



Salute, arte terapeutica e crisi finanziaria*

1. L'odierno contesto socio-culturale

«Si può dire che oggi non viviamo un'epoca di cambiamento quanto un cambiamento d'epoca. Le situazioni che viviamo oggi pongono dunque sfide nuove che per noi a volte sono persino difficili da comprendere. Questo nostro tempo richiede di vivere i problemi come sfide e non come ostacoli».¹

Queste parole di papa Francesco ai rappresentanti del V Convegno Nazionale della Chiesa Italiana, pronunciate qualche mese fa a Firenze, illuminano il processo che con la costituzione della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, lo scorso 1° agosto 2015 ha avuto inizio e che ci vede protagonisti del presente e del futuro di questa prestigiosa istituzione.

Fedele alle finalità che padre Agostino Gemelli assegnò più di cinquant'anni fa alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e al Policlinico Universitario, la Fondazione riconosce come missione propria quella di «offrire ai pazienti umanità, eccellenza e alta specializzazione nelle cure, favorendo la costante innovazione della medicina e formando i professionisti della sanità del futuro».² Per farlo è stata completamente rivisitata l'organizzazione del Policlinico in modo da assicurare il più efficace controllo e governo delle risorse, per conseguire gli obiettivi dei piani prestabiliti. Si cerca, così, di favorire quell'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca che deve caratterizzare l'attività del Gemelli.

Questi semplici cenni, sviluppati dagli indirizzi di salute delle Autorità della Fondazione e dell'Università Cattolica e dalla presentazione del *Bilancio di Missione 2015*, ci permettono di identificare tre aspetti con cui è necessario che l'attività del Gemelli faccia quotidianamente i conti sia nell'assistenza, sia nella didattica, sia nella ricerca.

Essi sono:

- a) la domanda di senso (antropologica) sottostante alla richiesta di salute e di cura;
- b) la comprensione della medicina come arte terapeutica;
- c) l'assunzione critica del peso dell'economia e della finanza nelle pratiche mediche.

Vorrei offrire qualche spunto di riflessione su ognuno di questi tre argomenti.

* *Lectio* che il cardinale Angelo Scola, arcivescovo di Milano e presidente dell'Istituto Toniolo di Studi superiori, ha tenuto giovedì 16 giugno a Roma in occasione all'apertura della "Villetta della Misericordia", centro d'accoglienza per senza dimora nel campus dell'Università cattolica realizzato dall'Ateneo, dall'Istituto Toniolo, dalla Fondazione Policlinico A. Gemelli e dalla Comunità di Sant'Egidio.

Sono qui offerti spunti, talora letterali, che si possono trovare sviluppati per esteso nei seguenti scritti dell'autore: A. SCOLA, "Se vuoi puoi guarirmi". *La salute tra speranza e utopia*, Cantagalli, Siena 2001; ID., *Morte e libertà*, Cantagalli, Siena 2004; ID., *Aspetti innovativi della riabilitazione neurologica: fondamenti antropologici delle implicazioni bioetiche*, IRCCS. SAN CAMILLO, Venezia 2006.

¹ FRANCESCO, *Incontro con i rappresentanti del V Congresso Nazionale della Chiesa Italiana*, Firenze 10.11.2015.

² Cfr. www.policlinicogemelli.it: la *mission*.



2. La domanda antropologica di salute e cura

a. Ripensare l'uomo

La pratica medica mette più che mai in campo una concezione dell'uomo. E lo fa a partire dal bisogno umano elementare che è la salute. Bisogno che emerge in modo particolarmente acuto nell'esperienza della malattia, normalmente accompagnata dalla sofferenza e dal dolore. Come tutte le esperienze elementari che l'uomo universalmente vive (la conoscenza, l'amore, ecc.), anche il dolore e la sofferenza sono assai complesse da spiegare in modo puramente concettuale. Questo vale anche nella prospettiva della cosiddetta medicina di precisione che ha già dato avvio alla digitalizzazione totale del vivente. In questi giorni si è costruito un consenso europeo per la riscrittura del genoma nella sua prima parte.

