

Salute-malattia, sofferenza-speranza
Quale “razionalità” per il mondo della salute?

Riflettere sui temi della salute e della malattia, della sofferenza e della speranza della persona umana, significa ricercare il senso che queste esperienze hanno nel progetto personale di vita di una persona.

Introdurrò la riflessione osservando quanto l’atteggiamento della cultura contemporanea di fronte alla salute e al dolore, di fronte al vivere e al morire, sia cambiato in questi ultimi decenni; un cambiamento del resto tuttora in atto, in stato quindi evolutivo.

In maniera generica si può intanto dire che nell’uomo del nostro tempo è cresciuto il senso di responsabilità nei confronti di queste situazioni di vita, passando da un comportamento che accentuava il sentimento di passività e di dipendenza, ad un modo di essere e di gestire queste condizioni in maniera molto più attiva e responsabile.

Il concetto poi di salute-malattia viene poi considerato in maniera più ampia e articolata. Si direbbe che l’uomo di oggi vuole non solo vivere, ma “vivere in pienezza”, attento alle varie dimensioni del suo essere: organico, psicologico e sociale.

Nei confronti della sofferenza, è divenuto più consapevole della pluralità delle cause che possono provocarla, come anche della varietà di modi nei quali può esprimersi. L’esperienza del patire inoltre viene oggi vissuta più come provocazione e sfida che non come realtà da accettare e da sopportare pazientemente. E’ una tendenza che sottolinea l’aspetto libero e attivo, che si pone dinanzi alla realtà con un atteggiamento positivo. Ne risulta che ogni situazione di dolore, come ad esempio la malattia, l’insuccesso e altre sventure, sono viste in primo luogo come appello e compito della libertà, come denuncia d’un bisogno, d’una mancanza che richiede l’impegno della libertà. E’ cresciuto quindi il senso della responsabilità umana sia per le cause che inducono patimenti e sciagure, sia per quanto l’uomo stesso deve fare quando una sventura, una sofferenza è in atto.

C’è poi da tener presente anche il cambiamento di orizzonte culturale di carattere scientifico e tecnologico del nostro tempo - che si riferisce al modello evolucionista del cosmo e dell’esistenza umana - che non è privo di ricadute importanti sul significato che malattia e dolore, salute e speranza hanno per l’uomo contemporaneo. Nella scienza e nella cultura contemporanea va sempre più affermandosi la concezione dinamica e evolutiva del mondo e dell’esistenza umana.

Questa conversazione si apre con *una considerazione sulla medicina contemporanea*. Questa va sviluppandosi aprendosi sempre più alla globalità della persona umana. E’ ormai entrato nel linguaggio comune parlare di una medicina “psicosomatica” o “olistica” per poter comprendere la “malattia” non solo come “fatto” che interessa il dato “naturale” del paziente, ma che interessa il dato “esistenziale”, il vissuto del soggetto. Non si ritiene più sufficiente curare la malattia, bisogna arrivare a occuparsi della persona inferma, vista nella pluralità dei suoi bisogni che magari la malattia ha fatto esplodere in maniera caotica. Si parla allora, nelle scienze sanitarie” del passaggio da attuare dal non solo “curare”, ma anche di “*prendersi cura*” dell’altro.

Si tratta allora di capire *le ragioni che stanno determinando questo passaggio*. Analizzerò quest’aspetto riprendendo il concetto di “salute” e quello di “malattia”, cercando di far emergere “come” è la persona umana quando gode della condizione di “buona-salute” e viceversa, quando è in “cattiva-salute”. In un secondo momento, mi propongo di suscitare l’interessamento sul *tipo di “razionalità” adatto al mondo della salute visto ormai in questa prospettiva più ampia, comprensiva della globalità del soggetto umano nelle sue varie dimensioni.*

1. Salute e malattia nella cultura contemporanea

1.1. Concetto di salute

Recentemente è stato Hans-Georg Gadamer a richiamare l'attenzione sulla difficoltà che s'incontra nel voler definire la condizione di salute: "Sappiamo approssimativamente in che cosa consistono le malattie, in quanto sono per così dire caratterizzate dalla rivolta del 'guasto'. Si manifestano come oggetto, come qualcosa che oppone resistenza e quindi va spezzato.

E' un fenomeno che si può osservare attentamente, giudicarne il valore clinico, e farlo con tutti i metodi messi a disposizione da un sapere oggettivamente fondato sulla scienza moderna. La salute invece si sottrae curiosamente a tutto ciò, non può essere esaminata, in quanto la sua essenza consiste proprio nel celarsi. A differenza della malattia, la salute non è mai causa di preoccupazione, anzi, non si è quasi mai consapevoli di essere sani. Non è una condizione che invita o ammonisce a prendersi cura di se stessi: Infatti implica la sorprendente possibilità di essere dimentichi di sé"¹.

