

Etica e terapia

(dal cambiamento dell'etica all'etica del cambiamento)

Carlo Mario Mozzanica
Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

Premessa e profili introduttivi

Il rapporto tra etica e terapia appare, per molti aspetti, scontato, da una parte, ed inedito, dall'altra.

Scontato, perché spesso attratto dal e risolto nel "consenso informato", che la pratica clinica (e non solo la sperimentazione) ha ormai assunto quale ordinaria prassi medica.

Inedito, perché l'allargamento della pratica clinica, della terapia e della riabilitazione interroga il futuro di ogni persona, chiedendo ad essa di lasciarsi interpellare sul significato esistenziale e non solo clinico dell'evento malattia.

Raccoglierò la sfida, attraverso le parole, che un giovane malato ci ha consegnato, qualche tempo fa, in una tavola rotonda, nella quale discutevamo della malattia, tra evento clinico ed evento esistenziale.

"Chi ci insegna oggi a soffrire, chi ci prepara al confronto con il male?..

Anche il buio più profondo lascia però filtrare qualche raggio di luce....

Non c'è deserto senza un fiore che richiama e fa ripartire la vita.

Così non c'è annientamento completo della persona.

Ognuno ce la fa, tirando fuori forze e valori sconosciuti, sommersi, nascosti, che non si crede di avere, ma che sbocciano e addirittura prorompono in abbondanza nei momenti di maggiore necessità...

Se devo indicare una dimensione della terapia e della riabilitazione non posso che invitare tutti, perché tutti siamo terapeuti di tutti, ad estendere il loro impegno, le loro capacità, le loro sensibilità a una cura e ad un recupero forse non materializzabile, ma profondo e decisamente reale: l'invito è a rivolgere terapia e riabilitazione anche ai sogni, ai desideri, al bisogno d'infinito che inevitabilmente, e anzi, ancor di più, accompagnano chi vive una malattia, una limitazione, una impossibilità...

Se condividere la sofferenza è già terapia, condividere le speranze di chi soffre, significa renderla ancor più tale.

La terapia sarà dunque morale o non sarà, proprio come ogni grande cambiamento e rivoluzione.

Proviamo dunque a costruire delle certezze sulle speranze, a guardare le cose anche con gli occhi di chi non può vederle più, dando magari retta a chi ci ha sussurrato all'orecchio che l'unico reale è l'immaginare" (1)

E' questa la migliore istruzione del rapporto tra etica e terapia

La cura abita l'etica, quando:

- la terapia accompagna la persona, colpita da un esito lesivo invalidante congenito o più spesso acquisito, negli itinerari possibili di una restituzione integrale delle funzioni colpite, o dell'abilitazione di funzioni inerti o silenti fino a quel tempo, o di un'azione che eviti il progressivo deteriorarsi del quadro funzionale e personologico complessivo o che evochi, attivandole, funzioni alternative e correlative alle dimensioni che appaiono oramai inerti;
la terapia aiuta la persona ad abitare il proprio nome, segnato dalla malattia, che fa del limite un'invocazione e non una maledizione, che non chiama la malattia con il solo nome della perdizione, che non considera l'handicap come ostacolo, ma lo accoglie come provocazione e lo assume come una domanda, un'invocazione, un appello per tutti; che considera la malattia *in-guaribile* un evento esistenziale, non da esorcizzare o da maledire, ma che interpella la libertà alla ricerca, nelle pieghe silenziose e misteriose del dolore, di una qualche compatibilità esistenziale e che, a partire dalle provocazioni di un maestro certamente non sospetto, circa il nostro assunto, (anche se annoverato tra i maestri del sospetto), osa affermare che: *"Il grande dolore soltanto, quel lungo, lento dolore che vuole tempo... costringe... a discendere nelle nostre ultime profondità... Dubito che un tale dolore "renda migliori"; eppure so che esso ci scava in profondo... Non vorrei alla fine che passasse sotto silenzio la cosa più importante: da tali abissi, da tale grave malanno... si torna indietro rinati, con la pelle cambiata... con sensi più giocondi, con una seconda più pericolosa innocenza nella gioia, più fanciulli e al tempo stesso cento volte più raffinati di quanto per l'innanzi ci fosse accaduto"* (4);
- la terapia é capace di liberare significati inediti e censurati nell'ordinario contesto del vivere; abilitare e riabilitare il tempo della malattia, anzitutto: malattia, in quanto non solo evento dal quale liberarsi, bensì evento da liberare, soprattutto quando l'emancipazione verso la guarigione appare "strutturalmente" lungo, e, dunque, accompagnato molto spesso da itinerari più o meno complessi, spesso imprevedibili, insicuri e, frequentemente, da reiterare, come appare anche nelle situazioni anche oggi tematizzate. Una cura - se volessi dare ad essa una significativa connotazione - che può riassumersi con la cifra sintetica di: ricomprensione, riconciliazione, accoglienza del proprio sé, nello scenario nuovo segnato e contrassegnato dalla malattia e dalle sue tracce; in una stagione nuova, che accoglie il rischio di un esito sempre possibile, perché ripetibile, ancorché assediato dall'incertezza e dalla indeterminatezza del tempo, di un esito che ha tracce visibili e sperimentate nell'insulto più o meno presente nel quadro di funzioni attinenti l'autosufficienza e l'autonomia; un approccio e un paradigma curativo riferibile alla dimensione comprensiva di un corretto quadro antropologico; dunque non settoriale, dunque non riduzionistico, dunque non monospecialistico; bensì globale, pluridimensionale, multi e pluridisciplinare, consegnato all'orizzonte dell'intero, perché a questo pertiene l'orizzonte dell'etica.
- La rilettura del rapporto conosce due stagioni; forse due alternative:
 - *"i cambiamenti dell'etica"* e
 - *"l'etica del cambiamento"*

