

# La compassione è l'anima stessa della medicina

articolo

Fernando Fabó, L.C.

*In sintesi*

**I**n questo breve contributo cercheremo di riflettere su che cosa dobbiamo aspettarci da un medico, su qual è la nostra idea di medico, su che cos'è il dolore, la sofferenza e quale sia il rapporto tra la misericordia e il prendersi cura di una persona sofferente. Rifletteremo, infine, su come la compassione e la misericordia siano l'anima stessa della medicina. Ecco la ragione del titolo che abbiamo scelto.

*Introduzione*

Si sta consolidando una nuova sensibilità. Studiosi di fama non hanno più ritengo a parlare dell'*immortalità* come di un tema realistico. L'importante –dicono– è sdoganare l'immortalità dal campo del mito e delle religioni e farla penetrare in quello della sobria analisi scientifica.

Così, opportuni trapianti e le nuove promesse della crionica, garantirebbero una sopravvivenza ibernata, fino al momento in cui nuove terapie o nuove possibilità trapiantologiche fossero in grado di dare a ogni essere umano la possibilità di contrastare efficacemente l'invecchiamento e di sopravvivere alle più terribili patologie.

Di più: lo stesso Io cosciente non avrebbe più nulla da temere dalla morte, una volta perfezionate le nuove tecniche, che tanto stanno a cuore al movimento transumanista, di *mind uploading* (cioè di trasferimento

cibernetico della coscienza su un supporto esterno all'encefalo). Potremmo continuare a lungo [...]

Ma le cose non stanno così; palesemente non stanno così. Per quanto straordinaria sia la lotta contro dolore e sofferenza e immensamente meritevoli ci appaiano coloro che a questa lotta dedicano la vita, dolore e sofferenza sembrano radicati nella modernità tanto e quanto lo erano nelle epoche che l'hanno preceduta. [...] e al dolore alleviato (l'autentica gloria della medicina scientifica) continuano oggi ad accompagnarsi (come è stato ieri, come lo sarà domani, come sempre è stato) e senza alcuna prospettiva di remissione, altri due fenomeni essenziali per capire la realtà profonda e paradossale del dolore umano, quello del *dolore arrecato* e quello del *dolore coltivato*<sup>1</sup>.

*Sante parole*

Se oggi da un punto di vista medico-scientifico è innegabile che la scienza moderna permette che il dolore e le malattie in generale siano più efficacemente combattute, non è meno vero che da un punto di vista culturale il dolore e la paura delle nuove malattie hanno sicuramente più potere sull'uomo contemporaneo di quanto ne avessero sugli uomini delle precedenti generazioni.

La questione del dolore, della sofferenza e della cura e presa in carico delle persone malate è oggi un problema come è stato ieri, come lo sarà domani, come sempre è stato.



Medico, dottore di ricerca e docente di Bioetica, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma.

*Il medico. Non bastano le tecniche o le conoscenze «teoriche». Curare e prendersi cura.*

Medico è colui che cura i malati. E con la parola “curare” s’intende sia il guarire che l’essere curato, perché medico è anche colui che si prende cura del malato.

Calore, interesse per il malato, buona comunicazione, fiducia, certamente non sopprimono il bisogno di una buona preparazione professionale nel medico, ma tante volte fanno la differenza. È evidente che un chirurgo o un oncologo, ad esempio, non siano uno psichiatra né uno psicologo, né siano chiamati a sostituirli. Ma il paziente si aspetta molto di più di un semplice incontro di carattere tecnico, asettico e distante dal punto di vista umano.

Nell’occuparsi, nel curarsi o prendersi cura del paziente viene coinvolto – o ahimè ignorato – innanzitutto il riconoscimento del suo essere persona. Un medico non si cura del fegato, ma della persona. Persona affetta da una patologia, sì, ma sempre persona, per quanto grave sia la sua condizione<sup>2</sup>.

#### *Manca formazione integrale*

Oggi siamo consapevoli che gli scambi relazionali fra il malato e l’equipe curante hanno la massima rilevanza etica per una prassi professionale rispettosa della dignità della persona, ma hanno anche una valenza clinico-terapeutica complessiva molto importante in quanto agente di cambiamenti psicologici e somatici per via dei processi causativi psicosomatici. Dunque, la relazione medico-paziente è un aspetto centrale di ogni progetto terapeutico, sia medico che chirurgico o di riabilitazione<sup>3</sup>.