Salute come "integrità, interezza"

Di un certo aiuto a comprenderne il senso può essere il ricorso alla radice linguistica del termine "salute". Si osserva infatti che "sia nella sua forma romanica che in quelle germaniche e slave (rom.: *salus, salute, salut*; got.: *hails*, paleoslava: *celu*), il termine denota radici indogermaniche che stanno a significare 'essere-integro'.

Essere-integri, essere-identici-a-se-stessi significa due cose. Innanzitutto, essere liberi da tutto ciò che compromette o impedisce l'integrità... In secondo luogo, essere-integri indica l'attuazione dell'intero 'potenziale' disponibile, il conseguire la meta utilizzando ciò che è proprio dell'uomo"².

Per la cultura occidentale ritengo di notevole interesse, per il tema che ci occupa, un recente saggio di Giovanni Reale: "*Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone*"³. Vi viene recuperato il senso dell'integrità della persona umana. Propriamente, lo stato di salute è inteso come "giusta misura", equilibrio, armonia e integralità della persona. In un confronto serrato con i testi di Platone, l'Autore dimostra come il grande filosofo greco, partendo dal concetto di salute che gli forniva la medicina del tempo, l'ha poi ampliato e fondato sui principi della sua filosofia, pervenendo ai fondamenti metafisici dell'essere.

Il fulcro attorno al quale ruota il concetto di salute, è visto nella "*misura e proporzione conveniente*"⁴. Riporta la conclusione cui perviene lo Jaeger, studioso della problematica della medicina: "Compito del medico è di *restaurare la nascosta proporzione*, quando sia stata turbata dalla malattia. Nello stato di buona salute è la natura stessa che la ristabilisce o, se si vuole, è essa stessa la giusta proporzione. Il concetto così importante di 'mescolanza', in realtà significa una specie di giusto equilibrio delle forze dell'organismo, strettamente connesso con quello di 'proporzione' e di 'simmetria'. La natura opera nel senso di una 'sensata norma'"⁵.

¹ H.G.Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1993,107.

² G.Greshake, *La salvezza...*, in: K.H.Neufeld (ed.), *Problemi e prospettive di teologia dogmatica*, Queriniana, Brescia 1983, 275.

³ G.Reale, *Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1999.

⁴ Ivi, 225.

⁵ W.Jaeger, *Paideia. La formazione dell'uomo greco*, tr. it. La Nuova Italia, 1936-1959 (più volte edita), riportato in: G. Reale, o.c., 225.

A questo punto commenta il Reale: “Questi concetti di ‘proporzione’, di ‘simmetria’, così come quelli di ‘più’ e di ‘meno’, si connettono strettamente con il concetto di “misura”, anzi di “giusta misura”: è questo il concetto chiave della metafisica platonica, da cui dipende quello di salute”⁶.

Salute: “giusta misura”, “armonia”, “equilibrio”

Il concetto quindi di salute, per Platone, dipende dalla “giusta misura” o proporzione delle parti dell’intero organismo della persona umana, ed è questo il carattere ontologico essenziale della realtà stessa. Se ne conclude che non è possibile curare la parte del corpo umano senza occuparsi della totalità del corpo. *Ma neppure si può curare il corpo, o una sua parte, senza curare anche la sua anima, la sua psiche*, ossia la globalità dell’uomo⁷.

Ciò trova conferma nelle recenti ricerche mediche, dove risulta con sempre maggiore chiarezza che l’esplosione d’una malattia, sia essa organica o psicologica, è sempre il punto d’arrivo d’una storia lunga, con ramificazioni complesse e non sempre facili da decifrare, dove tuttavia è chiaro che le radici ultime del male appartengono immancabilmente ai due ordini che ci costituiscono, corpo e spirito, organismo fisico e organismo psichico-spirituale. C’è sempre una connessione tra le due dimensioni, anche se l’origine specifica è nell’una o nell’altra dimensione.

Salute: realtà pluridimensionale, dinamica, in rapporto con il progetto di vita

La salute della persona è quindi da considerarsi in maniera dinamica, come tensione per stabilire un *equilibrio tra le differenti dimensioni* che costituiscono la persona umana. E’ *pluridimensionale*, nel senso che riguarda tutto l’uomo nella sua unità e nell’articolazione delle sue dimensioni⁸.

Può comunque esser compresa e studiata a differenti livelli, da quello psicofisico, al livello di interazione tra corpo e psiche, oppure di buon equilibrio tra singolo e comunità. Va però poi compresa nella sua globalità articolata in funzione del “significato della vita” e si situa a livello dello spirito: il benessere dell’uomo dipende essenzialmente dal vivere un’esistenza significativa⁹.

E’ dunque una condizione *dinamico-evolutiva* e non uno “stato” fisso e stabile, bensì un punto d’arrivo, un itinerario da percorrere, una vocazione cui rispondere in dialogo con le altre esperienze della vita: gioia, sofferenza, malattie, successi e fallimenti, delusioni e realizzazioni, ecc.