Accennando ad alcuni profili problematici del *cambiamento dell'etica*, si vuole solo introdurre il capitolo dell'etica del cambiamento, che verrà interpretato nell'ottica del *cure* e del *care*.

Sono molti i problemi sottesi al profilo dialettico:

- ✓ Questioni di *fondazione* dell'etica
- ✓ Questioni di *metodo* (deduttivo e induttivo)
- ✓ Possibili per-corsi:
 - Decostruzione dell'etica (M.Weber)
 - Etica della situazione
 - Utilità e danno della "nuova retorica" (Perelman)
 - Tentativi di giustificazione metaetica della nuova morale
 - Revisioni dell'utilitarismo
 - Etica della disperazione (nouveaux philosophes)
 - Etica del disincanto
 - Etica della speranza
 - Etica dell'intenzione
 - Etica della responsabilità
 - Etica del viandante

Si aprono alcuni interrogativi:

ogni profilo etico è figlio di un paradigma antropologico?

La ricognizione di una sintesi etica può accomunare tutti (?)

Rischio negativo: deriva pubblicistica dell'etica

Rischio positivo: confronto culturale per una convivialità delle differenze

L'etica del cambiamento conosce gli scenari socioculturali della malattia, secondo i due profili disaminati del *cure* e del *care*.

1. Gli inediti scenari della malattia interpellano l'etica della cura (cure)

Salute e malattia sono parole che hanno una storia, ma insieme sono parole che fanno la storia; anzitutto per la loro connaturata aderenza ai differenziati quadri antropologici e ai possibili stili di vita.

Nel passato, soprattutto, "mal-attia" appariva voce esplicativa di un "mal-avere", di un "mal-essere", troppo spesso e troppo sbrigativamente identificato con il "male", con la "colpa": malattia come vendetta divina, come maledizione, come punizione (chi non ricorda il tempo il cui l'AIDS era chiamata la "peste del secolo"?)

Nel presente, al contrario, ma con esiti paradossalmente e simmetricamente corrispondenti, "salute" appare voce esplicativa, perché così definita, di "ben-essere", troppo spesso sbrigativamente identificato con il "bene", propiziato dal conclamato esito onnipotente della scienza biomedica: l'immortalità dell'anima, luogo privilegiato del sapere filosofico antico è stata surretiziamente sostituita dall'immortalità del corpo; quel corpo, cartesianamente, oggettivato e intenzionato, oltre che sezionato nei distretti, che istituiscono e costituiscono i luoghi istituzionalizzati della cura: il corpo oggetto, ormai pensato immortale, perché capace di evocare il potere creativo dell'uomo, tra i sentieri della bioingegneria genetica; una natura definita e strutturata dalla cultura (la possibilità di cambiare sesso, archetipo da sempre della differenza umana naturale); percorsi peraltro capaci di ingenerare sindromi sempre più iatrogenetiche, in particolare sotto il profilo esistenziale: quale peggior malattia di quella di non sapere (o potere) più accogliere e gestire la propria decadenza, la propria invalidità, la propria morte, o il suo annuncio, ancorché prorogato?

