistenza a distanza e monitoraggio da casa per alcune aree terapeutiche sono esempi concreti che mettono al centro la persona nella vita professionale e nel business.

Patient advocacy: il paziente al centro dell’azienda

“L’ironia, insieme alla misericordia, è la forma suprema di elasticità, un esercizio quotidiano di tolleranza, una prova continua di umanità”. Così scriveva il giornalista Beppe Severgnini nel libro “Italiani di domani”, cogliendo come la misericordia sia un confronto costante con il DNA valoriale della persona.

E proprio l’umanizzazione è ad oggi un termine ricorrente soprattutto in

medicina; si pensi all'umanizzazione delle cure e della terapia, entrata anche nel lessico legislativo.

“Umani” nel proprio agire significa essere empatici, conoscere e riconoscere nella persona il fine e non il mezzo della propria attività, in pratica mettere al centro la persona e quindi, quando si tratta di tutelarne la salute, il paziente.

Volendo ricorrere anche qui al gergo inglese si parla di patient centricty. Il concetto di per sé potrebbe sembrare banale, ma allo stesso tempo sfidante: nel primo caso come potrebbe la medicina ed anche l'azienda che produce farmaci non basarsi sulla persona affetta da una patologia? E da qui forse sorge il primo equivoco: la persona non è la sua patologia. Nel secondo caso, se è pur vero che l'impegno verso la persona che soffre può avere le più diverse motivazioni, così come l'impegno verso chi l'assiste, umanizzare significa soprattutto dar spazio all'opinione del paziente, ascoltarlo, condividere percorsi, obiettivi, informazioni, costruire insieme la strada per una qualità di vita migliore. Un esempio concreto nel mondo farmaceutico è quello che si chiama “Patient Advocacy”, un viaggio che comporta bagagli pesanti perché inevitabilmente implica la condivisione di una sofferenza a volte lontana dalla abituale quotidianità, come nel caso delle malattie rare o anche di chi ancora oggi vive un differente accesso alle cure a seconda del luogo di nascita, o ancora la sfida dell'accesso all'innovazione.

Il paziente è il faro della Patient Advocacy, capace di dare la rotta anche a chi produce il farmaco e più lo si osserva o ci si avvicina, più è possibile plasmare la propria attività e dare un contributo per migliorare la qualità della vita e, contemporaneamente, dare un significato al proprio lavoro dedicato al prossimo, ai suoi bisogni, alla speranza non semplicemente di un futuro migliore, ma, in certi casi, legato alla sopravvivenza.

E serve metodo: coinvolgere il paziente nel percorso del farmaco, da non intendersi solo negli studi clinici ma parallelamente a questo, aiutarlo nel creare un network con le istituzioni, le società scientifiche, le associazioni di pazienti, essere tassello di quel complicato puzzle della sanità che però ha bisogno di tutti per poter formare l'immagine nitida.

Un viaggio dal percorso complesso quello della Patient Advocacy, proprio perché si tratta di un'area che potrebbe prestarsi a facili strumentalizzazioni e che dunque richiede di mettere in campo quei valori di trasparenza, correttezza professionale e consapevolezza dei bisogni che fanno dell'azienda del farmaco quella tessera del mosaico che, ad oggi, oltre a non essere completo, deve trovare anche una cornice importante in grado di sostenerlo.

In conclusione, chiedere che il business ottemperi ad un imperativo etico, sostenuto dalla misericordia, non è aggiungere un problema, semmai, proporre una sfida, tra le più importanti, per mantenere viva una relazione speciale fra medicina e paziente, impresa e società: in breve, rendere il futuro dell'umanità libero da paure e ricco di sicurezze.

La misericordia nella cultura islamica

DI FILIPPO TORTORICI

Riassunto

È analizzata la diversa concezione di Misericordia nell'Islam e nel Cristianesimo. Entrambi definiscono Dio grande e misericordioso, ma la salvezza per l'Islam non è riservata a tutti come, invece, ottiene l'Incarnazione per i Cristiani. Gli uni devono conciliare la misericordia con la guerra santa, gli altri, anche se sono pecore smarrite, sono cercati con misericordia.

Parole chiave: Misericordia, Islam, Cristianità, Jihad, Terrorismo.

Summary

To Muslims God reveals Himself first of all as "Merciful" in His core and in His excellence. Five times a day they pray to the Lord, the Clement and the Merciful.

In a similar way, in the Old Testament, God calls Himself the "Merciful" and in the New Testament Jesus invite those who listen to Him to be merciful.

However, between the concept of mercy in Islam and in Christianity there is a relevant difference: to Muslims, God loves those who believe, those who behave well and those who have repented; to Christians, God mercifulness is such as to allow His Son's incarnation, such as to wish that nobody get lost, such as going on the search for the lost sheep.

It is natural to asks one self how to conciliate mercy with the Holy war and with the teaching of the Prophet within Islam.

The explanation comes from political and economical considerations from the time when the Islamic experience started; even if in a different way, these considerations are still valid at presents.

Key words: Mercy, Islam, Christianity, Jihad, Terrorism.

1. Ogni giorno, per cinque volte al giorno, dall'alto del suo minareto il Muezzin invita i fedeli alla preghiera

In centinaia di città, paesi e villaggi, migliaia di musulmani, prostrati in preghiera, ripetono la prima Sura del Corano¹ "Sia lode a Dio, il Signore del creato, il Clemente, il Misericordioso".

¹ Nel citare il Corano abbiamo utilizzato il testo tradotto e commentato da Alessandro Bausani – Rizzoli 2001.

Tutte le sure del Corano, eccetto la nona, iniziano con l'invocazione "Nel nome di Dio, Clemente e Misericordioso".

Dei novantanove titoli attribuiti a Dio dal Corano il più comune e frequente è "Rahim" (il Misericordioso)².

Tutte le Costituzioni dei Paesi che si definiscono islamici riportano nel "preambolo" una invocazione a Dio "il Misericordioso"³, lo stesso rinveniamo all'inizio di molti provvedimenti legislativi che iniziano con una lode all'unico Dio.

Da quanto ora evidenziato non vi è dubbio che il concetto di "misericordia" è un tema centrale per la religione islamica nella relazione fra l'uomo ed il suo Creatore, poiché costituisce un attributo per eccellenza di Dio.

Per i musulmani, infatti, Dio si presenta soprattutto come il Misericordioso per essenza e per eccellenza⁴.

Questa, però, non è una caratteristica esclusiva della religione musulmana.

Nell'Antico Testamento è Dio stesso che, nel libro dell'Esodo⁵, rivelando a Mosè la sua natura si proclama come "il Signore, Dio Misericordioso e pietoso, lento all'ira e ricco di grazia e fedeltà".

Nel Nuovo Testamento, poi, è Gesù che invita coloro che lo ascoltano ad essere misericordiosi "come è misericordioso il Padre vostro"⁶.

"Il mistero della fede cristiana sembra trovare nella parola "misericordia" la sua sintesi"⁷.

Possiamo, quindi, ritenere che per le tre religioni del libro un attributo essenziale di Dio è quello di essere "misericordioso" se non, addirittura, affermare che Dio è "Misericordia".

2. Il concetto di "misericordia" non appare però identico per i musulmani e per i cristiani.

Secondo la concezione islamica, la misericordia di Dio nei confronti dell'uomo si manifesta nella cura che Dio ha verso l'essere umano per il quale

² Cfr. ROBUSCHI RICCARDO, *Islam e Cristianesimo*, Cinisello Balsamo, 2015, pag. 64 e FAUSTI GIOVANNI S.J., *Islam e Cristianesimo* – Milano 2015 – pag. 48 (quest'ultima pubblicazione ripropone una serie di articoli pubblicati dall'Autore su *Civiltà Cattolica* negli anni 1931 – 1933).

³ cfr. il preambolo della Costituzione tunisina del 1959 e la nuova Costituzione del 27.01.2014 che iniziano entrambe con l'invocazione: "In nome di Dio, Clemente e Misericordioso". Cfr., altresì, la Costituzione del Marocco del 2011 e dell'Egitto del 2014.

⁴ Cfr. LAYACHI KAMEL, *L'amore nel Corano e nella Tradizione del Profeta*, relazione all'Incontro promosso ed organizzato dal Movimento dei Focolari su "Musulmani e Cristiani per la fratellanza universale – Amore e Misericordia nella Bibbia e nel Corano" Castel Gandolfo, 2008

⁵ Es. 34,6.

⁶ Lc 6,36.

⁷ Così Papa Francesco in apertura della bolla "Misericordiae Vultus" con la quale indice il giubileo straordinario dedicato, appunto, alla misericordia.

ha creato tutto ciò che è sulla terra⁸ e nella Sua disponibilità a perdonare tutte le sue colpe⁹.

Anche il Corano parla di amore di Dio per l'uomo ma limitatamente a coloro che credono, che sono giusti, fanno il bene e che chiedono perdono¹⁰, mentre l'amore per Dio da parte dell'uomo è una condizione della fede¹¹.

Come nella religione ebraica anche in quella islamica l'uomo è stato creato per servire Dio in forza di un patto primordiale intercorso tra Dio e l'uomo¹² e, in tale prospettiva, il timor di Dio costituisce un atteggiamento fondamentale del credente¹³.

In una recente pubblicazione¹⁴ viene citato un detto del Profeta¹⁵ per cui Dio è per il fedele come una madre e, così come i figli temono i castighi della madre ma la amano, così l'uomo, che è peccatore, teme il castigo di Dio, che è giusto, ma sa che Egli, come una madre affettuosa, è pronto a perdonarlo, se si pente¹⁶.

La differenza essenziale, quindi, nella concezione della misericordia di Dio tra la religione musulmana e quella cristiana consiste, per la prima, nell'affermazione che Dio amerà coloro che hanno creduto, hanno agito bene¹⁷ e hanno chiesto il perdono al Signore¹⁸, che è *“Colui che perdona e che ama”*¹⁹ solo coloro che si pentono²⁰, mentre, per il cristianesimo, la misericordia di Dio arriva a un punto tale da manifestarsi nella incarnazione del Figlio che *“pur essendo di natura divina, non considerò un tesoro geloso la sua eguaglianza con Dio ma spogliò se stesso, assumendo la condizione di servo e divenendo simile agli uomini;*

⁸ Cfr. Sura 2,29 *“Dio ha creato per l'uomo tutto ciò che è sulla terra”*.

⁹ Cfr. ROBUSCHI RICCARDO, *Islam e Cristianesimo*, cit., pag.65.

¹⁰ Sure 2,195; 3,75; 19,96, che recita: *“E allora a coloro che credono e operano il bene concederò il Misericordioso amore”*; 42,40 ; 85,11 e 14.

¹¹ Cfr. LAYACHI KAMEL, *L'amore nel Corano e nella Tradizione del Profeta*, cit., Cfr. altresì la Sura 2,165 *“Quei che credono, più forte di loro amano Dio”*

¹² Cfr. Sura 7,172. Cfr., altresì, ROBUSCHI RICCARDO, *Islam e Cristianesimo*, cit., pag.60.

¹³ Sure 2,2; 2,194; 2,196; 7,171; 9,36 e, per il Vecchio Testamento, Pr. 1,7.

¹⁴ MOUHANAD KHORCHIDE, *Scharia – der missverstandene Gott*, Freiburg, 2014. Il Prof. Mouhanad Khorchide è professore di teologia islamica all'Università di Münster; nella sua pubblicazione sostiene che la misericordia e l'amore di Dio superano i tradizionali pilastri della religione islamica .

¹⁵ AL – BUCHARI, Hadith – Nr. 5569.