Malgrado questa consapevolezza, oggi, purtroppo, molti operatori sanitari sono incapaci di comunicare con i malati e pochi sono preparati ad affrontare la sofferenza o la mor-

te di un paziente, ad accettare i limiti della condizione umana o a riconoscere la propria impotenza. La questione del dolore, della sofferenza e della cura e presa in carico delle persone malate è oggi un problema, e non è un problema speculativo, ma eminentemente pratico<sup>4</sup>.

#### *L’anima della medicina*

Bisogna non dimenticarlo mai: «l’attività medico-sanitaria si fonda su una relazione interpersonale, di natura particolare». Come insegnava San Giovanni Paolo II, è un “incontro tra la fiducia di un uomo segnato dalla sofferenza e dalla malattia – e perciò bisognoso – il quale si affida alla coscienza di un altro uomo che può farsi carico del suo bisogno e che gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo»<sup>5</sup>.

Dimenticare questo, ignorarlo, implica perdere quell’aspetto costitutivo, distintivo e proprio della scienza medica.

Separare la cura dal prendersi cura significa sempre calpestare la dignità dell’uomo.

Compassione (patire-con), assistenza (stare-con) e misericordia sono l’anima della medicina<sup>6</sup>.

#### *La fenomenologia del dolore*

*Il dolore è una esperienza complessa, globale, e difficilmente oggettivabile, perché coinvolge tutta la persona e tutte le sue dimensioni.* Non è per niente facile l’anamnesi del dolore, ci vuole perfino una dettagliata ed estenuante analisi sistematica se non si vuole sbagliare o dimenticare qualche aspetto importante.

Per prima cosa, *dobbiamo situare il dolore, per così dire, topograficamente nel corpo.* La sua estensione e la sua possibile irradiazione o meno. Tutto è importante. Ad esempio una irradiazione inesplicabile dal punto di vista neurologico

*La questione del dolore,  
della sofferenza e della  
cura e presa in carico delle  
persone malate è oggi un  
problema come è stato  
ieri, come lo sarà domani,  
come sempre è stato*

ci permette di mettere in dubbio l'organicità della patologia.

Secondo aspetto, *bisogna situare il dolore o la patologia nel tempo*. Capire l'antichità, l'evoluzione, la situazione presente, se i dolori sono brevi o lunghi, se sono continui, ecc. È importante capire la frequenza con cui si presenta il dolore, cioè, raramente, frequentemente, ecc. Alle volte è anche possibile stabilire un orario del dolore e questo è anche indicativo. Si parla anche perfino di un calendario del dolore.

Un altro fattore importante è *la determinazione quantitativa del dolore, cioè, l'intensità o grado del dolore*. Più intenso è il dolore, più interessa il sistema vegetativo. Ci sono dei dolori che parlano da soli. Senz'altro c'è sempre una componente soggettiva ma un buon clinico deve imparare a leggere l'insieme dei segni e dei sintomi.

*La relazione tra l'intensità del dolore e il tempo*. Oltre a quanto già detto prima include l'indagine *sul modo o sulla forma dell'incominciare e del terminare del dolore*. Si parla di un dolore graduale o progressivo, di dolore folgorante, dolore fisico, ondulante, pulsatile, ecc. Ogni caratteristica ha il proprio valore ermeneutico.

Importantissimo per la clinica è anche *qualificare o stabilire il carattere del dolore, cioè, capire l'aspetto soggettivo del vissuto del malato*, tenendo conto che la personalità e il grado di cultura del paziente possono camuffare questa valutazione. Ad esempio: mi scoppia la testa, è come un coltello, sento un'oppressione nel petto, mi manca l'aria, ecc.

Bisogna anche precisare, infine, *le circostanze del dolore*, quelle condizioni che lo modificano e quelle manifestazioni che lo accompagnano. Tecnicamente si parla rispettivamente di influenzabilità ed influenza del dolore. Influenzabilità per esempio tramite lo sforzo, la posizione corporale, la tosse, gli alimenti, il calore, le emozioni, ecc. Influenza del dolore nell'organismo anche, ad esempio, sulla digestione, la circolazione, la respirazione, sull'apparato locomotore e sulla psiche.