Sono questi, tra l'altro, i tempi e gli spazi dell'itinerario curativo, che appare dunque significato, per riuscire capace di ascolto sanitario, dal delirio dell'onnipotenza dei suoi esiti. Le ragioni della deriva antropologica, nella sanità, non sono peraltro tutti o solo

interni ad essa. Sono, per lo più, generati dalle coordinate dello scenario culturale post-moderno.

Tra i molti indicatori, si possono qui evocare, più per suggestioni che non per descrizioni, più per rappresentazioni che non per interpretazioni, quelli più vicini o confinanti con il territorio della sanità:

consegna all'insignificanza delle metanarrazioni, come luogo di un *ethos* condiviso ed elaborato negli stili di vita; una cultura depotenziata ad accogliere dell'umano ciò che resta, quando tutto è stato dimenticato; il pensiero che si fa debole, unico, freddo, abdicato; società complessa, frantumata e frammentata; società ove si consumano troppe e confliggenti appartenenze, così da propiziare appartenenze sempre più identificate dallo stigma della riserva; la crescita dei "non luoghi", ove l'identificazione dell'altro è segnato dall'estraneità e dalla lontananza, magari propiziata e garantita dalla cultura dei diritti di cittadinanza (simbolo del "non luogo" è la stazione, ove tutti salgono sullo stesso treno, ma ciascuno prende il suo treno; dove la sala d'aspetto è arredata con sedie collegate dagli schienali, per evitare il guardarsi in faccia, in volto, che pur segna l'incontro tra persone riconosciute e amiche; dove dunque il rispettabile signore, nel film "Teorema" più che spogliarsi fisicamente, come fa, è spogliato, esistenzialmente dal come vive o si lascia vivere; anche l'ospedale rischia, nelle subdole forme, mascherate dai profili diagnostici e prognostici, dell'oggettualizzazione del paziente, la logica del "non luogo"; l'ipertrofia dei mezzi e l'atrofia dei fini appare territorio non estraneo anche ai problemi della sanità; la censura e la rimozione dei vissuti e dei problemi esistenziali, dentro le logiche di bisogni indotti e attribuiti dal consumo, attraverso le promesse onnipotenti della tecnologia: ciò che appare estraneo alla possibilità della guarigione, o comunque dell'esito positivo, diventa insignificante, quasi luogo di una sconfitta inammissibile: si tratta delle forme di cronicità delle malattie degenerative, della irreversibilità delle malattie inguaribili, della staticità dell'handicap grave, della malattia terminale, della morte (il lutto, come elaborazione dell'evento appare sempre più iscritto nelle forme deneganti della elaborazione depressiva, maniacale e paranoica) (3).

Il deperimento delle evidenze etiche, accanto alla privatizzazione della coscienza declina il vissuto relativo alla malattia in termini di mero orizzonte tecnico: o si riesce a liberarsi **dalla** malattia o la liberazione **della** malattia appare luogo insignificante e inammissibile ai paradigmi onnipotenti della tecnologia; la malattia non risulta più in grado di essere liberata e di interpellare pertanto la libertà. Essa custodisce nel silenzio il dolore, affidato all'anestesia e pertanto mero oggetto di uno sguardo dell'uomo, fatto spettatore e non più protagonista della sua condizione esistenziale. L'assurdità della negazione della malattia, come evento esistenziale, trascina il vissuto di chi abita i tempi di un'impossibile guarigione in una spirale di impotenza, di angoscia, di depressione: quasi che l'eccesso di "cura" (*cure*) delegittimi qualunque possibilità di "prendersi cura" (*care*).