¹⁶ Nel mondo cattolico fece molto discutere l'affermazione di Papa Luciani, formulata durante l'Angelus del 10 settembre 1978, che *“Dio è madre”*; anche Giovanni Paolo II, affermò (udienza del 20 gennaio 1999) che Dio *“riassume in sé le caratteristiche che solitamente si attribuiscono all'amore materno”* ribadendo il concetto innovativo del Suo predecessore, concetto recentemente ripreso da Papa Francesco nella Bolla *“Misericordiae vultus”*, n. 6, dove afferma che Dio *“rivela il suo amore come quello di un padre e di una madre che si commuovono fino al profondo delle viscere per il proprio figlio”*.

¹⁷ Sura 19,96 (riportata alla nota 9)

¹⁸ Sura 11,90.

¹⁹ Sura 85,14.

²⁰ Sura 39,53 – 54 *“O servi Miei che avete prevaricato contro l'anime vostre, non disperate della Misericordia di Dio, poiché Iddio tutti i peccati perdona: Egli è il Misericordioso e Clemente ! e volgetevi al vostro Signore pentiti e datevi a Lui prima che vi giunga il Castigo: dopo, non sarete soccorsi ! ”*..

apparso in forma umana umiliò se stesso facendosi obbediente fino alla morte e alla morte di croce”²¹, preoccupandosi di ricercare la pecorella smarrita²² e non volendo che nessuno dei suoi figli si perda²³.

Nella religione islamica, inoltre, Dio è giudice giusto e, nel giorno del giudizio, quando tutti i morti risorgeranno, li giudicherà secondo le loro opere tenendo conto di tutte quelle buone o cattive commesse da ciascuno, opere registrate dagli Angeli²⁴ in un libro che sarà consegnato a ogni risorto²⁵.

Ma se “Dio si fermasse alla giustizia, cesserebbe di essere Dio, sarebbe come tutti gli uomini che invocano il rispetto della legge” infatti “la Misericordia non è contraria alla giustizia ma esprime il comportamento di Dio verso il peccatore offrendogli un’ulteriore possibilità per ravvedersi, convertirsi e credere”²⁶.

3. Se come abbiamo affermato Dio è Misericordia e tale concetto è connaturato al pensiero religioso dell’Islam, dobbiamo chiederci come possa conciliarsi la Misericordia con la *Jihad* e, ancora di più, con il terrorismo

Va, preliminarmente, evidenziato che il termine *jihad* è oggi tradotto con l’espressione “*guerra santa*” ma, letteralmente, una traduzione fedele, dovrebbe essere quella di “*sforzo*” o “*combattimento sulla via di Dio*”.

Il termine, quindi, ha un’origine ed un significato soprattutto religioso, poiché si riferisce allo sforzo che l’uomo deve compiere per dedicarsi alla preghiera ed osservare i comandamenti di Dio, anche perché lo stesso Corano afferma la sacralità della vita umana²⁷, condannando l’omicidio²⁸ e il suicidio²⁹. Motivazioni ed esigenze storico-politiche hanno portato alla necessità di giustificare la guerra³⁰, dapprima contro gli idolatri³¹, successivamente, anche, contro le genti del libro³².

²¹ Fil. 2,6 – 8.

²² Mt. 18,12 – 14.

²³ Cfr., ROBUSCHI RICCARDO, *Islam e Cristianesimo*, cit., pag.67.

²⁴ Cfr. Sura 82,10-11 “*Ma sappiate che su di voi incombono dei guardiani nobilissimi che tutto scrivono, che sanno quel che voi fate*”.

²⁵ La Sura 17,13-14 così recita: “... e il dì della Resurrezione gli mostreremo un rotolo che verrà dispiegato a sé davanti. Leggi il tuo rotolo ! Basterai te stesso, oggi, a computare contro di te le tue azioni”. Cfr., altresì, ROBUSCHI RICCARDO, *Islam e Cristianesimo*, cit., pag.72.

²⁶ Così Papa Francesco in “*Misericordiae vultus*” nr. 21.

²⁷ Sura 5,32.

²⁸ Sura 6,151 che recita: “*Venite e vi reciterò io quello che il vostro Signore vi ha proibito di non uccidere il vostro prossimo che Dio ha reso sacro, se non per una giusta causa*”.

²⁹ Sura 4,29.

³⁰ Cfr. Sura 2, 190-191 “*combattete sulla via di Dio coloro che vi combattono ma non oltrepassate i limiti, che Dio non ama gli eccessi. Uccidete dunque chi vi combatte dovunque li troviate e scacciateli da dove hanno scacciato voi*”. Da tale principio deriva la tesi che è lecito combattere solo per difendersi senza eccedere o compiere ingiustizie (un detto di Maometto vieterebbe di uccidere donne, bambini, anziani e religiosi). Egualmente la Sura 49, 9-10 invita i credenti a non combattere tra di loro, tranne che una parte abbia commesso degli eccessi.

³¹ Cfr. Sura 9,36.

³² Cfr., ROBUSCHI RICCARDO, *Islam e Cristianesimo*, cit., pag.130 e ss.

Conseguentemente nel Corano vi sono numerose incitazioni a combattere i nemici con la promessa della vittoria³³ e, per coloro che muoiono in guerra, del godimento nella vita futura³⁴.

Questo duplice aspetto della religione islamica ha portato a sostenere una distinzione, all'interno dell'esperienza musulmana, tra "Islam dello spirito", attento ad esigenze religiose, e "Islam carnale", occupato da esigenze più mondane e politiche³⁵.

D'altra parte il coinvolgere Dio nelle vicende belliche non è un'esclusiva della religione islamica, ricordiamo il grido di battaglia "Dio lo vuole"³⁶ lanciato dai crociati per la conquista della Terra Santa o le guerre di religione che vi sono state in epoca moderna tra cattolici e protestanti.

Una spiegazione del coinvolgimento della religione nelle vicende militari e nell'esperienza dei popoli islamici la troviamo nella storia.

Sappiamo, infatti, come la religione musulmana, nata nella penisola arabica, si è diffusa, velocemente, a seguito dei successi militari e politici in tutta l'area del Nord Africa, in Spagna e in Sicilia, nell'Impero Bizantino e in Siria, per poi fermarsi a seguito di sfortunate imprese militari e, soprattutto, per problemi di natura economica³⁷, con la conseguenza che, dopo la fine della prima guerra mondiale, con la sconfitta dell'impero Ottomano, tutti gli stati di religione islamica sono stati oggetto di colonizzazione o protettorato da parte delle potenze occidentali.

³³ Sura 8,65.

³⁴ Cfr. per esempio la Sura 9,38 che recita: "O Voi che credete! Che avete, quando vi si dice: lanciatevi in battaglia sulla Via di Dio! Rimanete attaccati alla terra? preferite forse la vita terrena piuttosto che quella dell'Oltre? Ma il godimento della vita terrena, di fronte alla Vita dell'Oltre non è che poca cosa! Se non vi lancerete in battaglia, Iddio vi castigherà di castigo crudele, vi sostituirà con un altro popolo e voi non Gli farete alcun danno, che Dio è su tutte le cose potente!" e la Sura 9,41 "Lanciatevi dunque in battaglia, armati con armi leggere, armati con armi pesanti! Combattetevi coi i vostri beni e con le vostre persone sulla via di Dio! Questo è il meglio per voi, se voi lo sapeste!"

³⁵ È la tesi di FAUSTI GIOVANNI S.J., *Islam e Cristianesimo*, cit., pag.22.

³⁶ Sembra che tale parola d'ordine sia stata lanciata da Papa Urbano II nel discorso tenuto a Clermont per rispondere all'invito di aiuto ricevuto dalla Chiesa d'Oriente e per bandire la prima crociata. In ogni caso tale incitamento era certamente usato da Pietro l'Eremita per invitare i cristiani a partecipare alla liberazione del Santo Sepolcro. Oggi gli storici più accreditati ritengono che il fenomeno delle crociate non abbia avuto motivazioni soltanto religiose ma soprattutto politiche ed economiche.

³⁷ Dopo la vittoria sui Meccani (624 d.C.) l'Islam si espanse rapidamente nell'area del Mediterraneo venendo fermata dai Franchi a Poitiers nel 732, dai Cinesi a Talas nel 751, da una coalizione polacco-tedesca a Vienna nel 1529 e nella Battaglia di Lepanto nel 1571. Tuttavia, ciò che causò la principale crisi del mondo islamico fu la concorrenza della marineria portoghese che, individuata la rotta che doppiava il Capo di Buona Speranza, consentì che i rapporti commerciali con l'Oriente si svolgessero in tempi molto più celeri di quelli necessari alle carovane che solcavano il deserto importando in Europa spezie, aromi, legni preziosi e profumi che, per secoli, erano stati monopolio del commercio arabo (sul punto, cfr. TORTORICI FILIPPO, *Lezioni di Diritto dei Paesi del Mediterraneo*, pag. 21, appunti del Corso di Lezioni tenute alla facoltà di Giurisprudenza della L.U.M.S.A. di Palermo - *inedita*).

Anche se, dopo la seconda guerra mondiale, molti Stati islamici hanno raggiunto l'indipendenza, seppur gradualmente e nel tempo, nell'attuale situazione politica internazionale, nessuno Stato islamico ha sviluppato sufficiente legittimità culturale, religiosa e politica da divenire Stato di riferimento e guida del mondo musulmano³⁸.

Molti storici sostengono che oggi quel fenomeno che era stato definito "espansione dell'occidente" appare decisamente in declino, mentre, al suo posto, va sorgendo una "rivolta contro l'occidente" che, seppur in modo lento, con pause di inversione di rotta, va a poco a poco affermandosi, sostenuta anche dall'aumento della popolazione mondiale che si professa di religione musulmana³⁹.

Certo è che oggi osserviamo come la possibilità di essere protagonisti delle scelte della politica globale è ancora monopolio soprattutto dei Paesi di cultura "occidentale"⁴⁰.

Tale situazione e le divisioni tribali ancora esistenti nei Paesi di cultura islamica, infatti, hanno causato la nascita di estremismi e fondamentalismi che, in uno spirito di *revanche*, danno della religione musulmana un'immagine che certamente non è compatibile con la "Misericordia"⁴¹ che, come abbiamo evidenziato, è un aspetto essenziale e caratterizzante di quella religione e della sua concezione dell'unico Dio⁴².

Notiamo, però, che ai giorni nostri, proprio per le ragioni che abbiamo sopra esposto, la così detta "guerra Santa" è intesa come lotta armata condotta con ogni mezzo possibile, ivi compreso il terrorismo, che, almeno da una parte dell'opinione pubblica musulmana è giustificato o, quanto meno, non condannato, benché certamente non appare conciliabile con la "Misericordia" e con i principi del Corano e della predicazione di Maometto poiché colpisce, inevitabilmente, anche persone inermi, donne e bambini⁴³.

Tale guerra viene considerata una risposta sia all'aggressione militare, culturale ed economica da parte delle potenze occidentali, sia all'omissione da

³⁸ Sul punto, cfr. HUNTINGTON SAMUEL, *Lo scontro delle civiltà*, Cernusco, 1997, 258.

³⁹ Cfr. HUNTINGTON SAMUEL, *Lo scontro delle civiltà*, cit. pag. 312.

⁴⁰ Basti pensare alla composizione del Consiglio di sicurezza dell'ONU per rendersi conto come il maggiore organismo a livello internazionale rifletta ancora la situazione politica esistente alla fine del secondo conflitto mondiale; tale impostazione ha retto finché il mondo era diviso in due blocchi ma è certamente inadeguata nell'attuale scena politica internazionale. Purtroppo ogni tentativo di riforma dell'ONU, della composizione del Consiglio di sicurezza e dell'ormai obsoleto "diritto di veto" non ha trovato adeguati consensi, soprattutto da parte delle nazioni che si trovano in posizione di privilegio. Sul punto cfr. TORTORICI FILIPPO, *Lezioni di Diritto...*, cit. pag. 2, nota 6.