b. Malattia, dolore e sofferenza

Dolore e sofferenza non sono fenomeni identici. Il dolore fisico, quando ha la funzione di segnalare una minaccia per la vita, pur essendo l'espressione di qualcosa di negativo, non è in sé e per sé un male. Il male non è il dolore, ma la minaccia per la vita che il dolore segnala. Un esempio per voi ovvio: i dolori anginosi, se porteranno alla cura delle coronarie, possono essere considerati un ingegnoso dispositivo della natura che rivela l'esistenza di una minaccia per la vita. Il dolore fisico trapassa in sofferenza quando diventa autonomo, perde questa sua funzione di segnale ed indica una decurtazione del processo vitale. Quando, ad esempio, la sordità affligge un violinista o l'artrosi paralizza un chirurgo.

Se guardiamo poi la sofferenza in quanto tale, comprendiamo che talune sue espressioni – come la tristezza per il dolore di un amico o l'ira suscitata da un'ingiustizia subita o il rimorso per un'ingiustizia inferta – non sono sempre qualcosa di male, ma piuttosto una giusta reazione al male, un riflesso di autodifesa della dignità dell'uomo. Anche la sofferenza ci appare, in questi casi, più come la conseguenza di un male più radicale che la precede, che un male in se stessa.³

Anche se ci consentono un primo orientamento, queste veloci considerazioni sono ben lontane dal poter spiegare il fenomeno dolore e sofferenza. Che dire, infatti, della sofferenza che noi infliggiamo agli altri? Come non considerare assurda la sofferenza innocente?

I “mali” (*malheurs*: disgrazie, sciagure, sventure, miseria ecc.), soprattutto quando toccano l'innocente, sono il catalizzatore del “male” multiforme che non a caso il Vangelo chiama Legione. E la morte non ci appare forse come la quintessenza del male, «l'emblema di tutti i disordini», come la definiva Merleau-Ponty? E che dire del male morale (peccato)? Non è esso in qualche modo almeno concausa dei primi due? Non c'è bisogno di scomodare il nesso che il cristianesimo stabilisce tra morte, castigo e redenzione per sentire l'«odore di morte» (2 Cor 2,16) che emana dal peccato di cui parla san Paolo («morte, salario del peccato», Rm 8,23).

Se – come diceva Agostino – l'uomo è in sé e per sé «una grande domanda»⁴ (*magna quaestio*), al cuore della domanda-uomo sta l'interrogativo sulla sofferenza e sul dolore.

L'uomo che soffre non esce mai indenne dalla prova. Per questa ragione non si possono affrontare il dolore e la sofferenza senza cercar di risolvere l'“enigma uomo”. Con grande acutezza lo avvertì il Concilio Vaticano II

³ «Come il dolore è l'esperienza nel soggetto della minaccia e della decurtazione della vita fisica, così la sofferenza è l'esperienza nel soggetto della minaccia e della decurtazione della vita spirituale», R. SPAEMANN, La concezione cristiana della sofferenza, in ID., La diceria immortale. La questione di Dio o l'inganno della modernità, Cantagalli, Siena 2008, 177-187, qui 181.

⁴ AGOSTINO, *Confessioni* IV, 4, 9



quando, nella Costituzione Pastorale *Gaudium et spes* legò fra loro interrogativi fondamentali: «Cos'è l'uomo? Qual è il significato del dolore, del male, della morte, che continuano a sussistere malgrado ogni progresso?».⁵

2. Domanda di salute e domanda di salvezza

Il bisogno di salute che si manifesta nel dolore e nella sofferenza della malattia, documenta quindi la necessità di affrontare la questione cruciale del compimento dell'uomo.

Se il paziente, nell'ospedale o nell'ambulatorio, è la ragion d'essere dell'arte terapeutica dell'operatore sanitario, dobbiamo allora domandarci: “Che cosa chiede il paziente quando chiede la salute?”.

Che ne siamo consapevoli o meno, dalla risposta a questa domanda dipende il modo di affrontare la malattia e la morte.