Peraltro lo scenario socioistituzionale della nuova sanità sembra attestarsi su una giusta transizione, per quanto attiene l'intervento economico: il passaggio dal pagamento dei fattori produttivi al pagamento del prodotto; il rischio iscritto anche nelle logiche dei DRG è quello, però, di indurre una pericolosa monetizzazione dell'intervento, dentro i paradigmi dell'efficienza e misurando l'efficacia con parametri spesso estranei alla dimensione intenzionale della persona, dimenticando dunque i paradigmi soggettivi dell'appropriatezza.

La stessa riabilitazione come momento estensivo della cura vive la contraddizione di una identificazione difficile: considerata dimensione sanitaria se e in quanto postacuta e intensiva, trasferita nel settore assistenziale se e in quanto troppo lunga ed estensiva.

Il rischio sotteso a tale transizione è l'identificazione, nella malattia, di guaribile con curabile, di in-guaribile con in-curabile; simmetricamente per la riabilitazione: intensiva perché portatrice di un esito atteso e facilmente verificabile, estensiva perché portatrice di un esito atteso, ma difficilmente misurabile e dunque non certificabile.

La cura e la riabilitazione, che si annunciano con tempi lunghi, nel rischio di un'estromissione dal sistema sanitario, portano con sé implicitamente il messaggio di un loro non interesse da parte dei luoghi deputati alla cura e dunque di un abbandono dei momenti più difficili dell'esistenza: quelli appunto del convivere con la malattia, con un sé differenziato, diverso, spesso incompatibile con gli stili di vita da tempo consolidati. Solitudine, disperazione, distanza, tacita invocazione di eutanasia accompagnano non di rado le più gravi compromissioni, che chiedono interventi sia curativi che riabilitativi, in una stagione dove, nonostante le dichiarazioni di principio anche dell'ultimo Piano Sanitario Nazionale (2002-2005) (4), lo smemoramento appare sempre più consolidato. Paradossalmente la richiesta di cura anche lunga, anche complessa, anche economicamente impegnativa, quale luogo ove si annuncia la speranza di una vita ancora degna e vivibile legittima, nell'abbandono dell'accompagnamento sanitario, l'annuncio di una vita indegna, invivibile, senza spazio alcuno di promessa. Sta scritta qui la sfida etica in (e di) ogni forma di "cura".

2. Gli inediti scenari della malattia interpellano l'etica del prendersi cura (care)

I troppo brevi cenni sulla malattia e il suo contesto culturale oltre che istituzionale, chiariscono con sufficiente precisione gli scenari della terapia, soprattutto se ad essa si assegna uno statuto non puramente tecnologico bensì etico ed antropologico.

L'antropologia e l'etica **nella** e/o **della** cura appare, da una parte luogo significativo da approfondire e da indagare, dall'altra compito da istituire e da istruire nel futuro. Evocare la dimensione etico-antropologica nella terapia significa indubbiamente porre a tema problemi inediti, in quanto ci si riferisce al compito della umanizzazione della terapia, come ambito intrinseco dell'iter curativo, in tutte le sue forme.

Assumiamo qui la dimensione antropologica nel suo paradigma fenomenologico-esistenziale, a partire da E. Husserl, che ha avuto epigoni anche e soprattutto nelle riflessioni proprie della filosofia della medicina (5).

Il percorso terapeutico, anche se riferito o riferibile a segmenti funzionali specifici o ad ambiti particolari, derivanti dall'evento lesivo, incontra, anche quando lo ignora espressamente o inconsciamente, la persona, nella sua globalità di:

- io corporeo (il corpo accettato, rifiutato, negato, riconosciuto, dimenticato stigmatizzato ecc.), cioè il vissuto corporeo;
- io affettivo (le dimensioni emozionali, sentimentali, affettive cosce o inconscie, accolte o rifiutate, amate o odiate; collocate tra riconoscenza e risentimento ecc.);
- io intenzionale: l'orizzonte della libertà e i paradigmi di senso e di significato nella e della vita (quante volte, dopo un evento lesivo, nell'intraprendere il percorso terapeutico, la persona si chiede: "perché a me?"). Diagnosi e prognosi, anche le più compiute non rendono ragione del significato, perché spiegare non è comprendere, rappresentare non è interpretare.

La malattia interroga sempre la libertà, mette conto di una lunga e spesso faticosa interpellanza nell'arco esistenziale, perché riscopre il passato e reinterpreta il futuro, laddove la libertà è minacciata dal presente.