⁴¹ Nel febbraio 2005, trovandomi a Riyadh dove si svolgeva un'importante riunione internazionale, ebbi modo di osservare numerosi manifesti che affermavano: "L'Islam è la religione della Misericordia – tra Islam e terrorismo vi è incompatibilità"

⁴² Cfr. LAYACHI KAMEL, *L'amore nel Corano e nella Tradizione del Profeta*, cit., cita un detto del Profeta che recita: "Non crederete finché non sarete misericordiosi"

⁴³ Ricordiamo che Maometto vietò al nipote, perché ancora impubere, di partecipare alla battaglia del Fossato (627 d.C.) mentre oggi vengono coinvolti in azioni terroristiche anche i bambini.

parte di tanti governanti musulmani che, anziché esercitare la loro autorità come vicari di Dio, sono stati conniventi con le potenze occidentali ed asserviti alle loro esigenze politiche ed economiche.

Conseguentemente la *jiadh*, non nasce da ragioni essenzialmente religiose ma, soprattutto, da motivazioni politiche, avendo la finalità di punire sia l'occidente che quegli stessi poteri musulmani rei di aver disatteso i principi dell'islam⁴⁴ soffocando gli aneliti di libertà dei loro sudditi ed impedendo un'equa distribuzione della ricchezza, con il silenzio, spesso complice, di buona parte delle autorità religiose tradizionali⁴⁵.

Ricordiamo, però, come per l'Islam la guerra ha necessariamente un carattere non solo politico ma anche religioso, sia che si tratti di guerra di difesa, sia che si tratti di guerra di espansione e di conquista intesa come strumento per difendere e diffondere la fede.

La necessità di promuovere una guerra contro l'occidente ha portato alla nascita di tentativi di coesione tra soggetti la cui mentalità era più favorevole alla fedeltà alla propria tribù, al clan e alla famiglia allargata, che non allo Stato, per cui l'unica forza di aggregazione che unisce questi gruppi è basata sulla lingua e sulla religione comune. Assistiamo, quindi, al sorgere di gruppi armati che tendono ad allargare e ad imporre, soprattutto ricorrendo a soluzioni violente, una cultura alternativa a quella esistente non solo in occidente ma anche in alcuni Stati islamici che vengono ritenuti infedeli ai principi dell'Islam o che mostrano tendenze occidentalizzanti.

4. Abbiamo avuto modo di evidenziare come nell'esperienza religiosa islamica e cristiana, seppure con qualche differenza di non poco conto, la "Misericordia" di Dio gioca un ruolo di primissimo piano e come, a causa di egoismi politici, l'esperienza del perdono è diventata sempre più rara.

Non c'è dubbio, però, se è vero che la Chiesa cattolica vive un desiderio inesauribile di offrire "Misericordia"⁴⁶ e i fedeli islamici invocano, più volte e quotidianamente Dio Misericordioso e Clemente, che possiamo sperare in un futuro migliore in cui Amore, Misericordia, Clemenza e Perdono guidino l'agire dell'uomo e la crescita dell'umanità.

⁴⁴ Nella tradizionale concezione islamica la sovranità appartiene a Dio (anche se molte moderne Costituzioni di Stati islamici riconoscono la sovranità popolare) che ha nominato gli uomini come Suoi vicari per governare la terra; colui che governa, quindi, è personalmente responsabile sia nei confronti di Dio, sia della comunità dei fedeli. Si parla, quindi di concezione politica "teo-democratica" in cui chi governa deve avere il consenso della comunità che può rimuoverlo dal suo incarico (Sura 42,38), che deve essere esercitato per conto di Dio e per il benessere comune. Sul punto cfr.: WAJNES, *Introduzione all'Islam*, Firenze 1998; TORTORICI FILIPPO, *Lezioni di Diritto...*, cit. pag. 24.

⁴⁵ Cfr. LO JACONO CLAUDIO, *Il Jihadismo, una nuova fede*, 2015.

⁴⁶ Papa Francesco in "Evangelii Gaudium" nr. 24.

La misericordia... quel poco che so di lei

DI FABIO CEMBRANI

Riassunto

L'Autore affronta il tema della misericordia provando a coglierne gli aspetti etico-pratici nella relazione di cura. Discute, in particolare, i limiti e le insufficienze del paternalismo medico e del modello della relazione di cura basato sulla sola autonomia della persona. E prova così a dare un volto (anche) umano alla misericordia quale nuova dimensione all'alleanza terapeutica.

Parole chiave: Cura, Responsabilità, Misericordia, Deontologia medica.

Summary

The author discusses the mercy topic, trying to focus on the ethical-practical aspects in the health care relationship. The limits of the medical paternalism and of the health care model based only on the person's autonomy are discussed in order to propose mercy as the new dimension of the health care alliance.

Key words: Care, Responsibility, Mercy, Medical deontology.

Se, prima come uomo e poi come medico, provo a riflettere sulla misericordia mi sento scuotere da un fremito – quasi un'improvvisa ed inspiegabile vertigine - in cui riconosco una sensazione di smarrimento, di impotenza, di umana insufficienza.

Essa non è, infatti, un qualcosa di facile da spiegare razionalmente sapendone cogliere le sue prerogative (anche) umane e provando così a superare quel (diffuso) pregiudizio che pretende di rappresentarla come un tema esclusivamente biblico, cristologico ed escatologico visto che la filosofia ha ad essa dedicato un sufficiente spazio di analisi. Perché non è assolutamente così anche se la misericordia viene nell'attuale dibattito banalizzata, confusa con un sentimento o con un moto transitorio dell'animo umano e molto spesso trasfigurata nella relazione di cura in un paternalismo pseudo-misericordioso dal sapore insipido anche se apparentemente dolciastro dalla scarsa, per non dire nulla, prospettiva etico-pratica. A cui il medico si richiama per non informare la persona dell'esistenza di malattie gravi ed inguaribili, per iniziare trattamenti cruenti futili o sproporzionati o non avere il coraggio di interromperli quando da essi non ci si

può ragionevolmente attendere alcun esito positivo né per quanto riguarda il miglioramento della qualità della vita né l'aumento della sua durata o per astenersi da oneri attesi dall'ordinamento per presunte ragioni coscienziali che continuano ad avere molte caratteristiche umorali o di comodo tranne quella dell'autenticità. In queste situazioni il medico si aggrappa, spesso, ai vincoli imposti dalla posizione di garanzia che egli riveste in virtù delle previsioni dell'ordinamento giuridico per agire un determinato comportamento quando, invece, le sue reali intenzioni sono tutt'altro essendo principalmente finalizzate ad evitare guai e a non avere fastidi personali. Ci si richiama così alla carità, alla pietà, alla compassione ed anche alla misericordia per dare un significato alle nostre azioni professionali e così cercare il consenso pubblico ma, di fatto, si preme su quel pedale che aziona pericolosamente la pseudo-misericordia; dal sapore insipidamente dolciastro usando un'aporia, mai gratuita, mistificante e spesso fasulla, per non dire altro.

Si diceva del dibattito in corso sulla misericordia in cui vedo, però, un grande assente: lo indico nel pensiero medico che pur si confronta, per ragioni professionali, con i bisogni della persona, con la malattia, con la sofferenza, con la perdita, con la morte e, dunque, con la stessa finitezza umana. Con quella parte dell'umanità negletta, spesso disperata, lacerata, povera, fragile: in cui si affolla una «gran moltitudine di malati, ciechi, zoppi, paralitici, che aspettavano il moto miracoloso dell'acqua» (Gv 5, 1-47) e che, invece di stare fuori le mura settentrionali di Gerusalemme nelle vicinanze della Porta delle pecore giacendo in attesa sotto i portici, si trovano oggi ricoverati negli ospedali, nelle strutture di lungo-degenza per disabili, nelle residenze sanitarie per anziani, nei centri diurni o che giungono nei nostri ambulatori esprimendo (sempre) un grido di dolore ed un bisogno di umana carità misericordiosa; e che si aspettano non certo che l'Angelo scenda nella vasca per mettere l'acqua in movimento ma di guarire, spesso non avendo nessuno ad aiutarli ad immergersi in quella vasca pur miracolosa.

1. Derminanti linguistici della misericordia

La prima questione non è solo linguistica perché alla misericordia si deve accedere non solo provando a scavare tra i suoi significanti ma provando a rinvigorire quel meta-afferente che non sembra più far parte del patrimonio genetico umano post-secolare: affrontandola non solo con la razionalità ma con le viscere e, sicuramente, con il cuore che, senza mettere in discussione la centralità dell'encefalo tanto cara ai neuro-cognitivistici moderni, resta, a mio modo di vedere, quell'organo, almeno simbolico, da cui sgorgano i nostri sentimenti più profondi, la nostra coscienza, la nostra umanità e la nostra stessa idea di dignità.

Sul piano linguistico bisogna osservare che la misericordia deriva dalla lingua latina: da *misereor* (ho pietà) e da *cor - cordis* (cuore). Essa definisce e connota

così il (indichiamolo approssimativamente) sentimento di chi ha un cuore autentico per tutti gli altri esseri umani senza, però, quelle derive paternalistiche veicolate dalla compassione o dalla pietà. E richiama, sia pur a grandi linee, ciò che la tradizione ebraica indicava con la parola *rahamim*: lemma che stava a significare, non certo metaforicamente, le viscere materne pronte ad accogliere la vita nascente con amore, con generosità e con autentico altruismo. *Rahamim*: parola della carne, luogo dell'accoglienza, spazio fisico che rinuncia a qualcosa di noi per dare colleganza e continuità alle generazioni. Luogo di caritatevole disponibilità e di reciprocità: spazio presente e tempo futuro.

Da qui l'idea che queste due parole (*rahamim* e *misereor cor*) siano accomunate da alcuni tratti dominanti comuni: l'esistenza di uno spazio (fisico o corporeo) e di un tempo (attuale e futuro) che ciascuno di noi è in grado di trovare dentro di sé (anche a costo di rinunciarne ad una parte) per dare vita all'altro con quella comunanza e reciprocità che è una caratteristica tipica della generosità femminile. Della donna che accetta, responsabilmente ed altruisticamente, di generare una nuova vita accogliendola amorevolmente dentro di sé per dare continuità alla vita. Con un dono gratuito, straordinario, irripetibile, produttore non solo di profondi legami familiari ma anche intra e inter-generazionali. E con un oggi e con un domani, con un presente e con un futuro che continuerà anche dopo di noi, dando reciprocità, continuità e comunanza al genere umano che senza la *rahamin* (la misericordia) verrebbe ad interrompersi, a disconnettersi ed a frantumarsi. A dissolversi sul piano dell'identità di genere che, credenti o non credenti, conserva ancora le caratteristiche tipiche di quella finitezza che è parte della stessa naturalità umana anche se la tecnica l'ha, almeno in parte, modificata, alterandone le pause, la ritmicità e la sua stessa vocalità.