La malattia toglie la sordina al grido strutturalmente presente nel cuore di ogni uomo, ad un tempo capace d'infinito ma legato alla finitudine. Sia pure esprimendola in formulazioni diverse, dalla muta implorazione fino alla più imperiosa pretesa, la domanda che il malato fa al medico è sempre la stessa: “Fammi durare!”. Cioè “fammi stare bene”, “fammi vivere”. Ad Orano, di fronte all'imperversare dell'epidemia, il protagonista de *La peste* di Camus, il dottor Rieux, «sapeva bene che il suo compito era diagnosticare: scoprire, vedere, descrivere, registrare, ordinare l'isolamento. Delle spose gli prendevano il polso urlando: “Dottore, gli dia la vita”. Ma lui non era là per dare la vita... A che serviva l'odio che allora leggeva sui volti? “Lei non ha cuore”, gli avevano detto un giorno. Ma sì, ne aveva uno; gli serviva a sopportare le venti ore al giorno in cui vedeva morire uomini fatti per vivere; gli serviva a ricominciare ogni giorno. Ormai, aveva proprio quanto cuore bastava per questo; e come sarebbe bastato a dare la vita?».⁶

Ma cosa si trova veramente al cuore di questa domanda? Come interpretarla? Ce lo dice un termine che il cristianesimo ha esaltato, ma che come tale è già presente nel mondo pagano, nella religiosità di tutti i popoli e nel senso religioso di ogni persona: è la parola salvezza.

Non c'è gesto umano, dal più banale al più elevato, che non vibri di un anelito al compimento totale, eppure in tutti i gesti l'uomo avverte la misura della sua finitudine. Al cuore della domanda di salute si manifesta in tal modo la domanda di salvezza.⁷ E noi lo capiamo bene, dal momento che ogni singolo uomo è fin nelle sue intime fibre un “essere nella carne”. In lui, la sfera biologica non può mai essere disgiunta da quella spirituale: in se stesso ed in ogni suo atto egli è *corpore et anima unus* (cioè un “uno” di anima e di corpo).⁸ Proprio la precarietà fisiologica sulla quale poggia la domanda della salute fisica diventa espressione privilegiata dell'anelito alla salvezza globale. Nella sofferenza/morte è lo spirituale che si esprime attraverso il corporale e viceversa.⁹

Occorre, pertanto, raccogliere tutta la domanda del paziente se si vuol porre in atto un'azione terapeutica adeguata. E questo è carico di conseguenze per il lavoro della Facoltà di Medicina e Chirurgia e per il Policlinico

⁵ *Gaudium et spes* 10. Con particolare intensità san Giovanni Paolo II, dopo il grave attentato, è tornato su questo tema. Lo ha fatto con la lettera apostolica *Salvifici doloris* (cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Lettera Apostolica “Salvifici doloris”,* 11 febbraio 1984), ma soprattutto con la testimonianza diretta resa negli anni finali del suo pontificato, accompagnata da parole scarse e decisive.

⁶ A. CAMUS, *Opere. La peste*, Milano 1988, 520-521.

⁷ Il termine latino *salus*, rispetto all'italiano *salute*, mantiene tutta la portata di integralità che è passata poi nell'italiano *salvezza*.

⁸ *Gaudium et spes* 14.

⁹ L'unità-duale (non la dualità unificata) di anima-corpo è insuperabile. Osservava già Guardini: «Se noi ci osserviamo dentro e fuori, troviamo forme, membra, organi corporei, strutture e ordini psicologici; troviamo processi di natura interiore o esteriore, impulsi, atti, mutamenti di stati. Ma tutto ciò che là esiste e avviene noi lo vediamo come un'unità. E non solo ci appare come uno, ma è uno. Dovremmo diffidare d'ogni percezione, se volessimo dubitare che noi realmente siamo un'unità corporeo-spirituale. Lo siamo: e non possiamo non riferire a quest'unità ogni cosa singola che noi siamo e che ci avviene o che facciamo avvenire: o come elemento strutturale che la costituisca o come effetto che ne derivi», R. GUARDINI, *L'opposizione polare. Saggio per una filosofia del concreto vivente*, Morcelliana, Brescia 1997, 13.



Universitario “Agostino Gemelli”. Non dimentichiamo che il nome “ospedale” proviene dalla tradizione dell'*hospitale* cristiano (portava il nome di *Hôtel-Dieu!*), nel quale la pratica terapeutica tendeva ad una perfetta fusione di scienza e saggezza.