Di essa *risponde il soggetto umano* in prima persona, poiché non è una condizione che semplicemente “accade” all’uomo, un avvenimento di cui dovrebbe unicamente prendere atto: comporta invece una presa di posizione da parte dell’uomo. Anche in questo caso l’uomo è un essere “che si decide”, ossia decide di se stesso, della maniera con la quale intende ora gestire questa situazione¹⁰

⁶ Ivi.

⁷ Ivi, 345.349.

⁸ E’ nota la definizione di “salute” dell’OMS già del 1948: “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”.

⁹ Una buona interpretazione in tal senso è offerta da V. Frankl, in *Logoterapia e analisi esistenziale*, tr.it. Morcelliana, Brescia, 1974.

¹⁰ G. Angelini, *La malattia, un tempo per volere. Saggio di filosofia morale*, Vita e pensiero, Milano 2000; M.T. Russo, *Le molte facce del prisma della salute*, in: *Paradoxa*, 4 (2008), 11-21.

Comprendere dunque adeguatamente tale condizione dell'uomo, significa inscrivere nella propria personale "biografia", assumerla cioè nella propria coscienza, farla oggetto di decisioni integrate in un quadro di valori entro cui si va attuando la propria esistenza¹¹.

La persona "sana"

Sintetizzando, direi che lo stato di *benessere integrale* dell'uomo può essere inteso variamente, a secondo dei livelli di integrazione delle dimensioni costitutive dell'uomo:

a) ad un primo livello, dipende dal *buon funzionamento dell'organismo*. Siamo nell'ordine della vita vegetale o animale; questa prima concezione della salute fa dipendere la condizione di *ben-essere* della persona umana, unicamente o soprattutto dal *benessere psicofisico* della persona. Per cui l'uomo si ammala quando c'è una disfunzione nel suo organismo psicofisico. In tal caso, la "salute" è il recupero di quel benessere perduto, e se non lo si ottiene, la vita la si considera esistenzialmente finita, priva di senso.

b) Al secondo livello, la salute è vista nell'ordine dell'*interazione tra dimensione corporea e dimensione psichica e morale* dell'uomo, come anche nel *buon rapporto tra il singolo e la comunità*. Il benessere a questo livello è soprattutto una condizione di *equilibrio*: all'interno del soggetto nel primo caso; nella bontà delle *relazioni interpersonali* nel secondo. Se quell'equilibrio manca, ecco la "malattia" e il "mal-essere"; lo stato di salute sta nel ristabilimento della giusta proporzione.

c) Il terzo livello della concezione della salute, si riferisce al "*significato della vita*", e si situa nell'ordine dello spirito: il benessere dell'uomo dipende ora dal *vivere un'esistenza significativa*¹². Quanto numerosi sono gli esempi di uomini e di donne che hanno dato un senso alla loro vita pur vivendola in situazioni di povertà, o di sofferenza, di malattia o di sventura!

L'esperienza dimostra, allora, che la stessa condizione di malattia o di un'altra sofferenza, non esclude necessariamente il *significato* che la vita continua ad avere. Il soggetto sperimenta questo interiore equilibrio, questa paradossale corrispondenza tra la condizione di povertà o di dolore, e il proprio progetto di vita.

A volte si ha addirittura l'impressione che il dolore stesso, la sventura – la malattia o altro – svolgano una *funzione positiva* nel conferire un senso importante alla vita. Non certo il male in se stesso è capace di tanto; piuttosto è l'*atteggiamento* con cui la persona vive quell'esperienza a conferirle questo senso.

Pare dunque che anche una malattia, o un'altra esperienza di pena e di dolore, può svolgere una sorte di "compito" o di funzione in una vita "significativa": in che modo?

In una *concezione personalistica della salute*, è chiaro che i tre livelli di cui ho parlato, vanno concepiti in *mutua reciprocità*: quello che avviene ad un livello, si ripercuote nell'altro, essendoci una profonda connessione tra dimensione biopsichica, socio-ambientale ed etico-spirituale.

La persona "sana" dunque è innanzitutto colui/colei che *vive in maniera armonica ed equilibrata il rapporto tra queste differenti dimensioni della salute*, in un ordine che *tenda all'affermazione d'un'esistenza significativa*. E' quindi anche capace d'integrare "il carattere intrinsecamente limitato dell'essere umano, e non permette di isolare la salute dal momento della sofferenza...L'uomo sano deve esser capace anche di affrontare la sofferenza, è chiamato a viverla... Non è possibile staccare il vissuto soggettivo d'una

¹¹ Alvarez F., *Salute*, in: Cinà G., Locci E., Rocchetta C., Sandrin L., (a c.di) *Dizionario Teologico di Teologia Pastorale Sanitaria*, Ed. Camilliane, Torino 1997, 1081-1082; si veda anche: Terrin A.N., "L'impotenza di fronte alla sofferenza e l'emergere del concetto salute/salvezza", in: *Credere oggi* 1 (2005), 25-27.

¹² V. Frankl, *Alla ricerca di un significato della vita*, Mursia, Milano 1993; Id., *In principio era il senso. Dalla psicoanalisi alla logoterapia*, Queriniana, Brescia 1995.

persona dai valori con i quali quella stessa persona affronta la vita. Non può esserci vissuto positivo se non si riesce a dare un senso alla sofferenza, al limite e alla morte”¹³.