La misericordia rappresenta, così, quel filo non solo logico di unione e di comunione tra gli esseri umani che retrocede dalle tentazioni innescate dall'individualismo, dall'egoismo e da quel pseudo-paternalismo che non è solo una proprietà medica e che nel dibattito politico assume l'abito di un pericoloso populismo; che non dirime certo i contrasti e le tensioni sociali pur facendo leva sulla sicurezza e sulla difesa dei confini dello Stato, che incrementa le disuguaglianze e le dis-equità e che non affronta le tante forme di povertà, di sfruttamento e di emarginazione che esistono ancora nel mondo globalizzato. Dove i diritti sono spesso dichiarati a voce per essere poi costantemente traditi nei fatti, resi non esigibili e mortalmente feriti da stalli silenziosi o idee aberranti che, per quanto ci riguarda, approfittando anche delle tante difficoltà incontrate dall'Eurozona, dalla scarsa tenuta della nostra moneta e dalla crisi greca che sembra aver comunque messo in scacco la supremazia tedesca, sembrano essere arrivate ad un punto di non ritorno. La riflessione sui suoi determinanti linguistici ci porta perciò a comprendere cosa è e cosa non è la misericordia. Essa non può essere confusa né con un sentimento né con un moto passeggero dell'animo essendo una virtù e, forse, una straordinaria attitudine dell'«uomo par-lante, uomo agente,

uomo narratore e, infine, uomo responsabile» nella direzione indicata da Paul Ricoeur¹. Di una persona – dunque – che, pur fatta di carne, ha un volto che lo rivela all'altro e che si illumina nella responsabilità ovvero in quella dimensione etica basata su ciò che il filosofo francese definisce l'aspirazione ad una vita compiuta, con e per gli altri.

La misericordia non ha così nulla a che fare con quei sentimenti più o meno dolciastrici messi in moto dal pseudo-paternalismo e non può essere confusa né con la pietà né con la compassione che, pur essendo moti dell'animo umano spesso nobili, non affrontano le (tante) questioni pratiche attualizzate nell'ipotesi in cui il bene ed il giusto non coincidono. Né, ancora, con la presunta leggerezza di Gesù cui si appellano gli sbadati per criticare la Sua decisione di risparmiare dalla lapidazione quell'anonima donna colta in flagranza di peccato carnale violando la legge di Mosè e la tradizione e che gli uomini della legge (gli Scribi ed i Farisei) avevano condotto nel tempio con il chiaro obiettivo di provocarlo e di metterlo alla prova. Perché la misericordia è una manifestazione pratica della carità, la sovrabbondanza della giustizia e, molto probabilmente, la sua più autentica manifestazione pratica. Senza però negarla, realizzando essa il primato del bene sul giusto. Sempre e costantemente abnegata, generosa, gratuita, paziente, non umorale; costantemente libera, genuina, veritativa, indipendente da qualsivoglia condizionamento esterno e da qualunque interesse personale. Un dono straordinario dato in eredità agli uomini (sicuramente più fruttuoso del fuoco prometeo) ed un dono che essi sono in grado di esercitare dando così spessore alla giustizia ed alla carità non già in astratto ma sul piano richiesto dall'umanesimo pratico.

2. Relazioni tra il giusto e il buono

Se la misericordia esprime un'idea di sovrabbondanza rispetto alla giustizia quali sono i suoi rapporti con il bene e con la beneficiabilità?

La questione, molto discussa nella filosofia utilitaristica che aveva indicato la giustizia con lo sforzo di massimalizzare il bene per il maggior numero di persone (così sviluppando l'imperativo kantiano che considera la persona come fine e mai come mezzo), è stata di recente sottoposta ad una profonda rivisitazione da parte di Rawls² che, con la regola del *maximum*, ha provato a darle una soluzione sostanzialmente procedurale decretando, di conseguenza, il primato del giusto sul buono. Con conseguenze certo non trascurabili. Perché quando è subordinato al bene, il giusto non è un qualcosa di artificialmente scontato dovendo essere gradualmente scoperto, svelato, costruito; viceversa, quando il giusto è generato da vie e mezzi semplicemente procedurali che si collocano in una matrice di tipo contrattualistico, esso non è dato per conosciuto

¹ P. Ricoeur, *Sé come un altro*, Milano, 2011.

² J. RAWLS, *Giustizia come equità. Una riformulazione*, Milano, 2002.

dovendo essere, invece, di volta in volta, costruito, generato, inventato. Così tutto dipende dalla prospettiva entro cui ci vogliamo collocare potendo scegliere, alternativamente, uno scenario che può avere il carattere deontologico con vincoli formali-procedurali o quello teleologico (da *telèos*, fine). Proceduralizzare la giustizia con vincoli e limiti in vista di qualcosa è una scelta che, naturalmente, può condizionare risultati non sempre positivi potendo, soprattutto, trasformare la società in un sistema distributivo, di ripartizione di vantaggi e di svantaggi; anche perché la regola del *maximum* non risolve certo le disuguaglianze e la povertà economica, sociale e culturale. Perché mai il benessere può essere perseguito a spese della libertà e perché le disuguaglianze sono tenute vitali dalla diversa distribuzione delle risorse sulla quale si decide comunque di non intervenire.

Il giusto ed il buono non sono, dunque, la stessa cosa ed il giusto esprime, spesso, la forza e la debolezza del diritto procedurale. Per questo il giusto mi sembra esprimersi nella prospettiva di una vita buona, fatta di comunanza, di solidarietà, di reciprocità, di mitezza e, soprattutto, di sollecitudine verso l'altro. In ciò si coglie la vera dimensione dell'essere umano che resta anch'esso un'attitudine diventando, a tutti gli effetti, una persona in senso pieno quando si esprime nella sua potenza d'agire, tanto sul piano individuale, quanto su quello sociale e nelle relazioni con i suoi simili. Così radicandosi su una formula a tre termini: la stima di sé, la sollecitudine (e la responsabilità) verso l'altro ed il rafforzamento di istituzioni giuste. Senza dimenticare che il buono trascina con sé il giusto ma non il contrario visto che la giustizia procedurale dimostra limiti sostanziali condizionando azioni e comportamenti che, molto spesso, si pongono il solo obiettivo di non attrarre su di sé le conseguenze negative previste dall'ordinamento. E così confondendo la responsabilità con la colpa che, pur avendo tra loro qualche similitudine, esprimono concetti molto diversi. Perché, come ci ha insegnato Hanna Arendt³, si può essere spesso colpevoli senza essere responsabili anche se la deontologia medica risulta, a questo riguardo, davvero rinunciataria nonostante la nuova versione del Codice non abbia frammentato la responsabilità come avveniva nella versione precedente; in cui ci si riferiva, alternativamente, ad una responsabilità disciplinare (art. 1), ad una responsabilità deontologica (art. 62) e ad una responsabilità etico-giuridica (art. 62). Almeno questo bisogna riconoscerlo anche se perdurano le insufficienze e le lacune che potevano trovare una più attenta composizione per dare una veste ancora più luminosa all'idea di responsabilità cui la deontologia medica dovrebbe ispirarsi: tenuto naturalmente conto che il Codice non ha certo la funzione di rinnovare i principi generali dell'ordinamento giuridico ma quella di dar forma e concretezza ai principi dell'etica medica come dichiarato dall'art. 1 della nuova versione

³ H. Arendt, *La banalità del male*, Milano, 1996.

(‘Definizione’). E di declinare, così, la responsabilità autentica del medico che si concretizza nell’impegno, nello scrupolo, nella disponibilità, nella capacità di dedicare il tempo necessario per la valutazione dei dati oggettivi e nell’utilizzo delle procedure e degli strumenti ritenuti necessari per promuovere e salvaguardare la salute della persona senza perdere di vista l’uso ottimale delle risorse e la sostenibilità del sistema: dunque nella sollecitudine dell’impegno che riguarda il sapere, il saper essere ed il saper fare, la competenza e la lealtà, l’aggiornamento, la prudenza, la mitezza e l’autenticità misericordiosa che sostiene la vera alleanza tra il medico e la persona.

Quest’idea non viene, però, mai sviluppata dal Codice che, ancora una volta, trasmigra la responsabilità verso la colpa, senza dare ad essa quella visione unificante era necessaria per quel salto di qualità che i tempi imponevano. Se è pur vero che l’art. 4 (Libertà e indipendenza della professione. Autonomia e responsabilità del medico’) fonda la professione «sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità», vero è, altrettanto, che il Codice è rinunciatario nel dare spazio alla responsabilità intesa nel suo profondo e più ampio significato imposto dalla misericordia umana. Ciò si evidenzia, con particolare pregnanza, nel caso dei conflitti etici che possono emergere nella relazione di cura dovendo dar atto, a questo riguardo, che la nuova versione del Codice continua a distinguere la clausola (o opzione) di coscienza dall’obiezione di cui alle leggi n. 194 del 1978 (“Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”) e n. 40 del 2004 (“Norme in materia di procreazione medicalmente assistita”) che ne definiscono l’oggetto, i limiti, le formalità ed i destinatari. Ed è di tutto interesse osservare che la deontologia professionale, pur non esplicitandola sul piano lessicale, indica la clausola di coscienza non come una opzione della prassi professionale ma come un perno che definisce l’autonomia diagnostico-terapeutica del medico rafforzata dall’esplicito livello di responsabilizzazione richiestogli nel fornire comunque alla persona «ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione»: un’autonomia diagnostico-terapeutica necessariamente responsabile che, evidentemente, pone il medico nel diritto e nel dovere di agire rispettando la propria coscienza (ed i propri valori morali) oltre al suo convincimento clinico, con il solo limite di non arrecare un «grave ed immediato nocumento per la salute della persona».

Si è detto dei diversi significati della responsabilità e delle derive connesse al ricondurla alla colpa giuridica trascurandone il suo più autentico significato umano che appare in contro-tendenza rispetto ad una impostazione di pensiero ampia che osservo, purtroppo, nella comunità professionale: quella, appunto, di confondere la responsabilità con la colpa e quella di considerarla non già come una superficie ma come una linea in cui si allenta drammaticamente la tensione tra le sue aporie la cui complementarità non è un limite ma un valore da preservare. Confondere la responsabilità con la colpa di rilevanza

giuridica è, così, una semplificazione che non possiamo permetterci se non a scapito di tradire lo statuto ontologico che ispira la professione medica perché si può essere straordinariamente responsabili senza essere colpevoli, come dimostra la vicenda umana di Rodion Romanovic Raskol'nikov, il protagonista di *'Delitto e Castigo'* di Fedor Dostoevskij⁴, l'idea del super-uomo elaborata di Nietzsche e l'idea magistralmente espressa sull'origine del totalitarismo dalla Arendt⁵.

3. Tra deontologia medica e opere di misericordia

Potremmo chiudere fin da subito la questione evidenziando che la parola misericordia non ricorre mai, nemmeno una volta, del Codice di deontologia medica.

Può, naturalmente, trattarsi di una svista o, forse, anche se ne dubito (il linguaggio deontologico non ha mai brillato in termini di compostezza, di chiarezza e di coerenza), di una scelta consapevole fatta dai suoi estensori, atta ad evitare le critiche che sarebbero state sicuramente mosse dai medici non credenti o da chi pensa (erroneamente) che la misericordia sia una sola verità rivelata e una proprietà divina. O, molto più realisticamente, di una immaturità professionale perché anche questa nuova versione del Codice si rivela non certo al passo con i tempi che richiedevano una svolta radicale della professione, almeno sul versante deontologico. Che, ancora una volta, appare rinunciatario, in qualche parte ridondante, in altre poco chiaro, in altre francamente elusivo, in altre davvero discutibile e che non è stato purtroppo in grado di esprimere quel cambio di prospettiva che molto di noi chiedevano e che i tempi imponevano; sia pur nel rispetto della continuità di una storia millenaria che affonda le sue radici nell'età greca e, più in particolare, nel IV secolo prima di Cristo quando vide la luce il Codice ippocratico. Dal che la mia generale impressione che questa versione del Codice sia priva di un'anima o, se si vuole, sia stata volutamente costruita in termini distaccati rispetto ad un piano di realtà in rapida e tumultuosa trasformazione. Non solo per l'evoluzione della tecnica e per il progresso delle conoscenze scientifiche ma per il contesto data da una post-modernità che sembra aver smarrito le sue coordinate umane pur reclamandole con forza.