La triplice dimensione dell'unico "io", costitutiva del soggetto intenzionale (contro tutti i rischi dell' "io" oggettivato e intenzionato da un puro approccio esclusivamente biomedico) avvia una "relazione", che dà nome, strutturalmente, all'identità, specifica ed irripetibile della persona umana: differenza assoluta e ineliminabile, differenziazione inequivoca e determinata da ogni altro essere:

- il rapporto con sé, che nel tempo l'antropologia e la psicologia ha chiamato identità (identità adolescenziale, immatura, anticipata, prorogata, negata, rinnegata: possibili profili di un esito regressivo da imputarsi all'evento malattia);
- il rapporto con la realtà (così spesso minacciato nel tempo della cura e della riabilitazione, perché segnato da un approccio difficoltoso, quando non contratto, con l'esperienza vissuta in una transizione, segnata dalla malattia, che conosce i percorsi regressivi della "de-figurazione", mentre il tempo della salute è spesso segnato dalla "trans-figurazione", come misura delle cose, del tempo, del contatto con la natura, con gli eventi; si usa dire: "la felicità di quando si sta bene");
- il rapporto con gli altri, ordinariamente identificato nella conoscenza, nella riconoscenza, nel rapporto affettivo o di amore; la prevalenza dei rapporti funzionali depone per un impoverimento di quelle relazioni, quando insorge la malattia; vengono qui riscoperti dentro una scala di valori, troppo spesso dimenticati, i rapporti di amicizia, di familiarità, di fraternità, di prossimità.

Sei indicatori, dunque, che attraversano ogni segmento, ogni tempo del percorso curativo; indicatori che assumono o perdono significato dal "come" l'itinerario riabilitativo è condotto.

L'umanizzazione della terapia che abbiamo chiamato antropologia ed etica **nella** cura suggerisce qualche indicazione opportuna, da non mai tralasciare, semmai da promuovere:

- allontanare i rischi di un troppo frequente dualismo oggettualizzante del malato, dentro i circoli perversi di una sanitarizzazione della vita e di una medicalizzazione dei problemi esistenziali, di una strumentalizzazione consumistica della cura, di una prevaricazione tecnicistica che non mette conto di accogliere e riconoscere i vissuti esistenziali, dell'espropriazione della corporeità, della rimozione degli orizzonti di senso e di significato: con l'esito perverso di una accresciuta iatrogenesi culturale, frequentemente accompagnata da gravi sindromi depressive e da un'ingiustificata afasia e oblio del perché, ritenendo il "come" ed anche il "dove" esaustivi di ogni risposta a domande esistenziali;
- propiziare l'orizzonte di umanizzazione di ogni itinerario, percorso, atto terapeutico, capace di attraversare i circoli virtuosi della cura, assumendo quale paradigma ermeneutico l'unicità e l'irripetibilità della persona umana, considerando l'iter terapeutico un "evento", che implica una continua ridefinizione, orientata alla riconciliazione e alla ricomprensione del proprio sé; capace di lasciarsi interpellare dai bisogni più profondi del paziente, che si interroga su quale futuro lo aspetti, su quale compatibilità esistenziale abbia il possibile esito (mancato) della terapia, capace dunque di propiziare una ricomprensione e una ricomposizione del proprio sé esistenziale. La terapia, dunque, oltre gli approcci tipici dei differenziati protocolli tecnici, assume quali elementi costitutivi del proprio definirsi e attuarsi come percorso esistenziale le dimensioni relazionali proprie della comunicazione umana, psicologica, certamente etico-antropologica.

Vi è infine la dimensione più profonda e intrinseca della terapia, quando voglia misurarsi con la prospettiva antropologica del malato, che abbiamo già definito come antropologia ed etica **della** cura.

Le ragioni di un rapporto inedito tra antropologia e cura, tra terapia ed etica, risiedono, da una parte, negli scenari nuovi e innovativi prospettati dalle scienze mediche e dalla tecnologia biomedica e dall'altra nei paradigmi di un nuovo discorso epistemologico, esigito dalla pluralità delle discipline interessate alla cura.