1.2. Analisi esistenziale dello stato di malattia

Nella misura in cui va affermandosi questa concezione della condizione di “buona o cattiva “salute”, si comprende la necessità, per la medicina, di dover passare da un approccio alla persona inferma di carattere prevalentemente “naturalistico” e “oggettivistico”, ad un *atteggiamento che inglobi la “soggettività” del paziente*, il suo vissuto psicologico, sociale e spirituale. A questo punto della nostra riflessione, infatti risulta fondamentale che anche l’operatore sanitario si renda conto di *quel che accade nella persona malata*.

Le scienze umane e la stessa filosofia, soprattutto quella attenta all’ “*humanum*” applicate al mondo della salute, ci offrono una descrizione molto attenta e provocatoria della “condizione esistenziale” in cui versa chi è affetto da una seria patologia. E’ stata soprattutto l’analisi esistenziale di tale situazione a descriverci in maniera acuta e reale quel che accade nello spazio interiore della persona gravemente inferma. Presento in maniera concisa i risultati. In questo caso, l’*analisi esistenziale* si propone di descrivere “*come è l’uomo nella sofferenza*”¹⁴.

Dobbiamo iniziare con il richiamare la figura umana *nel suo aprirsi alla vita*. Ora l’uomo affiora all’esistenza, ponendo domande; egli è un ricercatore di senso. Kant riassumeva quell’incessante domandare in tre questioni essenziali: “Che cosa posso conoscere? Che cosa devo fare? Che cosa posso sperare?”. Questi interrogativi emergono sotto l’impulso del *desiderio* di vita, che chiede poi d’essere inverato in un *progetto* specifico. Questo viene poi attuato attraverso una *trama di rapporti* che il soggetto stabilisce con gli altri, con le cose e con l’ambiente e con se stesso. Se si tratta d’una persona credente, è determinante anche il tipo di rapporto che vive con Dio.

Se si tiene conto di quest’atteggiamento di fondo con cui la persona umana si pone nella vita, ci si rende conto di quel che avviene nel suo *spazio interiore* quando è sorpresa e invasa da una seria malattia. Quel desiderio di vita e quel progetto di esistenza sono ora messi in discussione, se non addirittura frantumati. La nuova condizione di vita viene vissuta innanzitutto come *negazione* di quel dinamismo vitale. Cambia l’atteggiamento di fronte all’esistenza sotto la pressione di una forma di vita che si esprime soprattutto come rottura della comunicazione con la realtà dell’esistenza.

Possiamo chiarire quest’affermazione ricorrendo agli studi sul turbamento prodotto dallo “*stato di malattia*”. All’analisi riflessiva la malattia risulta come “una forma dell’esistenza concreta, non riducibile a pura accidentalità organica”. Dal punto di vista della fenomenologia, lo stato di malattia si esprime come sofferenza e debolezza. Per il malato diviene essenziale l’ansia di ciò che verrà dopo. Sul piano prettamente psicologico, si verifica un restringimento del proprio mondo, un atteggiamento egocentrico, di tirannia e di dipendenza allo stesso tempo.

¹³ C. Bresciani, *Salute: approccio storico-culturale*, in: *Dizionario Teologico di...*, o.c., 1078.

¹⁴ Scheler M., *Il dolore, la morte, l’immortalità*, tr.it. LDC, Torino, Alba 1983.

Ad un livello più profondo, nello *spazio interiore ed esistenziale*, si possono intravedere:

a) il verificarsi di una *rottura dell'unità soggettiva*, una frattura tra “corpo” e “cogito”. Il corpo si degrada in “oggetto di rappresentazione” (Merleau-Ponty), si estranea al soggetto procurando una condizione di alterità e di estraneità. Stati psicosomatici, quali l'affaticamento, la febbre, il dolore, evidenziano una rottura dell'unità personale, una disarmonia interiore;

b) nei confronti degli altri e delle cose, il malato vive una *crisi della comunicazione e dei rapporti interpersonali*. La malattia infatti costringe il malato ad un'attenzione quasi esclusiva a se stesso, che di per sé comporta l'oscuramento della coscienza degli altri. L'universo si restringe alla propria stanza. Si ha una forte presa di coscienza della dipendenza da altro-da-sé, che è perdita d'autonomia;

c) la malattia procura una forte *esperienza del limite*: è noto che quest'esperienza nasce fondamentalmente dall'inadeguatezza dell'io con se stesso, ci è dunque connaturale e sempre accompagna la nostra coscienza. Ma nella condizione patologica c'è una maniera specifica, concreta ed immediata di sperimentare la fragilità radicale del proprio essere. E' esperienza del limite della vita, nella sua *durata* e nella sua *qualità*. Per questo l'idea di *morte* è sempre presente, sia pur in forme e a livelli di coscienza diversi, in ogni tipo di malattia;

d) ne può allora derivare un *sentimento di derelizione* specie se il male va aggravandosi e ramificandosi, né si vede una via d'uscita. E' il sentirsi abbandonati, “gettati via” dalla vita, come ultima e riassuntiva conseguenza.