3. L'arte terapeutica

Pensare in questi termini l'arte terapeutica non solo ci permette uno sguardo completo sul paziente, capace di farsi carico per quanto possibile dell'unità corporeo-spirituale del malato, ma soprattutto ci consente di riconoscere il peso decisivo della cura. In questo senso la parola “cura” è più adeguata di “terapia”: non è esattamente la stessa cosa “prendersi cura” che “applicare una terapia”. Nella lingua inglese non a caso ci sono due vocaboli: *cure* e *care*.

Possiamo affermare che la dimensione strettamente personale della malattia esige che venga a sua volta riconosciuto il carattere personale della cura. Quello tra operatore sanitario e malato è, in primis, eminentemente un incontro tra due persone. Per questo non si può mai disgiungere la domanda di salute/salvezza del paziente dalle scelte che coinvolgono i diversi ambiti della pratica medica. E questo senza nulla togliere al rigore del metodo scientifico, ma anche senza cedere al miraggio di una perfezione biologica che sarebbe destinata, prima o poi, ad abolire la morte.

L'operatore sanitario è così chiamato ad affiancare il malato nella sua strenua lotta contro la malattia, accompagnando la sua libertà in tutte le fasi della battaglia, fino a quella estrema (agonia) dell'abbandono ad un eterno trascendente, per i cristiani tra le braccia del Padre celeste. Come? Testimoniandogli il proprio stesso drammatico e quotidiano abbandono a Dio, o almeno ad un senso (significato e direzione) del vivere. Nel contesto di questo ampio concetto di cura ogni atto clinico troverà la sua vera natura, quella di essere veicolo di arte terapeutica e la scienza sarà anche e, soprattutto, sapienza.

Afferma Hans Jonas: «La medicina è una scienza; la professione medica è l'esercizio di un'arte fondata su di essa».¹⁰ Ma l'operatore sanitario diventerà capace di arte terapeutica solo se si prenderà cura, con tutto il rigore scientifico necessario, della salute, perché gli interessa la salvezza.

Può essere utile, a questo punto, puntualizzare le nozioni di cura, di atto terapeutico e di atto clinico. La cura esige che pazienti, operatori sanitari e familiari siano considerati soggetti (persone) in azione e vengano sempre trattati come tali, non messi tra parentesi o, addirittura, esclusi. L'arte terapeutica è l'insieme delle relazioni che si stabiliscono tra questi soggetti a partire dalla domanda di salute-salvezza. Con atto clinico identifico ogni azione medica a base tecnico-sperimentale. La cura è la ragion d'essere del rapporto tra operatore sanitario e paziente. In essa l'atto clinico diventa veicolo (segno, sacramento) dell'arte terapeutica. La cura, sempre correlata alla guarigione, prende così il suo vero volto. Essa, nella sua interezza, è l'arte terapeutica che passa attraverso ogni atto clinico. Mi pare che si possa qui stabilire una, sia pur pallida, analogia con l'Eucaristia, dove, attraverso le specie del pane e del vino, si rende presente Cristo stesso. è, ancora una volta, la logica sacramentale a salvare l'integralità dell'esperienza umana.

Se la cura è la strada per la guarigione, non dobbiamo dimenticare che quest'ultima, senza soluzione di continuità, va dal “successo” medico – sempre comunque temporaneo – fino alla consegna del paziente, attraverso la morte, al “luogo” della definitiva salvezza di ogni uomo.

Quando si impone il quadro degenerativo che condurrà alla morte, è giusto che – nella logica del segno – l'atto clinico si faccia più sobrio per lasciare maggior spazio all'arte terapeutica.

¹⁰ H. JONAS, *Tecnica, medicina ed etica*, Torino 1997, 109.