Se guardiamo al «non-detto riflessivo»⁶ del Codice qualche idea può essere espressa per dare ad essa una dimensione in prospettiva etico-pratica. Ogni impresa di codificazione contiene, infatti, al suo interno, un non-detto che funge da spina dorsale per tenere assieme, in maniera più o meno organica, le singole previsioni anche se esso deve essere colto riflessivamente desumendolo dalla trama del testo: così la nostra Costituzione fondata sul principio di laicità e di

⁴ F. DOSTOEVSKIJ, *Delitto e castigo*, Torino, 2005.

⁵ H. ARENDT, *La banalità del male*, Feltrinelli, Milano, 2008.

⁶ P. RICOEUR, *Il giusto*, vol. II. Torino, 2002.

pluralismo della democrazia liberale; così, anche, la norma penale che fonda il suo presupposto sul principio generale del *neminem ledere*; così, ancora, la legge civile che riconosce il suo filo conduttore nel dovere di risarcire il danno ingiusto; e così anche la riflessione deontologica che contiene il suo non-detto riflessivo. Tutte le codificazioni riconoscono, dunque, al loro interno un'ossatura che funziona da telaio portante senza la quale è davvero difficile assegnare alle diverse previsioni quelle inter-connessioni virtuose che ad esse conferiscono uno statuto unitario e, per dirla in un'altra maniera, comunitario e sociale. Indico il non-detto deontologico in quattro idee di fondo

a) Il concetto di salute. Esaminiamo queste idee che danno forma e spessore al non-detto del Codice di deontologia medica a cui bisogna guardare riflessivamente, con sguardo attento, naturalmente a patto che si voglia da esso desumere quegli orientamenti generali utili a caratterizzare il nostro ruolo sociale e l'idea che la nostra professione debba essere praticata con naturale e umana misericordia.

Scarni sono, purtroppo, i passaggi contenuti nella nuova versione del Codice utili a capire quale è l'idea di salute cui esso vuole ispirarsi. Spariti i precedenti riferimenti ad alcune delle sue dimensioni costitutive, l'art. 5 della nuova versione del Codice ('Promozione della salute, ambiente e salute globale') esorta il medico a «considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva» invitandolo a «collabora(re) all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio». Mai il Codice esplicita la prospettiva bio-psico-sociale della salute che le è stata riconosciuta in tempi non sospetti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità anche se, in altre parti, essa viene in qualche modo collegata con la sofferenza. Ciò avviene nell'art. 3 ('Doveri generali del medico') che da rilievo al «trattamento del dolore» e al «sollevio della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera»; nell'art. 16 ('Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati') che, pur invitando il medico a non intraprendere né ad insistere «in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita» lo esorta al «controllo efficace del dolore» configurato «in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato»; e nell'art. 39 ('Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza') che invita il medico a non abbandonare «il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollevio dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità

della vita». È dunque di tutto interesse annotare che il Codice di deontologia medica, pur mai riferendosi esplicitamente alle dimensioni costitutive della salute, conferma la sua prospettiva aperta e dinamica e le relazioni che essa ha con la nostra personalità e con la nostra traiettoria biografica. Come indicato dall'Organizzazione mondiale della sanità che l'ha ricondotta, in positivo, ad uno "stato", cioè una condizione di stabilità, ulteriormente specificata dal termine "benessere" e dagli aggettivi "fisico, mentale e sociale" accostando questo stato alla nozione complessiva di benessere anche psichico e sociale. Ciò a rafforzare un'idea di salute intesa non solo come assenza di malattia, ulteriormente sviluppata con l'idea di benessere; la specificazione in negativo viene aggiunta in quanto evidentemente il benessere fisico, psichico e sociale appare insufficiente per una esauriente connotazione dello stato di salute. In pratica ad una prima prospettiva assiologia (che si propone di descrivere l'essenza e la vera natura del fenomeno salute) si aggiunge una seconda prospettiva che, rispetto a quella, introduce un elemento relazionale e dialettico che rinvia ad un'altra entità rispetto alla salute, espressa in forma negativa (l'assenza di malattia).

b) La relazione di cura. Affrontiamo, ora, la relazione di cura che voglio da subito rappresentare con una metafora: un incrocio (un crocevia) dove non esiste, però, una lanterna semaforica funzionante o una rotonda destinata a disciplinare l'intenso traffico veicolare e dove le uscite sono scarsamente indicate dalla segnaletica stradale. Naturalmente, su questo crocevia convergono, provenienti da direzioni diverse, interessi ed istanze diverse. Provenienti da almeno tre soggetti diversi: da una parte la persona che richiede una prestazione di diagnosi e di cura a causa di una malattia o di un bisogno, dall'altra il professionista che mette in campo la sua conoscenza, la sua esperienza e la sua competenza nella soluzione del problema e dall'altra, ancora, l'organizzazione sanitaria che sempre più chiede al professionista comportamenti efficienti per risolvere le liste di attesa ed un'appropriatezza sempre più condizionata dalla drammatica crisi economica che stiamo attraversando e dal decremento delle risorse disponibili. A ciò si aggiungano anche due ulteriori attori che spesso entrano sulla scena: i familiari della persona o chi la rappresenta giuridicamente che, spesso, esprimono idee contrastanti rispetto alle scelte individuali ed a quelle proposte dal medico; e la giurisdizione che i medici individuano come il motore che sviluppa una diffusa (ritenuta) *malpractice*.

Con istanze diverse che provengono da questi protagonisti e che non sono di tipo esclusivamente professionale avendo (soprattutto) un contenuto umano, civile e sociale. Affermare che la relazione di cura si fonda assiologicamente sulle sole istanze professionali è erroneo. Certo, essa sgorga dalla richiesta prioritaria di cura presentata da chi soffre e che chiede, evidentemente, una risposta di tipo professionale a chi ha la conoscenza di quest'arte e la competenza per realizzarla. Ma non solo: perché chi soffre chiede anche rispetto, vicinanza e solidarietà all'interno di una relazione che è messa in discussione, nella sua tenuta,

da una perenne e non risolvibile asimmetria umana che può essere contenuta proprio dalla misericordia. Essa si realizza, infatti, tra la persona che non conosce ed il professionista che sa, tra chi soffre e chi non soffre, tra chi chiede aiuto e chi è tenuto a darlo stante la posizione di garanzia esercitata all'interno dell'organizzazione sanitaria che è chiamata a dar tutela effettiva al bene-salute garantito dall'art. 32 Cost., nell'interesse del singolo e della collettività.

Quest'asimmetria relazionale esiste e sarebbe innaturale negarla o tentare di risolverla banalizzandola perché la concretezza del vivere comune non lo consente: essa è e resta forzatamente asimmetrica proprio per la diversa forza degli attori che intervengono nella relazione di cura. Accontentiamoci, dunque, di depotenziarla e di farlo agendo su quelle altre (diverse) istanze che circolano in quel crocevia metaforico con cui l'ho rappresentata. Sono proprio esse che, a mio modo di vedere, consentono di dare un nuovo abito alla relazione di cura in quella prospettiva autentica di mutuo riconoscimento tra simili che è non solo la base portante della relazionalità ma che fonda l'idea di quell'autocomprensione etica dell'umanità difesa strenuamente da Jürgen Habermas⁷. Che deve essere sostenuta con il *logos* del linguaggio e che si acquisisce solo attraverso lo sforzo collettivo di agenti responsabili e misericordiosi. Con un reciproco e mutuo riconoscimento realizzato da persone che hanno un uguale *status* normativo e che si riconoscono nel rispetto misericordioso che apre nuovi spazi, anche fisici, di cooperazione e di mutualità.

c) La carità misericordiosa. L'idea che l'arte della cura abbia necessità di un nuovo modello antropologico capace di bilanciare quelle asimmetrie che comunque ne sono parte costitutiva non è un'esigenza nuova perché, da più parti, sono state messe in evidenza le insufficienze sia del modello paternalistico che di quello fondato sull'autonomia della persona: perché il primo mantiene l'asse decisionale sul professionista della salute e perché il secondo non considera che questi assi possono sempre entrare tra loro in insanabile conflitto. Una cosa è però certa: la relazione di cura è, comunque, condizionata anche da vincoli esterni che occorre indicare nel rispetto (e nella promozione) delle libertà fondamentali della persona umana che non possiamo circoscrivere al solo consenso informato o al rifiuto, altrettanto informato, discutibilmente introdotto dal nuovo Codice di deontologia medica, visto e considerato che tali libertà sono molto più ampie e che il loro catalogo richiede lo studio di fonti giuridiche di provenienza diversa. A cui occorre guardare con rinnovato interesse interpretandole come vincoli, per così dire esterni, che modulano la relazione di cura nel senso che questa deve ad essa attenersi sia sul piano del rispetto che della promozione. Attenzione, però, a non voler intorbidire le acque

⁷ J. HABERMAS, *Teoria dell'agire comunicativo*, Bologna, 1997.

richiamandosi ai soli vincoli esterni. Perché la relazione di cura non viaggia solo in relazione ad essi che si devono necessariamente incontrare con alcuni principi interni che il Codice deontologico pone a fondamento dell'esercizio professionale: che non possono essere agiti in astratto ma solo dentro la relazione di cura e, dunque, rispettando e promuovendo le libertà inviolabili della persona umana. Li identifico: (a) nelle conoscenze scientifiche; (b) nell'utilizzo appropriato delle risorse; (c) in due divieti, quello all'accanimento diagnostico e terapeutico e quello all'eutanasia.

Sul divieto eutanasi si deve registrare il persistente silenzio del Codice che avrebbe dovuto fare chiarezza sui termini di una questione spesso strumentalizzata nella riflessione bio-etica con il ricorso a termini ambiguamente conati dagli interpreti come a suo tempo denunciato da Carlo Maria Martini⁸: l'eutanasia è, infatti, una ed una soltanto e deve essere indicata nelle sole azioni professionali intenzionalmente finalizzate a provocare la morte della persona anche su sua richiesta e, dunque, riferendola a quelle ipotesi criminose ricomprese nell'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.) e nell'aiuto o istigazione al suicidio (art. 580 c.p.).

Il divieto all'accanimento terapeutico è, invece, indicato dal Codice che all'art. 16, che esorta il medico a non attuare e a cessare trattamenti inappropriati o eticamente non proporzionati quando essi, naturalmente, non abbiano alcuna ragionevole incidenza né sull'attesa né sulla qualità della vita della persona. Dando un chiaro volto espressivo alla misericordia che, come già ho ricordato, è l'espressione pratica della carità e l'affermazione del primato del bene sulla giustizia procedurale.

Gli altri principi interni che danno forma e sostanza alla relazione di cura limitando, in qualche modo, l'autonomia della persona senza però tradire la misericordia sono rappresentati: (1) dalle conoscenze tecnico-scientifiche che informano l'autonomia e la responsabilità del professionista; (2) dal buon utilizzo delle risorse che, in tempi di drastico ridimensionamento delle risorse dovute alla crisi economica internazionale, è la base per una medicina pubblica ancora sostenibile; (3) dalla libertà di coscienza sul cui carattere veritativo già si è detto. Si tratta di principi sui quali, per ragioni di spazio, non posso dilungarmi che devono saper illuminare la relazione di cura per bilanciare quella devianza tirannica assiologicamente orientata a privilegiare o il principio di autonomia o quello di beneficiabilità su cui regge, rispettivamente, il paradigma dell'autonomia della persona e quello del paternalismo professionale.

... altro non so di lei se non che la mia professione mi impone di darne una concreta testimonianza mettendomi nel quotidiano a contatto con la malattia, con il dolore, con la sofferenza, con la perdita, con la morte e con la stessa finitezza umana.

⁸ C.M. MARTINI, 21 gennaio 2007, in *Il Sole 24 ore*.