Sono vari stati d'animo che vi conducono: l'ansia del dopo, il senso di noia e di frustrazione, il vuoto esistenziale, la sensazione d'inconsistenza del tutto, la paura, il tedio, la tristezza. E' tutto un cammino che porta verso l'annientamento della personalità. E' uno stato d'angoscia che minaccia d'invadere tutto lo spazio interiore della persona. Se manca un senso a tale situazione, è facile cadere nello scoramento, nella ribellione o nella disperazione.

Vedere la malattia nella prospettiva della totalità della persona

Ora sempre più e le scienze empiriche e quelle umanistiche e filosofiche, c'informano che questo stato esistenziale del paziente *non è una condizione “neutra” nei confronti della malattia organica*. Se salute e malattia, secondo quanto ho rapidamente richiamato, vanno lette e interpretate tenendo conto della unità complessa e articolata della persona umana, è evidente che sia la diagnosi che la terapia dovranno tener conto della globalità del soggetto, della varietà e complementarietà della dimensioni che lo compongono. Non si può, in altri termini, *curare* la dimensione biologica, senza tener conto del “*prendersi cura*” dell'interezza della persona, perché “malato” non è tanto una “parte” della persona, ma è il soggetto che è tale.

C'è dunque da attuare uno spostamento “dalla malattia alla persona malata”. Nella medicina così detta “naturalistica” c'è un oscuramento della soggettività, che viene messa tra parentesi. La nuova impostazione che sta nascendo – o che, per molti versi, va riemergendo - chiede di *introdurre il soggetto nella stessa biologia*; chiede insomma l'attenzione a quanto è specificamente “umano” nella malattia e nella cura¹⁵.

La *guarigione* infatti, in questo prospettiva, non è più vista come la mera reintegrazione nella stato precedente, ma come un riappropriarsi dell'esistenza da parte del malato. Di per sé la guarigione comporta sempre una novità nel paziente rispetto alla

¹⁵ G. Cosmacini, *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Bari 1995.

condizione precedente; comprende un aumento della coscienza dell'io, un cambiamento dello stile di vita, una diversa conoscenza di sé e degli altri¹⁶.

Questo tipo di guarigione, non può darsi senza la *partecipazione attiva del malato*: “il soggetto - ossia, il malato - è il momento fondamentale unificatore tra le varie dimensioni: biologica, psichica, relazionale, che poi convergono tutte nella biografia personale del soggetto stesso”¹⁷. Ma è il soggetto stesso che può ostacolare questo dinamismo, perché in genere si preferisce *delegare* agli altri – gli “specialisti” del settore – la *responsabilità* di gestire il processo della malattia e della terapia¹⁸.

L'ostacolo maggiore che si frappone all'integrazione del processo di malattia o di guarigione nella biografia del soggetto, a dire degli studiosi del fenomeno, sta nel “non voler vedere la verità in altri campi della nostra vita spirituale”¹⁹. E ciò riguarda sia il paziente che il medico. La *bioetica* vuole aiutare ad affrontare questo compito, nel convincimento che non si può avere un orientamento giusto verso la vita, compresa in tutte le sue espressioni, anche quelle faticose e dolorose, se non attraverso l'assunzione della propria responsabilità nella gestione dell'esistenza.

Nel caso della malattia-guarigione, la responsabilità in causa riguarda sia l'operatore sanitario che il paziente, da esercitarsi in maniera diversa dall'uno e dall'altro, ma sempre in reciproca complementarietà.

Per lo più abbiamo la tendenza a contrapporre i *due atteggiamenti che si hanno di fronte alla malattia: comprendere e eliminare*. Ci limitiamo a interpretare il primo in funzione del secondo. E se non accade, si rimane nella malattia con tutti i rischi che sopra ho denunciato. Mentre occorrerebbe imparare ad *integrare* quei due atteggiamenti, individuando la carica sanante che è comunque già nel primo atteggiamento: “comprendere” infatti il significato del sintomo, già di per sé porta in un certo senso a integrarlo, a inserirlo cioè in un contesto più ampio del senso della vita. E' quanto ho cercato di illustrare quando ho parlato dei tre differenti “livelli” del concetto di “buona salute”.

E tuttavia è chiaro che al medico è chiesto di occuparsi di una dimensione specifica del soggetto umano, ossia dell'aspetto organico. Eppure, nella prospettiva del “*curare e prendersi cura*” egli terrà costantemente presente l'interesse della persona inferma, includendo l'attenzione alla dimensione propriamente soggettiva del paziente stesso.

2. Quale “razionalità” per il mondo della salute?

Rispetto al promettente **sviluppo delle neuroscienze** - e in genere, riguardo al mirabile progresso della medicina moderna - si rimane tuttavia perplessi di fronte all'emergere in questi ultimi anni, all'interno dei cultori delle stesse scienze mediche, d'una forte tendenza che fa riferimento unicamente alla **razionalità tecnicospicifica** per la comprensione della realtà della vita e della stessa vita umana²⁰.