### *Il problema del dolore cronico*

Lo scopo di guarire e di alleviare la sofferenza umana proprio della medicina è incontestabile. Il dolore fisico è una condizione umana che limita le capacità operative e intellettive della persona e ciò spiega l'istinto umano di liberarsi da ogni forma di dolore<sup>7</sup>.

Davanti alla problematica suscitata dal dolore cronico, soprattutto nei malati terminali, dobbiamo tener conto in modo particolare dei diversi atteggiamenti e delle diverse opi-

nioni in merito alla somministrazione di farmaci che limitano o addirittura sopprimono l'uso della ragione. In linea generale si dovrebbe accettare il loro uso terapeutico senza difficoltà. Ma è importante capire la differenza che

esiste tra una terapia che fornisce al malato un *aiuto a morire* e una terapia che suppone un *aiuto nel morire*. Nel primo caso siamo di fronte a una vera e propria eutanasia<sup>8</sup>.

Oggigiorno la scienza permette la mitigazione del dolore in un modo pressoché totale. Le terapie analgesiche che permettono oggi di mantenere i malati nella fase terminale senza dolore e in una situazione confortevole sono una questione di competenza professionale. Nel confronto della sofferenza e del dolore la prudenza umana e cristiana consiglia per la maggior parte degli ammalati l'uso di medicinali appropriati per alleviare o eliminare il dolore. Anche la sedazione è lecita a determinate condizioni.

### *Siate misericordiosi. La misericordia e la giustizia*

San Tommaso tratta sempre la questione della misericordia congiuntamente a quella della giustizia. La giustizia di fatto impone di dare a ciascuno ciò che gli spetta. La misericordia, invece, dà anche a chi ne è indegno.

«Misericordia -dice Tommaso D'Aquino- è il sentimento di compassione che si avverte verso chi versa in necessità, e che induce una persona a prestare soccorso: Misericordioso si dice chi ha un cuo-

*Separare la cura dal prendersi cura significa sempre calpestare la dignità dell'uomo*

re pieno di commiserazione, perché alla vista delle altrui miserie è preso da tristezza, come se si trattasse della sua propria miseria. E da ciò *provviene che egli si adoperi a rimuovere l'altrui miseria*. E questo è l'effetto della misericordia<sup>9</sup>.

#### *Alcune cose di cui dobbiamo tener conto*

*La pietà o compassione è un qualcosa di moralmente ambiguo, nel senso che può significare diverse cose. In quanto virtù la compassione è buona. È un sentimento (passio) sotto l'impero della ragione, cioè è una *virtus*, e allora abbiamo una *virtù umana*. Ma può anche essere di più, può essere una *virtù morale guidata dalla carità*. In questo senso Gesù era un uomo pieno di compassione.*

*Ma la pietà in quanto sentimento non integrato, cioè non sotto la guida della ragione, può essere qualcosa di non razionale, di non veramente umano, anzi, contrario a un amore vero, oggettivo. E allora la compassione può diventare scusa per compiere una ingiustizia. Così, scegliere di eliminare la vita altrui per compassione è un non senso, ed è contrario alla carità e alla verità. Anche se non motivata dal rifiuto egoistico di farsi carico dell'esistenza di chi soffre, l'*eutanasia* -spiegava Giovanni Paolo II in Evangelium Vitae- *deve dirsi una falsa pietà, anzi una preoccupante perversione di essa: la vera compassione, rende solidale col dolore altrui, non sopprime colui del quale non si può sopportare la sofferenza*<sup>10</sup>.*

#### *Il problema dell'umanizzazione o meno della sanità e della medicina*

L'apparato industriale e commerciale della multinazionale della medicina ha senz'altro *aspetti positivi e negativi* e parallelamente allo sviluppo ingente della medicina –che è un aspetto positivo– si assiste oggi ad una progressiva *involutione del rapporto medico-paziente, che diventa sempre più impersonale, frettoloso e superficiale*.