Il medico e la misericordia verso se stesso

DI MARCO TRABUCCHI

Riassunto

Il medico di fronte alle difficoltà che oggi incontra nella professione è tentato dallo scetticismo, dalla rinuncia, dall'abbassare la qualità dell'impegno. In questa condizione non deve però ulteriormente approfondire il suo disagio, con riflessi negativi sul lavoro di cura, ma esercitare verso se stesso la misericordia che lo ha guidato nel suo rapporto con i pazienti, perdonandosi e puntando in alto.

Parole chiave: Medico, Crisi della medicina, Misericordia verso se stessi.

Summary

The doctor facing the difficulties of his/her profession today are tempted by skepticism, the waiver of decreasing quality commitment. This condition does not need to further deepen his discomfort, with negative effects on the nursing job, but to exercise mercy towards himself who guided him in his relationship with the patient, forgiving him and aiming higher.

Key words: Doctor, Medical crisis, Mercy towards you.

“Beati i misericordiosi, perché troveranno misericordia”.

Lungi da me una lettura blasfema di questa affermazione del Signore; è però legittimo darne una interpretazione diversa dal consueto, per sostenere che il medico che ha esercitato la misericordia verso i suoi pazienti troverà la capacità di esercitarla anche verso se stesso nel momento della difficoltà, quando il conflitto interiore si fa pesante e il dolore della mente impedisce di proseguire con lucidità e libertà nel compito di curare.

Viviamo nel tempo delle crisi; il medico non vive in un periodo felice. Troppe incertezze, troppi conflitti caratterizzano il suo lavoro, lo costringono ad assumere comportamenti che lui stesso non ritiene giusti. Così rischia di accumulare nel cuore difficoltà su difficoltà, ed alla fine intravede la perdita di fiducia nelle proprie capacità e di speranza nella loro efficacia.

Un breve elenco delle crisi permette di comprendere meglio la profondità del disagio, talvolta apparentemente mascherato, ma che è sempre un fardello che il medico deve sopportare nei diversi momenti del lavoro di cura.

La *crisi culturale*: la fine dell'onniscienza, come è stata definita, impedisce di muoversi nel solco tranquillo degli eventi concatenati, del rapporto univoco causa-effetto, ma espone ad una complessità talvolta inestricabile, per la quale non sembrano esservi risposte. La gran parte dei medici non sono attrezzati per questa sfida intellettuale e si rinchiudono nella semplificazione, per poi rendersi conto che questa non dà le risposte delle quali hanno bisogno, sul piano delle idee, ma anche sul piano concreto dell'organizzazione delle cure.

La *crisi scientifica*: le grandi malattie croniche sono prive di terapie risolutive. Il medico abituato alla logica dell'acuzie e dei "proiettili magici" si disorienta e si amareggia, perché sembra che il suo lavoro non porti vantaggi. Ovviamente non è così, perché in molti casi la medicina offre gli strumenti per modificare di poco o di molto la storia naturale delle malattie. Recentemente un numero dell'Arco di Giano è stato dedicato a "Chi soffre per l'Alzheimer?" con un approccio che ha permesso di leggere gli ambiti diversi che sono colpiti dal dolore per la malattia, ciascuno dei quali richiede interventi specifici, spesso non risolutivi. È un esempio della medicina scientifica che misura i propri limiti; è però costretta ad analizzarli, senza nascondere nulla, perché il dolore impone attenzione e risposte, per quanto difficili.

La *crisi umana*: le paure del futuro, della violenza, di un'evoluzione demografica mostruosa (un mondo senza giovani e con tanti vecchi), di un'Europa invasa. Il mondo dell'iconografia classica che descriveva il medico capace sempre di mediazioni, perché poche erano le vere difficoltà, si va sfaldando. La stessa famiglia del medico, luogo dei compensi e della tranquillità, in molti casi non esiste, sostituita da effimere aggregazioni che difficilmente resistono al vento dell'egoismo di fronte alle difficoltà oggettive e soggettive. E il medico è solo, come avviene spesso anche nell'ambito del lavoro, dove le condivisioni e il lavoro d'equipe sono sempre più rari.

La *crisi economico-organizzativa* della sanità: è un ambito anche troppo discusso; fonte continua di disagio per chi opera nelle istituzioni e non percepisce un'adeguata valorizzazione del lavoro, perché il sistema ha perduto la propria anima, cioè la capacità di difendere gli scopi rispetto ai mezzi. La constatazione che tra i decisori l'interesse per gli scopi sia poco popolare stimola la tristezza, ma soprattutto la frustrazione di sentire che il proprio valore umano e professionale è misurato sul parametro della capacità produttiva.

La *crisi del rapporto con il paziente*, inquinato da interessi economici dalle due parti: internet ha esercitato un effetto distruttivo senza precedenti. Se il vecchio paziente ascolta ancora con fiducia e attenzione, vi è sempre un giovane che mette in dubbio la relazione, in nome di una qualche informazione ottenuta dai social. Dall'altra parte, talvolta gli interessi economici hanno inquinato anche la mente del medico, sopraffatto da pressioni umanamente comprensibili, ma distruttrici di un rapporto pieno e sereno con chi deve essere curato.

Di fronte a questa complessa realtà, che sembra farlo confondere anche

rispetto ai propri doveri, perché non esistono tracce chiare da percorrere, il medico si trova ad accompagnare con misericordia, anche se talvolta con grande fatica, le persone che a lui si affidano, cercando di migliorare senza sosta le proprie capacità di fare il bene. Non ricerca il compenso economico, ma spesso non riceve nemmeno quello umano, perché, in particolare se si occupa di malattie croniche che diminuiscono le capacità mentali, la ricompensa affettiva è difficile, spesso inesistente. Il continuo allenamento al servizio migliora nel tempo la capacità di esercitare la misericordia; gli atti di cura sono più precisi, equilibrati, accompagnati dall'attenzione per la storia del dolore vissuto dal paziente... Potrebbe sembrare che i risultati del lavoro arrivano e siano tranquillizzanti...

Ma la crisi sopravviene quando il medico incomincia ad analizzare se stesso: è stato generoso, però sente inadeguata la sua generosità, è stato colto, ma sente insufficiente la sua capacità di capire e di leggere con intelligenza le cose, ha lavorato, però percepisce l'inadeguatezza quantitativa e qualitativa del suo impegno, ha anche sofferto, però teme di averlo fatto per alimentare il proprio orgoglio, è stato prudente, ma troppo spesso anche timoroso di fare quello che sembrava più giusto, ha cercato di adeguarsi alla scienza, ma non è sempre stato in grado di capire dove si collocasse il messaggio più importante e utile. Ed allora soffre, vive la profonda insoddisfazione di un fallimento, entra in una fase di disincanto, che si accompagna al rallentamento delle attività e dei doveri nei riguardi delle persone verso le quali ha cercato per lungo tempo di esercitare la misericordia.

La crisi entra nel cuore, dopo essere stata vissuta nelle cose concrete, quando era sembrato di averla superata. Allora è il tempo della misericordia verso noi stessi, è il momento di indirizzare le pulsioni generose anche verso di noi. Infatti la frustrazione conseguente all'incapacità di percepirci limitati nelle mille condizioni della vita, ed in particolare nelle funzioni di medico, induce danni alla vita stessa, perché toglie la serenità, provoca ansia e disagio, talvolta porta i connotati della disperazione. Così anche il lavoro perde valore, si inaridisce e le persone fragili che dovrebbero godere di un intervento misericordioso ne subiscono le conseguenze negative. Si sentono abbandonate, ma, peggio ancora, tradite, perché alcuni intuiscono di essere all'origine delle difficoltà della loro guida.

Allora è veramente il tempo della misericordia; chi l'ha esercitata (l'evangelico "beati i misericordiosi") troverà la capacità di esercitarla verso se stesso, superando le mille difficoltà che invece devastano la vita di persone pur generose, ma che non hanno vissuto le beatitudini.

Non si può andare alla ricerca da che parte sia venuto il dono di essere stati capaci di misericordia: sia il Signore, sia una forza interna misteriosa...

Non si può giocare con la capacità di essere misericordiosi con se stessi; non è la tappa di un'autoanalisi volta all'autoassoluzione, ma qualcosa di più profondo, che lega la misericordia per gli altri con quella verso se stessi. È, come

altre, una relazione di cura, delicata e difficile, però destinata produrre serenità nel profondo.

La misericordia verso di sé difende il medico dall'orgoglio difensivo, dalla chiusura; non si sostituisce alla giustizia (ho fatto quello che dovevo), ma la supera. Essere misericordiosi è la carità più grande verso se stessi, ma non è sempre facile. Occorre perdonarsi, allontanare il senso di colpa, che talvolta è una sorta di angolo buio nel quale rifugiarsi, conoscere i limiti del cuore e della mente, esercitare la modestia di chi rinuncia a realizzare le proprie idee, accettare che il malato rifiuti la relazione o, al contrario, doni al medico uno sguardo d'amore, senza doversi sentire schiavo del sorriso, impegnarsi nella vicinanza al dolore fisico e psichico, anche quando si prova la delusione di non essere capaci di una cura.

*“Impara dov'è la prudenza
dov'è la forza, dov'è l'intelligenza,
per comprendere anche dov'è la longevità e la vita,
dov'è la luce degli occhi e la pace” (Baruc, 3, 14)*

Certo, il profeta non parla di Misericordia, ma insegna al medico come vivere a lungo grazie alla prudenza, alla forza, all'intelligenza, virtù sulle quali si fonda la Misericordia. Anche quella verso se stessi; così si conquista la libertà rispetto alle imposizioni fasulle anche nel proprio lavoro e la serenità verso errori e incertezze. La morte così non fa paura, né quella del paziente né quella propria; non è la conclusione di fallimenti procurati o vissuti, ma la fase finale di una vita donata agli altri e a se stessi.

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO

• ALFREDO ANZANI

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1971, ha esercitato la professione di chirurgo generale presso l'Istituto Scientifico Universitario Ospedale San Raffaele di Milano. Autore di numerosi lavori su temi di etica medica, ha frequentato il corso di perfezionamento in bioetica presso la Georgetown University di Washington. Professore a contratto presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Vita Salute San Raffaele, dove insegna "Etica clinica", è presidente del Comitato Etico dello stesso ospedale. Membro corrispondente della Pontificia Accademia per la Vita, è stato segretario generale e vicepresidente della FEAMC (European Federation of Catholic Physicians Associations). È autore di numerosi articoli e ha curato vari testi di Bioetica.

• ANNA BANCHERO

Laureata in pedagogia e in sociologia. Direttore del Settore Politiche Socio-sanitarie e Sociali della Regione Liguria fino al 2008. Dal ottobre 2010 a luglio 2015 è stata responsabile tecnico del Coordinamento Nazionale Politiche Sociali delle Regioni italiane. Dal 2000 a tutt'oggi Esperto in Commissioni del Ministero della Salute e del Welfare, per la Programmazione socio-sanitaria, non autosufficienza e disabilità e ha operato fino al 2014 anche come Esperto del Ministero Salute, per il Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria (SIVEAS). È Docente al Corso di Laurea Magistrale in Servizio Sociale presso l'Università di Genova Facoltà di Giurisprudenza. È membro del CIV dell'IRCCS San Martino di Genova. È socio fondatore della Società di Diritto Sanitario (So.DiS). È membro del Comitato Scientifico dell'IASS.