Le straordinarie recenti acquisizioni sulla comprensione del cervello umano, sono da molti studiosi ritenute di un tale valore da ritenerle la “svolta epocale” più radicale di ogni

¹⁶ Oggi, nello spostamento delle “cure a domicilio” del paziente dimesso dal centro sanitario, è più facile verificare l'inizio di questo “passaggio”: si veda in S. Spinsanti, *Curare e prendersi cura*, Ed. CIDAS, Roma 1998, 113-124.

¹⁷ Ivi., 25-26.

¹⁸ Cf. sopra, n.10.

¹⁹ S. Spinsanti, o.c., 26.

²⁰ Ovviamente, la “riduzione” della razionalità entro l'ambito tecno scienista, non riguarda solo le scienze mediche: oltre ai due discorsi di Benedetto XVI citati alla n. 15, si può vedere anche: I.Sanna, *L'antropologia cristiana tra modernità e postmodernità*, Queriniana, Brescia 2004; L.Casula e G. Ancona (a c.), *L'identità e i suoi luoghi. L'esperienza cristiana nel farsi dell'umano*, ATI, Edizioni Glossa, Milano 2008.

cambiamento che finora la storia umana abbia conosciuto. E tuttavia, proprio da queste acquisizioni hanno origine le discutibili pretese di alcuni cultori di questa tendenza²¹. Costoro ritengono che *solo questo tipo di razionalità* è capace di comprendere la realtà della vita e della vita dell'uomo, e quindi solamente essa potrà dirci cos'è la vita umana nella sua origine, nel suo sviluppo e nel suo declino; affermano inoltre che solo questa scienza potrà e dovrà affrontare i problemi della bioetica e dell'umanizzazione, né c'è più da attendersi risposte affidabili da parte di filosofia, etica, religioni o scienze umane e teologiche; ed è anche solo questo tipo di scienza che potrà dare risposte sensate alle domande su "chi" o "che cosa" è l'uomo, quando e perché si diventa effettivamente "esseri umani" e quando e perché si decade da questa condizione.

Il motivo che, a giudizio di costoro, giustifica le loro affermazioni sta essenzialmente nello *statuto epistemologico della razionalità tecnoscientifica*: questa si occupa del dato immediato e immediatamente sperimentabile, empiricamente verificabile, mentre le altre razionalità, secondo il loro parere, rimangono ambiziose e fumose nei loro risultati, rimandando sempre ad un indefinito "oltre" il raggiungimento dell'obiettivo della felicità. Per questo, concludono, la razionalità tecnoscientifica è l'unico uso corretto della ragione umana. Ed è qui l'errore: ridurre il modo di vedere e di comprendere la vita umana a quanto accade in essa solo biologicamente, trascurando quanto è il "proprium" dell'"humanum", cioè dell'uomo in quanto tale.

La medicina nel tempo della modernità

Se volessimo rintracciare le origini di questo pensiero, dovremmo occuparci di due problemi: l'uno riguarda la storia del pensiero in Occidente, l'altro quello della conoscenza, di carattere scientifico e filosofico.

Dovremmo infatti rivisitare l'Illuminismo settecentesco e certe sue devianze nell'età moderna e contemporanea. Da queste pare che abbiano avuto origine le pretese di alcuni ricercatori, per i quali la ragione è concepito unicamente nella versione empirico-positivistica. Ma dovremmo anche analizzare i *dinamismi conoscitivi* della persona umana secondo quanto ci dicono le scienze, naturali ed umane, sulla *percezione*. Dovremmo capire quali siano i presupposti – o i "pre-giudizi" – che consentono all'uomo di conoscere e di progredire nella sua capacità conoscitiva. Emergerebbero così gli "*schemi mentali percettivi*" che, se da un lato rendono l'uomo capace di conoscere e di far evolvere la sua mente, d'altra parte possono anche bloccare questo dinamismo, lasciandolo "fissato" agli schemi mentali precedenti o schemi mentali riduttivi²². Non mi pare che sia questo il momento d'addentrarci in questi problemi, né ne avremmo il tempo.

In questa sede preme piuttosto *verificare nel concreto le suddette pretese di quel tipo di razionalità applicato al mondo sanitario*. Se infatti ormai tutta la medicina occidentale è impegnata a ricuperare la sua capacità di comprendere la persona del paziente nella molteplicità della sua dimensioni per una corretta diagnosi e un'adeguata terapia, inevitabilmente nascono delle perplessità di fronte a quelle affermazioni e pretese.