Si delinea il profilo enigmatico e per certi aspetti molto problematico di un nuovo rapporto tra natura e cultura, nel senso che la prima è a tal punto soggetta al potere manipolatorio della scienza e della tecnica che solo la cultura o meglio l'orizzonte antropologico potrà essere in grado di limitarne il profilo e/o di ridefinirne l'identità. Senza approfondire tali percorsi, forse ancora troppo problematici, ritengo utile significare il rapporto antropologia della cura con gli orizzonti propri di una compatibilità esistenziale, compromessa dall'evento e restituita al soggetto dalla terapia; ciò che definisce il rapporto è appunto la qualità intrinseca dell'intervento: dalla normalizzazione o "*restitutio ad integrum*" delle funzioni a un esito dove è possibile l'integrazione sociale; da forme minimali di autosufficienza ad una facilitazione esistenziale, compatibile con le esigenze soggettive; da una relazione capace di valorizzare il soggetto, graduando l'intervento secondo i bisogni, dentro i paradigmi dell'attitudine psicoterapica, relazione capace di ascoltare senza rispondere, di attendere senza pretendere un esito, di assistere senza intervenire, del "prendersi cura" oltre il curare; da uno sguardo riconoscente anche di fronte all'orizzonte muto di gravissime disabilità all'interrogazione sul significato indicibile e inaudito della sofferenza, fino ai confini problematici degli interrogativi esistenziali più profondi (dell'accanimento terapeutico e dell'eutanasia).

In una parola, vengono qui ricomprese le domande fondamentali sui fini e gli obiettivi, il senso e i significati della cura, ricordando che anche le forme più alte di terapia possono delegittimare l'intenzionalità dello stesso soggetto. Ritornano così alla mente altre parole testimoniali che appartengono alla "parabola" della medicina: sono quelle che evocano le riflessioni dell'inizio:

"Questo infinito processo di accettazione ne indica e ne esige un altro, ugualmente infinito: quello relativo alla riabilitazione fisica e funzionale, che per quanto mi riguarda non può e non deve avere soste. Anche qui bisogna sempre ricominciare. Non con le ansie e il disorientamento delle prime fasi (quando non sai dove arriverai), ma con un equivalente carico di sforzi e di prove, di fronte alle quali non sei mai disarmato, anche se ti sembra di esserlo. In quel tuffo di 28 anni fa, infatti, io ho perso molto, ma mi è rimasto tantissimo. Mi è rimasto quell'esilissima fessura di midollo spinale, da cui sono passati i residui fili del mio recupero e, congiunta a questa, di fare appello al mio spirito, di attingere da questo i primi indispensabili conforti, le prime vitali speranze. La sofferenza, la paralisi, l'immobilità sono così stati e continuano ad essere, campanelli dell'anima che annunciano un risveglio pur senza rendere spesso tangibili i segni, le acquisizioni, gli effetti di questo risveglio. Aspettarsi l'inaspettabile non è una puerile presunzione e la speranza non è uno scandalo. Se oggi io sono qui, diciamo guarito, in mezzo a voi è perché ho creduto che sarebbe accaduto" (8)

E consentitemi, in chiusura, di evocare un passo estremamente significativo, emblematico per la definizione del nostro tema, tratto da un libretto, che ha visto in pochi giorni, ben tre ristampe. Si tratta della storia di un bambino di nome Oscar; un bambino di dieci anni, pieno di curiosità verso il mondo, vivace, generoso, con una grande voglia di farsi degli amici. Ma Oscar è malato, e vive in ospedale. Soffre di una grave forma di leucemia, che non può essere curata. I medici non hanno ancora avuto il coraggio di dirglielo, ma Oscar sa benissimo che presto morirà. E' stata Nonna Rosa a dirglielo. Sempre vestita di rosa, l'anziana dama di carità è l'unica persona adulta con cui Oscar si possa confidare, l'unica con cui stringere un sincero legame d'affetto. E così quando Nonna Rosa gli propone un gioco un po' bizzarro, Oscar accetta subito.

Le regole sono molto semplici. Basta fingere che ogni giorno duri dieci anni, e poi scrivere, tutti i giorni una lettera a Dio nella quale raccontare le esperienze di un intero decennio, le fantasie e le paure, il rapporto conflittuale con i genitori e l'amore innocente per Peggy Blue, una bambina ricoverata nello stesso istituto. Tredici giorni, dodici lettere: tenere e coraggiose, ricche di sorprese, di momenti poetici, di personaggi buffi e scapestrati... come la vita.