• PAOLA BINETTI

Laurea in Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del S. Cuore, Specializzazione in Neuropsichiatria infantile. Neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta. Professore ordinario di Storia della Medicina, Università Campus Bio Medico di Roma. Attualmente Deputato al Parlamento della Repubblica Italiana, XVII Legislatura. È stata Deputato della Repubblica Italiana nella XVI legislatura e Senatore della Repubblica Italiana nella XV legislatura, membro della XII Commissione sugli Affari sociali e della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali. Autore di numerose pubblicazioni: oltre 250 articoli di carattere scientifico su riviste italiane ed internazionali, 25 libri di carattere scientifico. Numerosi gli interventi di carattere politico

sulla stampa nazionale ed internazionale. Membro di numerose associazioni di carattere politico, scientifico-culturale, socio-umanitario. Presidente della associazione culturale Etica e democrazia. Ha presentato 20 Proposte di legge come primo firmatario nella XVI Legislatura a vantaggio della famiglia ed a tutela della salute ed è cofirmataria di 80 proposte di legge su temi analoghi, sulla tutela dei diritti umani, sulla ricerca e sulla formazione universitaria. È membro del Comitato scientifico de L'Arco di Giano per la pedagogia medica.

• CALOGERO CALTAGIRONE

È professore associato di Filosofia morale nel Dipartimento di Scienze Umane dell'Università LUMSA di Roma, nel quale insegna Antropologia ed etica ed Etica dei servizi alla persona. Insegna, inoltre, Teologia tematiche specifiche e Teologia morale nei Dipartimenti di Giurisprudenza e Decopoli dello stesso Ateneo. È, anche, docente invitato di Antropologia ed etica, nella Facoltà Teologica di Sicilia «San Giovanni Evangelista» di Palermo. Fa parte dell'Area di Ricerca SEFIR presso la Pontificia Università Lateranense di Roma. Dirige la rivista Ricerche Teologiche della SIRT, la collana Studi e Ricerche della Fondazione "Alessia" Istituto Euromediterraneo, pubblicata dell'editore Sciascia di Caltanissetta, e, insieme a Gianluigi Pasquale, le collane Filosofi Italiani del Novecento, pubblicata dalla Lateran University Press – Città del Vaticano e Percorsi filosofici italiani pubblicata dall'Editore Sciascia di Caltanissetta.

• ADELIO ELIO CARDINALE

Vicepresidente del Consiglio Superiore di Sanità, professore emerito nell'Ateneo di Palermo. Ha ricoperto e ricopre numerosi incarichi: Sottosegretario alla Salute nel Governo Monti; Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Palermo; Presidente Nazionale della Società Italiana di Radiologia; Presidente del CERISDI-Centro Ricerche e Studi Direzionali di Palermo. Ha ricevuto onorificenze, attestati e riconoscimenti nazionali e internazionali, tra i quali cittadinanze e lauree "ad honorem". Cavaliere di Gran Croce dell'Ordine al merito della Repubblica. Cultore di storia e filosofia della medicina e delle scienze, ha scritto numerosi libri e saggi su tali argomenti. Vive a Palermo e a Roma.

• FABIO CEMBRANI

Medico, è direttore dell'U.O. di Medicina Legale dell'Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento. Autore di alcune monografie edite a stampa e di oltre 150 pubblicazioni a contenuto medico-legale, bioetico e deontologico, è professore a contratto nell'Università degli Studi di Verona.

• FRANCESCO D'AGOSTINO

Nato a Roma nel 1946, è ordinario di Filosofia del diritto nell'Università di Roma Tor Vergata ed insegna la stessa materia nella Pontificia Università Latera-

nense. È membro, fin dall'istituzione (1990) del Comitato Nazionale per la Bioetica, che ha presieduto per otto anni, membro della Pontificia Accademia pro Vitae e Consultore del Pontificio Consiglio per la Famiglia. Presidente dell'Unione Giuristi Cattolici Italiani. Editorialista di *Avvenire*. È Autore di oltre venti volumi, tra i più recenti: *Bioetica e Biopolitica. Ventuno voci fondamentali*, (Giappichelli, 2011), *Corso breve di filosofia del diritto*, (Giappichelli, 2011), *Jus quia justum. Lezioni di filosofia del diritto e della religione*, (Giappichelli, 2012), *Diritto e religione* (Aracne, 2013), *Sessualità*, (Giappichelli, 2014).

• BERNARDINO FANTINI

È professore ordinario di storia della medicina e direttore dell'Institut d'histoire de la médecine et de la santé dell'Università di Ginevra. Le sue ricerche hanno riguardato soprattutto la storia delle basi scientifiche della medicina, in particolare la genetica, la microbiologia e la biologia molecolare, la storia delle malattie e le relazioni fra musica e scienza. Da alcuni anni studia lo sviluppo storico delle teorie sulle emozioni, in relazione in particolare con la teoria darwiniana dell'evoluzione. È membro del comitato scientifico de "L'Arco di Giano" per storia e filosofia delle scienze biologiche.

• CARLO FAVARETTI

Medico, specialista in Igiene e Medicina Preventiva. È Segretario e membro del Comitato Direttivo del Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore in Roma. È professore a contratto di Organizzazione dei servizi sanitari e di Sociologia della comunicazione nell'assistenza sanitaria nella Facoltà di Medicina e Chirurgia della stessa Università e di Valutazione in sanità pubblica nella Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva dell'Università di Padova.

Ha svolto il mandato di Direttore generale dell'Azienda ULSS n. 19 della Regione Veneto, dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine. È stato Direttore sanitario del Complesso Ospedale Università di Padova. È stato Coordinatore nazionale del Programma OMS Ospedali per la promozione della salute. È Coordinatore del Comitato Scientifico della Società Italiana Medici Manager e Past President della Società Italiana di *Health Technology Assessment*.

• FULVIA FILIPPINI

Direttore degli Affari Esterni e Istituzionali di Sanofi Italia, membro del Leadership Committee dell'azienda, manager del farmaceutico con circa 15 anni di esperienza locale e internazionale. Ha ricoperto ruoli apicali nelle relazioni esterne e istituzionali di Merck Sharp & Dohme e Abbott / Abbvie, ha conseguito l'Executive Master in Healthcare & Pharmaceutical Administration presso la Luiss Business School.

• **MARIAPIA GARAVAGLIA**

Laureata all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Nel 1979 è stata eletta alla Camera dei deputati, dove è stata rieletta fino al 1994. Dal 1988 al 1992 è stata Sottosegretario di Stato al Ministero della Sanità e dal 1993 al 1994 Ministro della Sanità. Dal 1995 ha ricoperto la carica di Commissario straordinario della Croce Rossa Italiana, divenendone poi, fino all'ottobre 2002, Presidente Generale. Nel 1997 è stata eletta Vice Presidente della Federazione Internazionale delle Società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa e nel dicembre 2000 Presidente dell'Ufficio di Coordinamento tra le Società di Croce Rossa Comunitarie e le Istituzioni dell'Unione Europea. Medaglia d'oro al merito per la Sanità pubblica e Cavaliere di Gran Croce della Repubblica Italiana. Dal 24 giugno 2003 al 21 marzo 2008 Vice Sindaco di Roma. Dal maggio 2008 al marzo 2013 Senatrice della Repubblica. Direttore della Rivista di Medical Humanities L'Arco di Giano. Presidente Istituto Superiore di Studi Sanitari Giuseppe Cannarella.

• **MARIA TERESA IANNONE**

È bioeticista clinico presso l'Ospedale FBF dell'Isola Tiberina di Roma e attualmente Presidente del Comitato di Bioetica per la pratica clinica dello stesso. Laureata in Giurisprudenza ha ottenuto i due livelli di Perfezionamento in Bioetica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore e successivamente il Master in Bioetica presso la stessa Università e presso l'Università Lateranense. Si occupa di consulenza di bioetica clinica, di formazione e di ricerca. È componente di vari Comitati etici. Insegna Diritto, Medicina Legale e Bioetica in vari corsi di laurea e Master universitari. Ha pubblicato numerosi articoli sul tema della bioetica e del biodiritto e partecipa, in qualità di relatore, a numerose conferenze scientifiche sui temi della bioetica generale, bioetica clinica e biodiritto.

• **ROBERTO IANNONE**

È antropologo, perfezionato nei due livelli in Bioetica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore e ha conseguito il Master di Specializzazione in Studi Europei e Internazionali dell'Istituto di Studi Europei A. De Gasperi con particolare interesse ai Diritti Umani. Docente di Antropologia della Relazione presso il Master in Cure palliative dell'Università degli Studi, sede Antea e attualmente presso la Scuola Internazionale di Medicina Estetica della Fondazione Fatebenefratelli. È responsabile del Settore Comunicazione e Area Biomedica per l'Istituto di Studi Europei A. De Gasperi di Roma e componente del Comitato di Bioetica per la pratica clinica dell'Ospedale Fatebenefratelli dell'Isola Tiberina di Roma. Attore e regista.

• **SALVINO LEONE**

È medico, specialista in Ostetricia e Ginecologia. Ha successivamente compiuto gli studi di teologia alla Pontificia Università Lateranense e alla Facoltà Teologica di Sicilia dove ha conseguito il dottorato e attualmente insegna Teologia morale. È stato visiting professor all'Università di Tubinga e di Malta. Insieme a S. Privitera ha diretto il Dizionario di Bioetica (Città Nuova, Roma 2004, tradotto in portoghese) ed è attualmente presidente dell'Istituto di Studi Bioetici "Salvatore Privitera" di Palermo, membro di numerosi Comitati Etici e della Commissione Internazionale di Bioetica dell'Ordine Ospedaliero. Ha tenuto numerose conferenze e corsi di Bioetica in Italia e all'estero. Dirige la rivista Bio-ethos ed è autore di numerose pubblicazioni su riviste italiane ed estere e di più di 50 monografie.

• **GIANFRANCO RAVASI**

Cardinale, Presidente del Pontificio Consiglio della Cultura e della Pontificia Commissione di Archeologia Sacra.

Nato nel 1942 a Merate (Lecco), esperto biblista ed ebraista, è stato Prefetto della Biblioteca-Pinacoteca Ambrosiana di Milano e docente di Eseggesi dell'Antico Testamento alla Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale.

La sua vasta opera comprende circa centocinquanta volumi, riguardanti soprattutto argomenti biblici. Dal 2009 il cardinale Ravasi promuove, all'interno del Pontificio Consiglio della Cultura, il "Cortile del Gentili", la "struttura vaticana creata per favorire l'incontro e il dialogo tra credenti e non credenti".

In occasione dell'Expo 2015, è nominato commissario generale della Santa Sede, che vi partecipa con un suo padiglione sul tema Not by bread alone - Non di solo pane. Il Cardinale Ravasi collabora a giornali, tra i quali Avvenire, L'Osservatore Romano e Il Sole 24Ore e cura trasmissioni televisive, come la rubrica domenicale Le frontiere dello Spirito su Canale 5.

• **PIETRO RESCIGNO**

Nato a Salerno nel 1928 - professore emerito di diritto civile dell'Università La Sapienza di Roma, dopo avere insegnato nelle Università di Macerata, Pavia, Bologna; socio nazionale dell'Accademia dei Lincei; socio degli Istituti Veneto e Lombardo, delle Acc. Europea, Pontaniana e Peloritana; condirettore della "Rivista di diritto civile" e di "Giurisprudenza italiana"; componente del Comitato Nazionale di Bioetica dal 1990 al 2005. È membro del comitato scientifico de L'Arco di Giano per sanità e diritti umani.

• **MARIANGELA ROCCU**

Laureata in scienze infermieristiche e ostetriche; corso di perfezionamento in Bioetica. Professore a contratto, Università degli Studi di Roma Sapienza. Coordinatore Didattico Corso Laurea in Infermieristica - sede San Pietro F.B.F. -

Università degli Studi di Roma Sapienza. Corresponsabile di numerosi progetti di formazione continua e docente degli stessi, Relatrice in diversi convegni nazionali e corsi ECM rivolti al personale infermieristico. Collaboratore della rivista mensile "Vita Ospedaliera" dal 1997 a tutt'oggi. Membro del Comitato di Bioetica della Provincia Religiosa Romana dei Fatebenefratelli dal 1997 al 2013. Membro Commissione Scientifica della Rivista Children's Nurses dal 2008 a tutt'oggi.