La dissoluzione del rapporto strettissimo che esisteva in passato tra medico e paziente pone *una sfida alla stessa concezione del ruolo del medico e dell'obiettivo della medicina* e si presen-

ta oggi come la principale causa che apre la porta a una *tecnocrazia* e a una *burocrazia* che facilmente può diventare strumento delle *ideologie*, cioè che diventi uno strumento per favorire ben precisi obiettivi individuali, sociali o politici<sup>11</sup>.

In genere il paziente oggi riceve un'assistenza appropriata, ma alle *questioni esistenziali ed etiche che possono sorgere* in relazione al suo trattamento ben di rado viene data sufficiente attenzione. Infatti, per via delle *richieste di sempre maggiore efficienza e per la priorità riservata agli aspetti economici all'interno del sistema sanitario*, chi opera nel campo dell'assistenza medica è spesso costretto a lavorare a ritmi serrati, quindi difficilmente riesce a vedere il paziente come un essere umano.

*Il contrario dell'amore è l'indifferenza, la mancanza di solidarietà. I nemici della misericordia.*

San Giovanni Paolo II spiegava magistralmente<sup>12</sup> il dilagare dell'indifferenza alla luce di tre dimensioni:

- a) *Dimensione socio culturale*: l'occultamento della morte nella società del benessere.
- b) *Dimensione medico-assistenziale*: invadenza tecnologica e assistenza umanizzata.
- c) *Dimensione etico utilitaristica*: la società della produttività.

Sarebbe molto lungo approfondire il discorso teoretico. Lascio il compito ad altri. Intanto vorrei far luce su alcune delle manifestazioni più eclatanti della mancanza di misericordia nella prassi medica.

#### *Fenomenologia dell'indifferenza. Tappa 1*

*Probabilità di morte*: davanti alla non sicurezza della morte il rapporto diventa impersonale.

Prove empiriche di questo:

- Alle domande del paziente o della famiglia si risponde con *statistiche*.
- Prima si prende una *distanza di sicurezza*, poi lo si abbandona e alla fine si auto-giustifica e si cerca di presentare questo abbandono come un atto doveroso nei confronti del paziente.

- Così si passa *dalla perversione della verità del rapporto alla perversione della bontà del rapporto*.

*Obbligo della morte*: Tutti, presto o tardi, dobbiamo morire. Si cade nel fatalismo. Niente da fare.

### *Fenomenologia dell'indifferenza. Tappa 2*

*Necessità della morte*: Si rinuncia ad aiutare concretamente il paziente. Prima muore, meglio è.

*Libertà di morire*: Si teorizza un non intervento in nome di un presunto diritto del paziente.

Ed ecco anche qua le prove empiriche:

- Per i malati non acuti e non guaribili ottenere oggi un ricovero in ospedale è diventato quasi impossibile.
- I malati di cancro, ad esempio, sono sistematicamente inviati a casa o sono dimessi dopo brevissimi ricoveri e dalle famiglie sono riportati in ospedale, e alle volte da un ospedale all'altro, da un reparto all'altro<sup>13</sup>.

Ecco la nostra conclusione: la radice comune è la mancanza di un rapporto umano con il paziente. Lo dicevamo prima: separare la cura dal prendersi cura significa sempre calpesta la dignità dell'uomo. Compassione (patire-con), assistenza (stare-con) e misericordia sono l'anima della medicina.

### NOTE

<sup>1</sup> Cf. FRANCESCO D'AGOSTINO, *La sofferenza come problema relazionale*. Atti IV ASSEMBLEA GENERALE ASSOCIAZIONE SCIENZA & VITA (Roma, 22 maggio 2010).

<sup>2</sup> Cf. A. LUCATINI, *Curare o prendersi cura?. Spunti per una riflessione etica in psichiatria*, in E. SGRECCIA - V. MELE - G. MIRANDA, *Le radici della bioetica*, Vita e Pensiero, Milano 1998, 50.

<sup>3</sup> Cf. S. FASSINO, *Aspetti specifici del supporto psicologico nella relazione medico-paziente terminale*, in «Medicina e Morale» anno 47 (1997/V), 923-925. L'autore fa un accenno interessante alle connessioni psicoimmunologiche studiate in oncologia e nelle infezioni di Hiv.