Caro Dio,

oggi ho avuto da settanta a ottant'anni e ho molto riflettuto. Ho usato il regalo natalizio di Nonna Rosa. Non so se te ne avevo parlato. E' una pianta del Sahara che vive tutta la sua vita in un solo giorno. Non appena il seme riceve dell'acqua germoglia, diventa stelo, mette le foglie, fa un fiore, produce dei semi, avvizzisce, si appiattisce e la sera è morto. E' un regalo straordinario, ti ringrazio di averlo inventato. L'abbiamo innaffiata stamattina alle sette, Nonna Rosa, i miei genitori ed io ho potuto seguire tutta la sua esistenza. Ero commosso. E' piuttosto gracile e striminzita, non ha nulla di un baobab, ma ha fatto valorosamente tutto il suo lavoro di pianta, come una grande, davanti a noi, in una giornata senza fermarsi.

Con Peggy Blue abbiamo letto a lungo il Dizionario medico. E' il suo libro preferito. Le malattie l'appassionano e si chiede quali potrà avere in futuro. Io ho cercato le parole che mi interessano: <vita>, <morte>, <fede>, <Dio>. Forse non mi crederai, non c'erano! Nota, questo prova già che né la vita, né la morte, né la fede, né tu siete della malattie. Il che rappresenta una notizia piuttosto buona. Però in un libro così serio, dovrebbero esserci delle risposte alle domande più serie, no?

"Nonna Rosa, ho l'impressione che, nel Dizionario medico, ci siano solo delle cose particolari, dei problemi che possono capitare a questo o a quel tizio. Ma non ci sono le cose che ci riguardano tutti: la Vita, la Morte, la Fede, Dio" (7)

Questa è la domanda che la medicina narrativa, la medicina della complessità pone quando la terapia non rimuova, censuri o dissimuli il suo riferimento alla vita buona e degna e dunque si interroghi, senza reticenze e falsi pudori, soprattutto nel tempo della malattia lunga, cronica, interminabile, come questo tempo, scandito dai riti e dai ritmi della terapia, possa annunciarsi, nonostante tutto, sorprendente e promettente; altrimenti: vita non è. E' la domanda, innocente ed esigente, ad un tempo di Oscar. E' la risposta che Oscar, nei templi della medicina, non ha trovato. Forse per questo Nonna Rosa, mentre scrive lei a Dio l'ultima lettera di Oscar e per Oscar, segnala nel post scriptum: *"Negli ultimi tre giorni, Oscar aveva posato un biglietto sul suo comodino. Credo che ti riguardi. Ci aveva scritto: "Solo Dio ha il diritto di svegliarmi" (8)*

A noi, operatori della sanità, resta solo il compito di "svegliare l'aurora", che anche il tempo della malattia annuncia. E l'annuncio evoca i verbi ausiliari che quell'annuncio significa:

ascoltare, accogliere, attendere, accompagnare, animare...

Sono le uniche parole, capaci, forse, di tenere compagnia nella vita.

Note

(1) Marco V. in MOZZANICA C.M., "Antropologia e riabilitazione", in "La riabilitazione oltre il 2000", Fondazione don Carlo Gnocchi, Milano 1998, pp. 7-18

- (2) NIETZSCHE F., *La gaia scienza*, Adelphi, Milano 1977, pref. alla 2^a ed. p. 17-18
- (3) AA.VV., *La morte oggi*, Feltrinelli Milano 1985
- (4) Cf. Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003 "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005". Supplemento ordinario alla G.U. n. 139 del 18.6.2003
- (5) AA.VV., *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina Milano 1996 ;
H.G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994; I. CAVICCHI, *Filosofia della pratica medica*, Bollati Boringhieri, Torino 2002
- (6) Marco V. in MOZZANICA C.M., "Antropologia e riabilitazione", in "La riabilitazione oltre il 2000", Fondazione don Carlo Gnocchi, Milano 1998, pp. 7-18
- (7) ERICH-EMMANUEL SCMITT, *Oscar e la dama in rosa*, Rizzoli romanzo, Milano 2004, pp. 77-78
- (8) *Idem*, p.90.