• **RENZO ROZZINI**

È laureato in Medicina e Chirurgia e specialista in Gerontologia e Psichiatria. Medico ospedaliero, attualmente direttore del Dipartimento di Geriatria, presso l'Ospedale Nuova Poliambulanza di Brescia.

Professore a contratto di Igiene e Salute Pubblica e recentemente in Scienze della Terra e Nutrizione presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia. Docente di Geriatria presso la scuola di scienze infermieristiche dell'Università del Sacro Cuore di Roma (sede di Brescia). Ha svolto corsi presso le scuole di specializzazione in Geriatria dell'Università di Brescia, Milano, Torino, Modena e Firenze. Direttore del "Centro Studi sull'Organizzazione Sanitaria-CeSOS" dell'Università Cattolica. È stato visiting fellow presso il National Institute on Aging-NIH, Bethesda (USA), è stato membro del consiglio direttivo della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Dal 1989 è presidente del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia. Coautore di più di 20 libri e di più di 150 pubblicazioni scientifiche indicizzate sugli argomenti delle sue principali linee di ricerca (disabilità, depressione, demenza, organizzazione dei servizi ospedalieri per gli anziani, fragilità).

• **RAFFAELE SINNO**

Laureato in Filosofia, Specialista in bioetica, responsabile del Day Surgery Anestesiologico dell'Ospedale Fatebenefratelli di Benevento. È docente stabile di bioetica presso l'ISSR di Benevento e docente invitato presso il Master di bioetica di Bari. Autore di numerosi articoli ha pubblicato tra l'altro: *Bioetica e Persona*, Eleti.News, 2001, *Lettera a mia figlia*, Auxiliatrix 2002; *Confronti fondativi in bioetica*, Levante, 2002; *Problemi etici e bioetici di fine vita*, Loffredo, 2005; *Un consenso davvero informato*, Ed. Asl 1, 2005; *Il viaggio singolare di Simone Weil*, CVS, 2006; *Bioetica al femminile. Il care di Maria nel pensiero di Giovanni Paolo II*, Auxiliatrix, 2008; *La famiglia e il nuovo umanesimo*, PassionEducativa, 2015. Collabora con le riviste Bio.ethos; *L'Ancora nell'Unità della Salute*; *Vita Ospedaliera*.

• **MAURIZIO SOLDINI**

Medico, filosofo e poeta, insegna Bioetica e svolge l'attività di clinico medico presso l'Università di Roma "La Sapienza". Ha all'attivo numerosi interventi, articoli e saggi anche su riviste internazionali. Ha collaborato come editorialista con il quotidiano Il Messaggero e collabora con le pagine culturali del quotidiana-

no Avvenire. Ha pubblicato numerosi interventi di critica letteraria diverse monografie tra cui: *La bioetica e l'anziano* (1999), *Bioetica della vita nascente* (2001), *Filosofia e medicina*. Per una filosofia pratica della medicina (2006), *Il linguaggio letterario della bioetica* (Libreria Editrice Vaticana, 2012). Ha pubblicato anche numerosi raccolte di poesia.

• **FILIPPO TORTORICI**

Laureato in Giurisprudenza presso l'Università di Palermo ha successivamente frequentato l'Università di Dijon, del Lussemburgo e di Oslo e ha svolto un periodo di attività presso il Max Planck Institut für ausländisches und internationales Privatrecht di Amburgo. È docente di ruolo presso la facoltà di Giurisprudenza della L.U.M.S.A dove ha insegnato "*Diritto dei Paesi del Mediterraneo*" e ora "*Diritto Internazionale Privato*" Autore di numerose pubblicazioni scientifiche in riviste italiane e straniere ha fatto parte della redazione della rivista "*Il Diritto di Famiglia e delle Persone*". Esercita la professione di avvocato, è vice presidente della sezione italiana del Vereinigung für den Gedankenaustausch zwischen deutschen und italienischen Juristen ed è stato Presidente dell'Association Européenne des Avocats. Ha ricoperto la carica di Console Onorario della Repubblica Federale di Germania.

• **MARCO TRABUCCHI**

È professore ordinario dell'Università di Roma "Tor Vergata". Specialista in psichiatria. È Presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrics ed è past president della Società Italiana di Gerontologia e Geriatrics. È membro del Comitato Scientifico de "L'Arco di Giano" per le neuroscienze.

• **SARA VINCIGUERRA**

È responsabile degli Affari Istituzionali e & Patient Advocacy Officer di Sanofi Italia e Segretario della Giuria del Premio Letterario "Leggi in Salute - Angelo Zanibelli". Laureata in Giurisprudenza e già consulente legislativo in Parlamento, da circa 10 anni lavora in Sanofi ricoprendo incarichi e mansioni sempre più di responsabilità nell'area affari istituzionali. È presidente onorario dell'associazione ELSA Urbino.

• **ENRICO ZAMPEDRI**

Ingegnere Gestionale, da gennaio 2015 è il Direttore Generale della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma promossa dalla Università Cattolica del Sacro Cuore e dall'Istituto Toniolo. Prima di questo incarico è stato per più di 10 anni il Direttore Generale della Fondazione Poliambulanza di Brescia e nell'ultimo anno della Fondazione Giovanni Paolo II di Campobasso, entrambe realtà ospedaliere che hanno tra i fondatori l'Università Cattolica.

EDITORIALE

Il volto espressivo della misericordia nella relazione di cura <i>Mariapia Garavaglia</i>	pagina	3
--	--------	---

DOSSIER MEDICINA E MISERICORDIA

Prefazione <i>Gianfranco Ravasi</i>	pagina	7
La Misericordia dalla virtù cristiana alla categoria sociale <i>Salvino Leone</i>	pagina	9
Dalla filantropia ippocratica alla misericordia cristiana <i>Calogero Caltagirone</i>	pagina	17
Le dimensioni cliniche della misericordia <i>Alfredo Anzani</i>	pagina	25
Il medico misericordioso, tra giustizia e compassione <i>Renzo Rozzini</i>	pagina	35
Il medico, uomo della misericordia <i>Raffaele Sinno</i>	pagina	41
Misericordia e vissuto virtuoso in medicina <i>Maurizio Soldini</i>	pagina	49
Le cure compassionevoli nella prospettiva del Giubileo della misericordia <i>Paola Binetti</i>	pagina	59

I paradossi di una misericordia impossibile: lazzaretto, lebbrosario, manicomio <i>Adelfio Elio Cardinale</i>	pagina	71
La misericordia dell'infermiere <i>Mariangela Roccu</i>	pagina	81
L'ospedale: problemi bioetici e biopolitici <i>Francesco D'Agostino</i>	pagina	91
Burocrazia e misericordia <i>Carlo Favaretti</i>	pagina	97
Alleanza terapeutica e relazioni di umanità in ospedale <i>Enrico Zampedri</i>	pagina	109
Rendere misericordiosa l'istituzione sanitaria <i>Maria Teresa Iannone e Roberto Iannone</i>	pagina	113
Dalla misericordia al volontariato <i>il percorso storico della solidarietà</i> <i>Bernardino Fantini</i>	pagina	121
I poveri, la morte, la pietà <i>Pietro Rescigno</i>	pagina	131
Nel nome di un'istituzione benefica: le misericordie toscane <i>Anna Banchemo</i>	pagina	137
La misericordia e le aziende farmaceutiche: realtà o sfida del futuro? <i>Fulvia Filippini e Sara Vinciguerra</i>	pagina	145
La misericordia nella cultura islamica <i>Filippo Tortorici</i>	pagina	149
La misericordia... <i>quel poco che so di lei</i> <i>Fabio Cembrani</i>	pagina	157
Il medico e la misericordia verso se stesso <i>Marco Trabucchi</i>	pagina	169
Hanno collaborato a questo numero	pagina	173

L'Arco di Giano



RIVISTA DI MEDICAL HUMANITIES

www.arcodigiano.org
info@arcodigiano.org



Istituto per l'Analisi
dello Stato Sociale

**ABBONAMENTO
ANNUALE**
In Italia €60,00
Paesi U.E. €85,00
Paesi extra U.E. €90,00

**ABBONAMENTO
BIENNALE**
In Italia €100,00
anziché €120,00

**VOLUME
SINGOLO**
€18,00

SCEDITRICE

SOTTOSCRIZIONE DELL'ABBONAMENTO ANNUALE A L'ARCO DI GIANO (4 VOLUMI)

- Abbonamento annuale in Italia €60,00
 Abbonamento biennale in Italia €100,00
 Abbonamento annuale paesi U.E. €85,00
 Abbonamento annuale paesi extra U.E. €90,00

- Volume singolo €18,00 + €3,00 a copia per spedizione ordinaria
 €10,00 a copia per spedizione con corriere espresso,
consegna garantita entro 24/48 ore

N° volume _____ quantità _____

N° volume _____ quantità _____

IMPORTO ORDINE € _____

Nome _____ Cognome _____

Ente _____ Servizio _____

Indirizzo _____ CAP. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Il pagamento anticipato, intestato a SCE SC EDITRICE Società Cooperativa può essere effettuato mediante:

bonifico bancario su Intesa Sanpaolo - IBAN IT14 A030 6903 2141 0000 0008 901 (si allega fotocopia)

autorizzazione all'addebito su carta di credito CartaSi Visa Mastercard

n.

scad. / / intestata a: _____ N. Codice di sicurezza (Per VISA e MASTERCARD le ultime 3 cifre stampare sul retro della carta di credito)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Si informa che i dati personali forniti ai fini della presente iscrizione saranno trattati, con modalità cartacee ed informatizzate, per le finalità istituzionali dell'Ente. I dati forniti non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione. Il titolare del trattamento dei dati è SCE SC Editrice Società Cooperativa che ha sede in Roma, Via Junio Bazzoni, 1. In relazione al predetto trattamento, è possibile rivolgersi a SCE SC Editrice Società Cooperativa per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Qualora non desideri ricevere ulteriori comunicazioni sulle nostre iniziative editoriali, La preghiamo di barrare la casella qui accanto

Data _____

Firma _____

Compilare la cedola in ogni sua parte e inviarla a:

COORDINAMENTO EDITORIALE E SERVIZIO ABBONAMENTI

SCE SC Editrice Società Cooperativa
Tel./Fax 0659290256 • abbonamenti@sceditrice.it

**VI PREGHIAMO
DI COMPILARE
LA PRESENTE SCHEDA
ANAGRAFICA IN OGNI
PARTE PER UN SERVIZIO
MIGLIORE**

“Colui che, per scelta professionale, si prende cura di una persona - sostenuto dalla sua capacità e vocazione- nel ben operare risponde certamente ad un dovere e attua quanto previsto dalla normativa vigente, agisce con misericordia?

Misericordia io chiedo e non rigore; Paolo VI suggerisce: “invece di deprimenti diagnosi, incoraggianti rimedi"! La giustizia, come siamo soliti intenderla, è soddisfatta se viene dato ciò che è dovuto a ciascuno. La misericordia arricchisce la giustizia con l'altra sua faccia nobile: cor, miser, misereor. Un cuore che riconosce e condivide la comune condizione umana. Fa comprendere meglio il bisogno e concentra l'attenzione - l'occhio del cuore (non solo occhio clinico) - sul bisognoso: senza superiorità, disprezzo, lontananza.

Questo occhio misura gli strumenti tecnologici più o meno sofisticati, guarda ai cicli terapeutici più o meno costosi, col solo fine di prendersi cura di un fratello, di un concittadino che, per un momento, gli è affidato come, a sua volta, egli stesso è affidato all'altro: “beati i misericordiosi, perché troveranno misericordia”.