Si ha perlomeno la sensazione di trovarsi di fronte ad una concezione estremamente "ridotta" della ragione umana, che non pare davvero essere in grado di soddisfare certe esigenze intellettuali e morali ineludibili. Faccio qualche esempio: è noto come nell'ospedale emergano gli interrogativi più acuti e inquietanti dell'animo umano. Chi è colpito da una grave malattia o dall'angoscia per una diagnosi infausta, quali risposte potrà attendersi dalle scienze tecnoscientifiche? Si tratta di interrogativi che scuotano la

²¹ V.S.Rachamandran, *Che cosa sappiamo della mente*, Mondadori, Milano 2004; M.S.Gazzaniga, *La mente etica*, Codice edizioni., Torino 2006.

²² Allport G.W., *Psicologia della personalità*, PAS-Verlag, Zurigo 1973, pp.220-234; Rulla L.M., *Antropologia della vocazione cristiana*, Piemme, Casale Monferrato, 1985, pp.89-143. 165-199.

vita dalle fondamenta: “perché, e perché proprio ora, e perché a me? Ha ancora un senso la vita? Valeva la pena di nascere se poi bisognava arrivare a questo?...Alla fine, insomma, chi sono io?” Quel tipo di razionalità insomma, limitato a se stesso, non pare che sia in grado di cogliere le implicanze esistenziali di una seria malattia.

Il limite della razionalità tecnoscientifica

Dinanzi a interrogativi del genere ci si chiede quale reazione o “risposta” potrà dare la razionalità tecnoscientifica, che cosa potranno dire le neuroscienze... Saranno in grado di rispondere alla “*domanda di senso*” che, imperiosa, s’impone alla mente e al cuore dell’uomo, soprattutto in queste circostanze?

Quelle scienze - e dunque quel tipo di razionalità - potranno spiegare in che modo questi eventi provochino la reazione degli stati neuronali e in che maniera, attraverso quale percorso si colleghino al cervello...Nulla tuttavia sapranno dire quanto al senso esistenziale di quegli avvenimenti, ossia il significato che l’Io ricerca. La tecnoscienza potrà portare alla progressiva scoperta di “ulteriori stati di cose”, ma non dà ragione della “*ulteriorità di senso*” rispetto a quanto è definito dall’impresa scientifica.

In quelle presunzioni c’è il misconoscimento delle altre dimensioni del soggetto umano e che si esprimono, ad esempio, nella questione del linguaggio, dell’uso dei simboli, nelle aree della libertà e della gratuità, nella dimensione estetica.

Tutto quanto, ossia, nasce da quella dimensione personalissima e profonda che chiamiamo “lo spirito” dell’uomo, o la sua “anima”, la sua “spiritualità”; tutto quanto riguarda il fenomeno della coscienza e dell’autocoscienza, non troverebbe chiarificazione soddisfacente in quella concezione della razionalità umana. Eppure, quelle domande, e i sentimenti che le animano, manifestano ciò che è specificamente umano, ciò che fa sì che costui/costei sia una persona umana, un soggetto unico e irripetibile nella sua singolarità. Né sono prive d’influsso sulla condizione di salute e di malattia, almeno se sono intese come descritte nel paragrafo precedente (1).

L’ ”oltre” la razionalità tecnoscientifica

In effetti, accettare l’affermazione che *l’unica razionalità dell’uomo è quella tecnoscientifica*, equivale a ritenere che “ciò che è” è “ciò che è riconoscibile”; “ciò che è conoscibile” è “ciò che è conoscibile sperimentalmente”; infine, “ciò che è conoscibile sperimentalmente” è “ciò che è conoscibile mediante la scienza empirica”.

L’orizzonte mentale e conoscitivo dell’uomo, insomma, in questa prospettiva, risulta estremamente ristretto.

Una simile tesi pare che neghi il dato esperienziale, il concreto spessore della vita umana in quanto umana. Questa è fatta anche di realtà non verificabili con quel metodo. L’esperienza attesta che esistono *altre dimensioni non meno reali e determinanti* rispetto a quanto la scienza empirica può chiarire: la dimensione poetica e quella estetica, le realtà di cui si occupa una mente filosofica o quella spirituale; gli aspetti della vita che chiamiamo “verità, bellezza, bontà” sfuggono, nella loro essenza, alle maglie d’una tale razionalità.

Esistono nell’uomo, quindi, *altri tipi di razionalità*, o forme del sapere, ossia altri modi nell’uso della ragione, che non rientrano nello spettro conoscitivo della razionalità tecnoscientifica.

Conclusione: La sapienza dell’arte medica

Mantiene ancora tutta la sua carica dirompente l’affermazione di M. Heidegger: “nessun’epoca come la nostra dispone di tante conoscenze su “che cosa è l’uomo” ma

nessuna epoca come la nostra sa così poco “chi è l’uomo”²³. L’eccesso di conoscenze sul “che cosa” a scapito del “chi” quando si tratta d’un soggetto personale forse è all’origine di certe concezioni così restrittive dell’uomo, dove questi rischia d’esser ridotto ad un “homunculus”, come si esprimeva V. Frankl. Ed è chiaro che una razionalità ristretta dà una conoscenza settoriale della realtà, tanto più se si tratta di “soggetti” e non di “oggetti”.