In questo contesto ben si comprendono le parole che Papa Francesco rivolse nell'omelia preparata per la sua visita il 27 giugno 2014: «Qui, ciascuno di voi porta ai malati un po' dell'amore del Cuore di Cristo, e lo fa con competenza e professionalità. Questo significa rimanere fedeli ai valori fondanti che Padre Gemelli pose alla base dell'Ateneo dei cattolici italiani, per coniugare la ricerca scientifica illuminata dalla fede e la preparazione di qualificati professionisti cristiani».¹¹

Occorre, però, compiere un ulteriore passo se non vogliamo che le nostre riflessioni possano essere considerate astratte e non pertinenti a ciò che nella situazione odierna rende difficile lo sviluppo della cura e dell'arte terapeutica. Infatti, siamo chiamati a curare in tempi di profonda crisi economico-finanziaria.

4. Curare in tempi di crisi

Partiamo da una semplice constatazione: nel campo della salute, a ragione considerata dalle società civili come un diritto inalienabile della persona, appare per lo meno riduttivo il criterio economico del calcolo minimo delle risorse per soddisfare il maggior numero possibile di bisogni. D'altra parte un dato si impone con evidenza: anche in questo campo le risorse hanno un limite. Comunque, mentre in altri settori dell'umana convivenza il criterio economico dell'utilizzo del minimo di risorse per rispondere al maggior numero di bisogni può essere quasi sempre applicato, in quello della salute che – si dice – non ha prezzo, esso, di per sé solo, risulta inadeguato e può addirittura diventare nocivo. Il dato dell'esperienza è lì a dimostrare l'obiettivo difficoltà ad attenersi a questa valutazione puramente tecnico-economica. Quante sono le famiglie che dilapidano interi patrimoni nel tentativo, spesso illusorio, di allungare la vita di un congiunto? Inoltre: chi ed in che modo può stabilire quale sia la misura minima? Appare evidente come il nesso salute-economia non basti di per sé solo a fornire la risposta adeguata a queste domande.

Oggi, sia attraverso la tesi dei beni relazionali,¹² sia attraverso un sistema di modelli di organizzazione della sanità più realisticamente aderenti alla fase di sviluppo economico, si sta facendo strada una politica della sanità più consapevole di queste difficoltà. Un esempio significativo ci è fornito da un conoscitore attento del mondo della sanità, Charles Kleiber (1942), il quale, scrivendo a proposito della necessità di ripensare in termini di performance il sistema delle cure, ha constatato che finché c'è stata una forte crescita economica e abbondanza di risorse è stata possibile tra l'altro una coesistenza di valori contraddittori e si è potuta anche registrare una riduzione delle tensioni istituzionali e dei conflitti di potere.¹³ Vincente era la logica del ricorso a mezzi (risorse) sempre nuovi. Negli ultimi trenta anni, però, la crisi economica ha invece imposto la considerazione sempre più rigorosa dei bisogni e della loro gerarchia.

Le due logiche sono oggi sempre più antagoniste. Esse esprimono, tra l'altro, la coalizione tra operatori sanitari e pazienti, da una parte, e quella tra i finanziatori di cura e i produttori di beni, dall'altra. I primi infatti domandano di adattare le risorse ai bisogni, gli altri, al contrario, impongono di adattare le risorse alle possibilità finanziarie.¹⁴ Il tutto è aggravato o dall'assenza di figure-arbitro e di politiche collettive chiare o dal dominio dell'istituzione statale, tanto più invasiva, quanto più grave è lo stato di povertà ed è così minacciato il diritto elementare alla salute. Kleiber propone che, in epoca di globalizzazione, il problema della medicina – almeno per quanto riguarda le società avanzate del pianeta – venga affrontato ricorrendo alla tesi della corretta

¹¹ FRANCESCO, Omelia in occasione della visita al Policlinico Gemelli letta dal Card. Angelo Scola, 27.06.2014.

¹² Per Pierpaolo Donati, sociologo della famiglia, un bene comune diventa relazionale quando «può essere prodotto insieme, non escludibile come somma di beni individuali», P. DONATI, Il ruolo delle iniziative di "terzo sistema" nelle politiche sociali, in C. BORRAGA, Il terzo sistema: una nuova dimensione della complessità sociale, Padova 1991, 72.

¹³ Cfr. C. KLEIBER, *Questions de soins*, Payot, Lausanne 1991.