<sup>4</sup> M. DE HENNEZEL, *Il dovere del non-abbandono. Un rapporto sull'assistenza al malato terminale*, in «[Http://www.lefigaro.fr](http://www.lefigaro.fr)» Visionato il 9-II-2003. Si

veda anche COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, in «Medicina e Morale» anno 49 (1999/VI), 1152-1205. «Un adeguato sostegno all'ars morendi richiede che la rigorosa preparazione tecnico-scientifica del personale sanitario sia integrata da una corrispondente preparazione bioetica, che arricchisca la tradizione scientifica (spesse volte riduzionistica) della moderna medicina con una doverosa sensibilità antropologico-relazionale»; DELESE WEAR & THERESE JONES, *Not Your Father's Medical Humanities*, in «Reflective MedEd» <https://reflectivemeded.org/2016/05/26/not-your-fathers-medical-humanities/> [21 giugno 2016].; MICAH HESTER, *What is the Future of Ethics Education in Medical Schools?*, in «Reflective MedEd» <https://reflectivemeded.org/2016/06/02/what-is-the-future-of-ethics-education-in-medical-schools/> [21 giugno 2016].

<sup>5</sup> Cf. Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti in due Congressi di medicina e chirurgia*, 21 ott. 1980, in *Insegnamenti* III/2, 1010, n. 6 Riportato da PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta per gli operatori sanitari*, cit., 9-10.; Per Daniel Callahan la cura (caring, prendersi cura) viene intesa con due diverse sfumature: a) Come «una risposta emozionale positiva e di sostegno alla condizione e alla situazione di altre persone». b) Come una risposta «il cui proposito è di affermare il nostro impegno nei confronti del loro benessere, la nostra disponibilità a identificarci con loro nelle loro pene e sofferenze e il nostro desiderio di fare il possibile per alleviare il loro stato». E ancora Callagan, spiega come nella cura – tramite la solidarietà con l'altro – si esprime il riconoscimento della dignità della persona umana: «È nella cura che possiamo indirizzarci all'unicità delle persone, a ciò che le rende differenti le une dalle altre. È nella cura che possiamo rispettare le istanze e le richieste dell'individualità, che possiamo mostrare la nostra solidarietà l'uno con l'altro. Una società che da una priorità alla cura nella sua risposta agli individui è degna di apprezzamento» D. CALLAHAN, *What kind of life. The limits of Medical Progress*, cit.. Riportato da A. BOMPIANI, *L'Italia e la "Dichiarazione di Amsterdam" sui diritti dei pazienti*, in «Medicina e Morale» anno 48 (1998/I), 88.

<sup>6</sup> DISCORSO DEL SANTO PADRE FRANCESCO AI DIRIGENTI DEGLI ORDINI DEI MEDICI DI SPAGNA E AMERICA LATINA, Sala Clementina. Giovedì, 9 giugno 2016. In <http://w2.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2016/june/documents/papa-france->

sco\_20160609\_ordini-medici-spagna-america-latina.html.

<sup>7</sup> Si veda RICOEUR, P., *Il male. Una sfida alla filosofia e alla teologia*, Morcelliana, Brescia 1993, 48.

<sup>8</sup> Cf. F. D'AGOSTINO, *Diritto ed eutanasia*, cit., 101.; M. BEERS - R. BERKOW (a cura di), *El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento*, cit. 1369-1380.

<sup>9</sup> Cf. B. MONDIN, *Dizionario Enciclopedico del Pensiero di San Tommaso d'Aquino*, Edizioni Studio Domenicano (ESD), Bologna 2000<sup>2</sup>, 134.443-444.; Cf. S.Th (I, q. 21, a. 3).

<sup>10</sup> Cf. *Evangelium Vitae*, nn. 66-67.

<sup>11</sup> Cf. CONFERENZA EPISCOPALE DELLA SCANDINAVIA, *Prendersi cura della vita*, in «Medicina e Morale» anno 53 (2003/III), 549-550.

<sup>12</sup> SAN GIOVANNI PAOLO II, Udienza il sabato 27 febbraio 1999 ai partecipanti all'Assemblea Plenaria della Pontificia Accademia per la Vita.

<sup>13</sup> Cf. E. GHISLANDI, *Negli ospedali, non solo scienza ma pietà e calore umano*, in «Janus» (2002), 150-151.