Certo è che, dal punto di vista d’una concezione umanistica e personale, il concetto di *salute* si trova confrontato con un tipo di razionalità che rischia di ridurre l’arte medica ad un atto clinico, dove la persona umana è oscurata nella sua “verità” autentica. Né, in questa mentalità, c’è più spazio per un riferimento che vada “oltre” la salute psicofisica e “oltre” la morte. Il concetto poi di “salvezza” proprio della fede cristiana e di molte altre religioni e filosofie, è ridotta a “salute”, la vita è commisurata alla dimensione immanente. E’ facile vedere le conseguenze di carattere bioetico.

Provo a delineare *qualche indicazione* per quanto riguarda il tipo di razionalità che corrisponde alla condizione della “persona umana” malata o comunque alle prese con i problemi della salute:

innanzitutto, mi pare che la razionalità debba mantenersi in stretto *rapporto con l’esperienza*, la quale va compresa nella complessità dell’esistenza, del vissuto, degli accadimenti. La realtà è sempre articolata, suscettibile di molteplici interpretazioni. Una conoscenza corretta va perciò formata. Il nostro dinamismo conoscitivo tende a “economizzare” l’investimento delle risorse mentali e spirituali. Occorre educarsi ed educare a mantenersi aperti alla pluralità delle razionalità di cui disponiamo per conoscere e comprendere il reale nella sua globalità;

la ragione deve quindi essere “*aperta*”: ampliare l’orizzonte mentale, aprirsi alla trascendenza, all’oltre l’immediatamente percepibile o verificabile sperimentalmente. Occorre un’intelligenza che sia allo stesso tempo audace e umile: audace per osare andare verso “l’oltre”; e umile perché la verità è “oltre se stessi”: l’uomo la scopre, non l’inventa né la fa. La mente perciò le è “sottomessa”;

quanto alla comprensione dell’uomo, ci si può riferire al *quadro antropologico* elaborato da V. Frankl: l’uomo nel suo essere è “uno” nella sua realtà ontologica, ma complesso e articolato nella “pluralità delle sue dimensioni”. E’ infatti costituito dalla dimensione somatica, da quella psichica e dalla dimensione “noetica” (spirituale). In quest’ultima risiede l’elemento specifico che lo definisce in quanto soggetto “umano”²⁴;

né l’individuo è integralmente conoscibile al di fuori delle *relazioni interpersonali*, al di fuori quindi della comunità di appartenenza;

il principio conoscitivo dell’uomo il “*nous*”, il suo “spirito”, deve mantenersi *aperto al mondo della trascendenza*. Ciò che nella concezione cristiana dell’esistenza significa la possibilità dell’irruzione dello Spirito di Dio, ossia della “rivelazione” o autocomunicazione da parte di Dio stesso. Allora si tratta di coniugare ragione e fede.

Per quanto riguarda esattamente gli operatori sanitari e i ricercatori del settore, forse è più appropriato parlare di “provocazioni”. Ne sottolineo due: l’una della scrittrice Simone Weil, una delle donne più eminenti e rappresentative del nostro tempo, pensava che il cuore dello scienziato, se va abbastanza a fondo, viene conquistato dalla bellezza. Scrive infatti: “*Lo scienziato ha come scopo l’unione del proprio spirito con la saggezza misteriosa impressa nell’universo*”: la scrittrice sottolinea l’esigenza di mantenere ampio l’orizzonte del modo di pensare, di riflettere, di comprendere, di agire; ciò non avviene se non unendo alla “scienza” la “saggezza”.

²³ M. Heidegger, *Kant e il problema della metafisica*, tr.it. Silva, Milano 1962, 275-276.

²⁴ V. Frankl, *Imago hominis*, in: o.c., pp.51-59; Id., *Fondamenti e applicazioni della logoterapia*, tr.it., SEI, Torino 1969, pp.25-85; G. Cinà, *Psicoterapia: V. Frankl*, in: *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, o.c., pp.1023-1032.

P. Giuseppe Cinà - La malattia, la sofferenza e la morte
Incontri propedeutici organizzati dalla Comunità dei Camilliani di Macchia
Monte S. Angelo

E in questa medesima direzione va un pensiero di papa Ratzinger espresso nella lettera sulla speranza: *“Non è la scienza che redime l’uomo. L’uomo viene redento mediante l’amore. Ciò vale già nell’ambito intraumano”* (*Spe salvi*, n.26): la necessità di educarsi ad un tipo di “intelligenza” che scaturisca dal cuore oltre che dall’intelletto, è l’intelligenza dell’amore. Anche l’atto sanitario, medico - per sortire efficacemente il suo effetto - esige una solidarietà affettiva. “L’ambito intraumano” di cui parla il papa, può ben essere inteso quella rete di relazioni intessuta tra le varie figure professionali dell’ospedale diviene, nell’esperienza della persona inferma, una rete di cura, attenta alla globalità del suo essere e dei suoi bisogni, delle sue attese: si tratta di comprendere il senso delle sue “domande”, che vanno sempre oltre quanto dicono le formule verbali.