¹⁴ Questa problematica è tipica delle strutture ospedaliere dei nostri giorni nelle quali spesso si incontrano a lavorare insieme professionisti con guardi sulla realtà e interessi molto diversi tra di loro. Basti pensare ai conflitti che sorgono tra managers e medici.



allocazione delle risorse limitate. Questo porterebbe ad una adeguata performance sanitaria, cioè al miglioramento, nel tempo, del rapporto tra risorse investite e risultati ottenuti in funzione di obiettivi condivisi da tutta la comunità sanitaria e, più propriamente, da tutta la società civile.

Una simile politica sanitaria, tra l'altro, facendo leva su un sistema di gerarchie di decisioni, metterebbe inevitabilmente in campo una più fitta rete di relazioni tra tutti i soggetti coinvolti nell'organizzazione sanitaria, vale a dire medici, pazienti, casse malati, amministrazioni sanitarie, autorità accademiche e politiche. Sembrerebbe così che la relazione economia-salute, proprio mediante un corretto ricorso al principio tecnico-economico, riesca ad equilibrare al meglio tutti i fattori in campo, compresi quelli interpersonali.

La ragione per la quale mi sono permesso quest'invasione di campo è che la tesi di Kleiber – il cui carattere equilibrato certamente non vi sfugge – non esce alla fine dalla tensione conflittuale tra i due termini. Perché non offrendo un criterio oggettivo per individuare quale sia il minimo nella relazione bisogno/risorsa che guida il corretto rapporto tra salute ed economia, finisce con il sottomettere, ancora una volta, la prima alla seconda.

Come superare, allora, questa aporia che oggi sembra caratterizzare l'organizzazione della sanità a livello globale? Come salvare il bisogno integrale di salute espressione di quella di salvezza senza cadere in titanismi utopici, ma anche senza portare offese intrinsecamente lesive della dignità di ogni singolo essere umano dal concepimento alla morte? Potremmo anche formulare questa domanda in altro modo. Da cosa dipende la natura aporetica della relazione tra medicina ed economia, esplosa a partire dalla modernità?

Permettetemi di bruciare le tappe. Reformuliamo, anzitutto, sinteticamente il nostro giudizio. Con la modernità (intesa qui come semplice categoria storica e non ideologica!), si è andata configurando la separazione tra salute e salvezza e ha preso peso la considerazione della cura come puro atto clinico, a scapito dell'arte terapeutica in essa implicata. È in questo contesto che il rapporto salute/economia ha assunto il carattere aporetico che gli elevatissimi standard tecnologici oggi esigiti dalla medicina occidentale hanno reso drammatico. Ci possiamo anzitutto chiedere: esiste, per così dire, un vizio all'origine di questo stato di cose?

Forse il vizio di origine comune sia alla medicina che all'economia e pertanto destinato, in un certo senso, a raddoppiare quando si considera il loro intrinseco ed inevitabile rapporto, consiste nel fatto che entrambe – economia e medicina – partecipano di quella singolare operazione propria delle scienze empiriche moderne di essersi costituite sull'*esclusione del soggetto*. In nome di una impossibile oggettività anche medicina ed economia hanno preteso di lasciare in secondo piano fino ad abolire nella loro azione il soggetto, sia come persona che come comunità ai suoi vari livelli (da quello primario della famiglia alle forme più elementari di comunità civile, dall'ambito delle comunità nazionali fino alle organizzazioni mondiali). Alle istituzioni segnate da una presenza ben identificata del soggetto, capace di mantenere al mondo della cura la pregnanza salvifica della domanda di salute – mi riferisco all'*Hotel Dieu*, all'*Hospitale* già citati – si sono sempre più sostituite aziende il cui compito è ridotto a pura programmazione, controllo e verifica di gestione della serie di atti clinici in esse praticati.

Dall'aporia si esce con un unico irrinunciabile imperativo: reintrodurre con energia nel mondo della sanità come in quello dell'economia e, più in generale, in tutti gli ambiti in cui si svolge l'umana vicenda, *il soggetto* (personale e comunitario).

In questo contesto si comprende, allora, che la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli per il suo essere luogo di eccellenza, per la sua identità e per la sua storia è chiamata ad essere sempre di più un luogo paradigmatico di cura, di arte terapeutica e di attività clinica.

CARD. ANGELO SCOLA